



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Programa de Pós-Graduação em Direito

**Saúde e Democracia. Democracia é saúde:
Os percursos de formação e a atuação política do
Movimento Sanitário (1972-1987)**

Maria Emanuele Alves Pinheiro Pignaton

BRASÍLIA

2023

MARIA EMANUELE ALVES PINHEIRO PIGNATON

**Saúde e Democracia. Democracia é saúde:
Os percursos de formação e a atuação política do
Movimento Sanitário (1972-1987)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília para a obtenção do título de mestre em Direito. Área de concentração: Direito, Estado e Constituição. Linha de pesquisa 2: Constituição e Democracia: Teoria, História, Direitos Fundamentais e Jurisdição Constitucional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Pia dos Santos Lima Guerra Dalledone

BRASÍLIA

2023

Após sessão pública de defesa desta dissertação de mestrado, o candidato foi considerado aprovado pela banca examinadora.

BANCA EXAMINADORA

Prof^{ta}. Dr^a. Maria Pia dos Santos Lima Guerra Dalledone – Presidente
Faculdade de Direito da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Cristiano Otávio Paixão Araújo Pinto
Faculdade de Direito da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Raphael Peixoto de Paula Marques – Membro Externo
Faculdade de Direito da Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. Dr. Douglas Antônio Rocha Pinheiro – Suplente
Faculdade de Direito da Universidade de Brasília

Ai daqueles e daquelas, entre nós, que pararem com a sua capacidade de sonhar, de inventar a sua coragem de denunciar e de anunciar. Ai daqueles e daquelas que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã, o futuro, pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e com o agora, ai daqueles e daquelas que em lugar desta viagem constante ao amanhã, se atrelem a um passado de exploração e de rotina.

(Paulo Freire, 1982)

A Eduarda e Francisca,
a Wlisses, e
a Érico, Gabriel, Leonardo e Eduardo.

AGRADECIMENTOS

Produzir um trabalho acadêmico, principalmente uma dissertação de mestrado, é um grande desafio. A definição do objeto de pesquisa, da pergunta que se deseja responder e da identificação de quais informações são relevantes ou não para o trabalho, mostraram-se as mais difíceis etapas do processo. Ao mesmo tempo em que é necessário escrever, estamos, ainda, aprendendo a pesquisar. A vontade de apresentar uma boa pesquisa, contudo, me motiva a continuar.

Essa jornada, que se iniciou ainda em meio à pandemia, não seria possível se eu não tivesse contado com o acolhimento e o apoio de muitas pessoas, a quem agradeço imensamente.

À minha orientadora, Maria Pia Guerra, agradeço pela paciência, sensibilidade, generosidade, compreensão e confiança. Obrigada por apurar meu olhar para as fontes, por me estimular a analisar criticamente o que dizem os autores e por me incentivar a buscar contextos além dos textos.

Agradeço coletivamente ao grupo “Percurso, Fragmentos e Narrativas”, do qual desde que soube da existência senti que deveria fazer parte. Agradeço, especialmente, ao amigo Ed, com quem pude compartilhar as dúvidas, as expectativas, as angústias e as alegrias deste processo.

Aos professores Cristiano Paixão e Raphael Peixoto, que gentilmente aceitaram ser parte da banca examinadora. É uma honra ser avaliada por vocês, professores a quem tanto admiro e com quem tanto aprendo.

Agradeço aos amigos da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, pelo incentivo e apoio. Fabiano, Dani, Mila, Vanessa, Mariana, e tantos outros, obrigada por acreditarem em mim e por estarem sempre do meu lado. A Marcelo, meu alter-ego, amigo e incentivador, e ao universo por ter lhe colocado na minha sala e minha vida.

Agradeço à Renata e ao Rafa, por, mesmo à distância, continuarem sendo o melhor legado que a Universidade Federal do Ceará me deixou.

Registro meu muito obrigada aos que trabalham no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, especialmente à Juliana Alvares, que, em muitos aspectos, tem sua trajetória ligada à narrativa aqui apresentada. Sempre solícitos e dispostos a colaborar, vocês me proporcionaram material de pesquisa e informações preciosas. Muito obrigada!

Agradeço às professoras e aos professores que tive durante o mestrado, que, sem dúvidas contribuíram para a realização deste trabalho e na minha formação: Argemiro, Francisco Rogério, Marcelo Neves, Daniel Faria e Simone. Agradeço, de modo especial, ao Professor José Geraldo de Sousa Júnior, que teve a generosidade de compartilhar comigo suas lembranças sobre sua participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Agradeço à minha irmã, Eduarda, e à minha mãe Francisca de Jesus, que me incentivaram e apoiaram não apenas durante a execução deste trabalho, mas em todos os dias da minha vida. Agradeço ao meu pai, que, mesmo tendo partido há 27 anos, continua a me guiar e a ser o meu mentor. Agradeço também, à família que minha irmã me deu, Jorge, Eduardo e Leonardo.

Agradeço a Gabriel e Érico, por me mostrarem que eu sou capaz de muito mais do que eu imaginava, e por me inspirarem todos os dias a ser uma pessoa melhor.

Por fim, agradeço a Wlisses, meu companheiro de vida, pelo apoio, pela paciência, pela generosidade e pelo amor. E, principalmente, por acreditar na minha capacidade de realizar e de me reinventar. Sem você, nada seria possível. Juntos podemos mais.

Obrigada a todos e todas!

RESUMO

O reconhecimento de um direito social à Saúde, garantido a todos pelo Estado, foi uma das mais importantes inovações do texto constitucional promulgado em 1988. Estudos acadêmicos destacam a influência da participação do Movimento Sanitário na positivação daquele direito, notadamente por conta de seu protagonismo na 8ª Conferência Nacional da Saúde, alcunhada como “*a pré-constituente da saúde*”, que originou o anteprojeto adotado pela Assembleia Nacional Constituinte sobre o tema. Em face disso, o presente trabalho tem por objetivo entender como se deu a construção da proposta do Movimento Sanitário de constitucionalização do direito à saúde, a partir da investigação de suas conexões, ideias e estratégias. Para tanto, reputou-se necessário compreender, sob a ótica da história constitucional, a formação e o desenvolvimento do movimento e como esse conseguiu o protagonismo de um importante evento oficial, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir de uma abordagem interdisciplinar, o trabalho, dividido em três partes, analisou o percurso do Movimento Sanitário desde o início da década de 1970 até 1987. A primeira parte pretende reconstruir as redes pessoais e profissionais estabelecidas, no início da década 1970, no interior das faculdades de medicina por acadêmicos críticos ao regime militar, que deram origem a esse movimento. A segunda retrata o momento em que o grupo se expande a partir da conquista de novos espaços de atuação proporcionados pela ampliação das políticas desenvolvimentista para a área social, ocorrida no governo Geisel. A terceira se dedica a investigar as conexões políticas do grupo na conjuntura da transição, a formação de alianças estratégicas, e como essas circunstâncias possibilitaram a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a instituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, órgão colegiado interministerial que formularia um anteprojeto oficial da área da Saúde, contendo as propostas históricas do Movimento Sanitário, que serviria de base para os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte.

Palavras-chaves: história constitucional; transição democrática; movimentos sociais; direito à saúde.

ABSTRACT

The social right to Health, guaranteed to everyone by the State, was one of the most important innovations of the constitutional text promulgated in 1988. Academic studies highlight the influence of the Health Movement's participation in that right, notably due to its leading role in the 8th National Conference of Health, known as “the pre-constituent of health”, which originated the draft adopted by the National Constituent Assembly on the topic. In view of this, the present work aims to understand how the construction of the Health Movement's proposal for the constitutionalization of the right to health took place, based on the investigation of its connections, ideas and strategies. To this end, it was considered necessary to understand, from the perspective of constitutional history, how the movement was formed and developed and how it achieved protagonism in an important official event, such as the 8th National Health Conference. interdisciplinary approach, the work, divided into three parts, analyzed the trajectory of the Health Movement from the beginning of the 1970s to 1987. The first part of the work aims to reconstruct the personal and professional networks established, at the beginning of the 1970s, within the medical schools by academics critical of the military regime, who gave rise to this movement. The second portrays the moment in which the group expands through the conquest of new areas of activity provided by the expansion of developmental policies for the social area, which occurred during the Geisel government. The third is dedicated to investigating the group's political connections in the context of transition, the formation of strategic alliances, and how these circumstances made it possible to hold the 8th National Health Conference and the establishment of the National Health Reform Commission, an interministerial collegiate body that would formulate an official draft in the area of Health, containing the historical proposals of the Health Movement, which would serve as a basis for the work of the National Constituent Assembly.

Keywords: constitutional history; democratic transition; social movements; right to health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. O PONTO DE PARTIDA: AS UNIVERSIDADES	31
1.1. A OPAS e os departamentos de Medicina Preventiva.....	35
1.2. Os projetos de Medicina Comunitária e os encontros estudantis na área da Saúde	39
1.3. Os principais polos difusores do novo pensamento de saúde	44
1.3.1. O Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.....	44
1.3.2. O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo	48
1.3.3. A Unicamp e o expurgo de Campinas	51
2. O DESENVOLVIMENTO: A ATUAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS	62
2.1. O projeto de reestruturação da Fundação Oswaldo Cruz: o fortalecimento do ensino e da pesquisa.....	77
2.2. Os projetos de extensão da cobertura do atendimento médico	82
2.2.1. O projeto de Montes Claros	82
2.2.3. Os projetos de interiorização das ações de saúde e de preparação de recursos humanos.	90
2.2.3. A criação da Carreira de Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo.....	93
2.3. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde	96
3. O FORTALECIMENTO: AS CONEXÕES POLÍTICAS.....	108
3.1. O I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados	113
3.2. As articulações políticas: do movimento municipalista à Nova República	121
3.3. A ocupação de cargos no Governo Sarney	132
3.4. A Oitava Conferência Nacional de Saúde	139
3.5. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária	155
CONCLUSÃO.....	163
ANEXOS.....	175
Anexo I - Proposta de anteprojeto à Constituição para a área da Saúde aprovada pelo I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) em setembro 1986	175
Anexo II - Proposta de anteprojeto à Constituição aprovada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária em 3 de março de 1987.....	178
BIBLIOGRAFIA	181

INTRODUÇÃO

Em 16 de abril de 2020 – pouco menos de um mês após o Congresso Nacional reconhecer o estado de calamidade pública em decorrência da pandemia da COVID-19, declarada no início de março do mesmo ano pela Organização Mundial da Saúde¹ – o Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, demitido naquela data, fez um emocionado discurso de despedida em que exortava a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da ciência e da vida².

Era ainda o começo de uma devastadora pandemia que só acabaria três anos depois, causando a morte de mais de 700 mil brasileiros, e que exigiria a firme atuação do Poder Legislativo e Judiciário, bem como de estados e municípios – e até mesmo de veículos de imprensa³ –, ante a problemática condução do enfrentamento da crise sanitária pelo Poder Executivo federal. Nesse período, o SUS, maior política pública de saúde do país, alvo de críticas e tentativas de desmonte desde sua instituição, esteve na centralidade do debate público e mostrou-se essencial para que a situação não fosse ainda pior.

Em seu último discurso como ministro, Mandetta, médico ortopedista e ex-deputado federal, contrapondo-se à posição adotada pelo chefe do Poder Executivo federal, exaltou o papel dos governadores e prefeitos no sistema de saúde nacional, enfatizou a necessidade de se fortalecer o SUS e fez menções elogiosas a políticos de oposição como o ex-ministro da Saúde petista Alexandre Padilha e a deputada federal Jandira Feghali, do PC do B. “*A maturidade de entender esse momento foi suprapartidária*”, afirmou.

Naquele delicado contexto político, o então Ministro transmitia em suas falas e no simbolismo do ato de, literalmente, vestir a camisa do sistema público de saúde – já que o colete com a insígnia do SUS passou a fazer parte de sua indumentária diária⁴ –, que

¹ Por meio do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, o Congresso Nacional decretou que ficava reconhecida, para efeitos fiscais, orçamentários e financeiros, a ocorrência do estado de calamidade pública com efeitos até 31 de dezembro de 2020, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020.

² FOLHA DE SÃO PAULO. Em despedida, Mandetta elogia SUS, defende ciência e manda recados a Bolsonaro. 16 abr 2020. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/em-despedida-mandetta-elogia-sus-defende-ciencia-e-manda-recados-a-bolsonaro.shtml>

³ Em junho de 2020, momento em que o número de mortes diárias em decorrência da doença alcançou um de seus maiores picos, os veículos de imprensa O Globo, Extra, O Estado de São Paulo, Folha de São Paulo e UOL formaram um consórcio para apurar dados sobre pandemia em reação aos atrasos e inconsistências na divulgação de informações por parte do Ministério da Saúde.

⁴ EL PAÍS. Mandetta, o conservador que vestiu o colete do SUS e entrincheirou Bolsonaro. 3 abr 2020. Disponível em <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-04-04/mandetta-o-conservador-que-vestiu-o-colete-do-sus-e-entrincheirou-bolsonaro.html>.

estava ao lado do pluralismo político, do federalismo, dos direitos sociais, da participação social, enfim, do Estado Democrático de Direito delineado pela Constituição de 1988. Além disso, fez questão de ressaltar seu histórico na defesa da saúde pública, uma vez que, na sua época de estudante, lutou pela manutenção do hospital universitário vinculado à faculdade onde se graduou em medicina na década de 1980, afirmando que

“Metade [da turma] queria lutar por um hospital aberto e outra por outro hospital. É muito fácil vocês saberem de que lado que eu estava. Fomos do grupo da resistência para manter o Hospital da Piedade aberto. E ele está lá com as portas abertas até hoje”.

O caso narrado é um exemplo de como a ativação da memória pode orientar, e justificar, as escolhas do presente e tentar influir nas possibilidades do futuro. Em um esforço de demarcar um posicionamento político atual, a fala do ministro evocava uma memória que o aproximava daqueles que, no passado, militaram pelo fim da ditadura empunhando a bandeira da democratização do direito à saúde e da criação de um sistema único e universal de saúde.

A memória social em torno desses atores ainda é forte. Remonta ao movimento social pela reforma sanitária, originado sob a égide do regime militar, mas que, pelo êxito de sua atuação – principalmente na contribuição à constitucionalização do direito social à saúde e à remodelagem institucional e administrativa da área – ainda hoje reverbera em diversas instituições públicas, universitárias e sanitárias, dentre as quais se destaca a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma grande protagonista no combate à pandemia de Covid-19.

Iniciado na década de 1970, o que posteriormente se convencionou chamar Movimento Sanitário ou Movimento da Reforma Sanitária por seus próprios membros⁵ – por inspiração da Reforma Sanitária Italiana que se desenrolava na mesma época – surgiu no âmbito universitário com forte participação do movimento estudantil e de docentes da área médica, em sua maioria militantes ou simpatizantes de partidos de esquerda, e expandiu-se para outras esferas, amealhando apoios e adeptos, a partir de uma estratégia que envolvia a formulação teórica, a atuação profissional prática, o engajamento político, e a criação e ocupação de espaços institucionais.

⁵ Os termos “Movimento da Reforma Sanitária” e “Movimento Sanitário” começam a surgir no final da década de 1980 em trabalhos de autores que participaram ativamente do movimento como Sarah Escorel, Sônia Fleury Teixeira e Jairnilson Paim.

Acumulando experiências ao longo de mais de uma década, o Movimento Sanitário constituiu um dos mais fortes protagonistas sociais durante o processo de elaboração da Constituição de 1988 e teve, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ficou conhecida como a “*pré-constituente da Saúde*”, realizada em Brasília, em 1986, o seu ápice.

Evento oficial do governo promovido pelo Ministério da Saúde, organizada pela Fiocruz, e apoiada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps) – duas das mais importantes instituições públicas da área da saúde que nesse momento eram dirigidas, respectivamente, por Sérgio Arouca⁶ e Hésio Cordeiro⁷ – essa Conferência constituiu um grande fórum de discussão das propostas teóricas e experiências práticas do movimento. Inovando na composição e nas discussões, que antes eram restritas a técnicos e a poucas “entidades particulares”, a organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde convidou políticos e sociedade civil a participar.

Como resultado, quase 5.000 pessoas se reuniram no ginásio Nilson Nelson com a finalidade de contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar subsídios para a Assembleia Nacional Constituinte, que iniciaria seus trabalhos no ano seguinte. Ali, as formulações do movimento foram submetidas à opinião pública, discutidas, e legitimadas pela intensa participação popular e pelo relevante apoio político das mais altas autoridades públicas.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou a síntese de um processo que se desenvolveu lentamente ao longo dos anos, a partir da discussão de teses elaboradas no meio acadêmico, das práticas em serviços de saúde desenvolvidas por seus adeptos em âmbito local, e principalmente, que só foi possível pela ocupação de espaços estratégicos por seus principais quadros e pelas amplas alianças políticas formadas em prol do seus

⁶ Principal rosto do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, Sérgio Arouca formou-se médico em 1966 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, em seguida, torna-se professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas. Defende sua tese de doutorado naquela universidade em 1975. É um dos fundadores do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, presidindo-o no biênio 1978-1980. Como representante do centro, apresentou o documento “A questão democrática da saúde” no 1º Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979. Tornou-se Presidente da Fiocruz em 1985. Em decorrência disso, presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e apresentou a emenda popular sobre o capítulo da saúde na Comissão de Sistematização da ANC em 1987.

⁷ Hésio de Albuquerque Cordeiro titulouse em 1965 na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Integrou a equipe de fundação do Instituto de Medicina Social (IMS), também da Uerj, onde participou, simultaneamente como aluno e coordenador, da primeira turma do Mestrado em Medicina Social. Concluiu o doutorado na USP em 1981, orientado por Cecília Donnangelo. Exerceu o cargo de Diretor do IMS e a presidência da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) entre 1983 e 1985. Membro das equipes de transição do presidente eleito Tancredo Neves, entre 1985 e 1988 presidiu o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. Entre 1992 e 1995, foi reitor da Uerj.

maiores objetivos, tornados públicos ainda no I Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979: a positivação do direito universal à saúde e a institucionalização jurídica de um sistema de saúde único, baseado na descentralização das ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e universal, com prioridade para as atividades preventivas e participação social para a definição e o controle das ações do sistema.

Alexandre Bernardino Costa e José Geraldo de Sousa Junior consideram ter sido essa experiência, “*carregada de ampla participação política dos sujeitos sociais e presença ativa na esfera pública – a rua – para formar opiniões*”, o fator que conduziu o problema da saúde, até então considerado apenas como uma carência da vida cotidiana, à categoria de direito social positivado, de forma inédita, na Constituição de 1988 (2009, p. 17).

Não apenas, mas em grande medida em razão da atuação do Movimento Sanitário, a Constituição de 1988 alterou substancialmente o quadro jurídico-institucional da saúde pública no Brasil, alçando a saúde como direito social, conferido a todos e garantido pelo Estado, por meio da criação do SUS. Para Sônia Fleury, a Constituição “*representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu*” (2009, p.743).

De fato, nenhuma das constituições anteriores trataram do direito à saúde como a de 1988. A primeira constituição a mencionar o tema, a de 1934, representou um avanço no campo dos direitos sociais em relação à Constituição de 1891, inaugurando, no texto constitucional, previsões em prol dos trabalhadores, como o estabelecimento da jornada de oito horas diárias, férias anuais remuneradas, a criação da Justiça do Trabalho. No Título da Ordem Econômica e Social, eram estabelecidos os parâmetros a serem observados pela legislação trabalhista, tendo em vista a proteção social do trabalhador, que deveriam observar, entre outros preceitos, a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante⁸.

Quanto à saúde, de modo geral, a Constituição de 1934 restringia-se a definir a competência administrativa concorrente da União e dos Estados para cuidar da saúde e assistências públicas, não havendo previsão de competência legislativa sobre o assunto⁹.

⁸ Art. 121, §1º, “h”, Constituição da Republica dos Estados Unidos do Brasil de 1934. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em 10 jun 2023.

⁹ Art. 10, II, da Constituição da Republica dos Estados Unidos do Brasil de 1934. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em 10 jun 2023.

Inaugurava-se, assim, no plano constitucional, a diferenciação e a separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária – uma das principais críticas do Movimento Sanitário – que seria reproduzida, com poucas alterações, nos textos subsequentes até a profunda transformação promovida pela Constituição de 1988, que unificou os sistemas de saúde.

Mencionado, no máximo, duas vezes nos textos anteriores, o termo “saúde” é utilizado 27 vezes no texto original da Constituição de 1988. Ao qualificar o direito à saúde como um direito social, reconheceu-se, juridicamente, que todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde, acabando as distinções entre os que eram e os que não eram segurados pela previdência social.

A constitucionalização da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, vista por Sérgio Arouca como um “*paradigma civilizatório da humanidade*”, foi construída num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais que buscavam, durante a transição democrática, superar as desigualdades e as iniquidades das relações sociais agravadas no período ditatorial.

Resistindo à repressão política do regime militar, os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, construíram um novo paradigma e uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como interesse de todos, e como questão política sobre a qual os sujeitos implicados tomariam decisões. Em uma perspectiva emancipatória, a participação popular passa a ter centralidade e é entendida como uma “*nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos*” (Brasil, 2006, p. 18).

Segundo Andrei Koerner (2016), a história constitucional não investiga apenas a gênese e o desenvolvimento de um direito não vigente, mas analisa, também, “*as relações da constituição com o seu contexto político, social e intelectual, para conhecer as lutas em que se deu a produção de conceitos e normas*”.

Cristiano Paixão observa que o surgimento de movimentos de mobilização de setores da população com uma espécie de impulso constituinte é um elemento não só relevante, como recorrente na história constitucional brasileira. Esses movimentos reivindicatórios apontam para a inclusão social e a participação cidadã, por grupos de

pressão ou entes coletivos formados de modo autônomo. Diante da diversidade das modalidades de organização e das pautas de reivindicação dos movimentos sociais, a tarefa do historiador do direito consistiria na identificação, análise e aferição de sua relevância no amplo quadro da história constitucional brasileira (2023, p. 37).

Considerando-se que o Movimento Sanitário se desenvolveu em boa parte ainda sob os governos autoritários do regime militar, uma questão exige a nossa reflexão: como esse movimento conseguiu o protagonismo de um importante evento oficial, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, alcunhada como “*a pré-constituente da saúde*”, que originou o anteprojeto¹⁰ adotado pela Assembleia Nacional Constituinte sobre o tema? Como se combinaram atores, arenas e circunstâncias políticas?

A resposta a essa pergunta demanda a reconstituição dos caminhos percorridos pelos seus diversos atores bem como por suas ideias.

Seguindo o fio deixado por Paixão, o que o presente trabalho propõe, no campo da história constitucional, é identificar como se deu a formação das conexões, ideias e estratégias do Movimento Sanitário, com vistas à constitucionalização de sua proposta de saúde, analisando seu percurso desde o início da década de 1970 até 1987.

O objeto escolhido para a dissertação não é aleatório. Ele se insere em uma linha metodológica que defende que a escrita da história constitucional pode se realizar de diversas maneiras. Neste trabalho, em particular, adota-se um caminho metodológico que elege a análise da organização da sociedade civil, por meio do resgate histórico de uma experiência inovadora de participação social na esfera pública, como uma forma de compreender as forças políticas que forjaram a Constituição de 1988¹¹.

Esse caminho metodológico assemelha-se à “história do direito pelos movimentos sociais”, metodologia e teoria da história do direito proposta por Gustavo Siqueira em sua tese de doutorado, cujo intuito é conhecer outras narrativas que inicialmente não teriam seus elementos considerados como jurídicos por uma historiografia tradicional. Propondo

¹⁰ O caráter de anteprojeto do documento apresentado pela CNRS, foi reconhecido pelo Deputado Carlos Mosconi, relator da Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente, “*com relação a esse anteprojeto que foi apresentado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, e que eu praticamente fico de acordo com ele em quase todos os seus artigos, ainda que evidentemente alguns sejam redundantes, até mesmo repetitivos, e que necessitem de uma redação talvez um pouco mais objetiva*” (Diário da Assembleia Nacional Constituinte, 17/07/1987, p. 201).

¹¹ Laila Galvão adotou metodologia semelhante no artigo “*Social Constitutionalism in Brazil: the Brazilian Education Association and the Writing of the 1934 Constitution*” publicado no *Journal of Constitutional History - Giornale Di Storia Costituzionale*, 2020.

uma história do direito crítica e plural, e fundamentando-se principalmente em Antonio Manuel Hespanha, Siqueira explicita que

A história do direito pelos movimentos sociais é uma tentativa de trazer novos focos, novos elementos para o debate da história do direito, pois, se em diversos momentos foi possível perceber que “*o que se passava nos tribunais estava longe de ser uma prioridade para os cidadãos*” é fundamental ater-se às preocupações dos cidadãos, nas suas vivências. Busca-se, conhecendo os movimentos sociais, verificar como são possíveis novas experiências jurídicas em determinado período histórico e como a história do direito pode conter pluralidades, culturas jurídicas alternativas e projetos alternativos de convívio humano. Procura-se resgatar essas formas, pluralidades e projetos muitas vezes esquecidos pela história do direito, reduzidos a marginalidades ou a objetos não pertencentes a história do direito (2011, p. 27-28).

Siqueira chama a atenção para a necessidade de se entender que o conceito de direito para a “história do direito pelos movimentos sociais” estará necessariamente relacionado à questão de sentimento, de percepção, do que seria jurídico, o que possibilitaria perceber a ação dos movimentos sociais como ações jurídicas, de luta pelo direito e por cidadania. Assim,

o direito, para a história do direito pelos movimentos sociais, é o que é sentido pelas pessoas como direito. Esse conceito amplo permite deixar aberto seu uso para diversos momentos históricos. Quando existe a percepção da existência de direito, a luta é para que esse direito seja reconhecido, universalizado, respeitado, ou, em algumas vezes, positivado. O sentimento do que é direito e a luta pelo direito são as marcas nos movimentos sociais na história do direito (2011, p. 32).

Sob essa ótica, Siqueira reconhece as semelhanças entre a sua metodologia e a o movimento teórico-prático do Direito Achado na Rua, destacando que a diferença decorre do fato de o segundo voltar-se essencialmente aos “novos movimentos sociais”, nascentes na década de 1970 no Brasil, como o que ora se analisa, através de um enfoque de sociologia jurídica com um olhar crítico sobre o direito atual, enquanto a primeira destina-se à “*análise dos movimentos sociais na história, discutindo com diversas metodologias, buscando compreender as experiências jurídicas passadas, e sua aproximação com o presente*” (2011, p. 32-33).

Nesse aspecto, é de se considerar que tanto o movimento do Direito Achado na Rua como o Movimento Sanitário, contemporâneos em seu surgimento, apresentam um caráter teórico-político-prático e mantêm forte relação com a universidade. A proximidade entre esses movimentos denota-se, entre outros fatos, pela participação do Professor José Geraldo de Sousa Junior como um dos palestrantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A escolha do objeto deste trabalho decorre da constatação da importância do Movimento Sanitário para a constitucionalização do direito à saúde. Durante as audiências públicas realizadas pela Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente da Comissão da Ordem Social da Assembleia Nacional Constituinte, representantes de diferentes instituições públicas e privadas apresentavam um discurso semelhante em relação às expectativas do que deveria constar no texto constitucional em relação à saúde. Uma constante nesse discurso – que também se repetia na fala de alguns constituintes da subcomissão – era a necessidade de ser observado o anteprojeto apresentado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que traduziria as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹².

Essa percepção inicial foi corroborada pela análise de obras que descreveram e analisaram o processo constituinte de 1987-1988. A publicação “Audiência Pública na Assembleia Nacional Constituinte, A Sociedade na Tribuna”, da Câmara dos Deputados, por exemplo, destaca que

A Saúde foi o tema que mais ocupou a agenda de audiências públicas. Falaram autoridades, especialistas, entidades estatais, patronais e de trabalhadores, bem como prestadores de serviços, organizações científicas e éticas, entidades representativas de profissionais da saúde e organizações sociais diversas, inclusive algumas ligadas à criança e à mulher. Havia sido realizada a Oitava Conferência Nacional da Saúde, considerada uma pré-constituente no setor, com ampla participação e dela surgiram propostas que iriam ser adotadas na formulação do Sistema Único de Saúde bem como fora criada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária cujos estudos influenciaram bastante no texto constitucional. Membros dessa CNRS e pessoas de atuação destacada na Oitava Conferência de Saúde estiveram entre os depoentes convidados (2009, p. 42).

A partir daí iniciou-se a busca por compreender quem eram aqueles personagens, o que propunham aquelas instituições, quais as relações existiam entre eles e como o seu discurso em defesa da constitucionalização de um direito social à saúde tornou-se predominante na arena que delinearía a nova estrutura político-jurídica nacional. Perguntas como: quem era Eleutério Rodrigues Neto, e por que foi escolhido para representar a área da saúde na solenidade destinada à entrega dos Anteprojeto das Subcomissões da Área Social à Comissão Temática da Assembleia Nacional

¹² Ao longo das 24 reuniões da Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente, identificou-se 77 menções à 8ª Conferência Nacional de Saúde e 76 à Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Constituinte? Por que o presidente da Fundação Oswaldo Cruz, um órgão governamental, foi o responsável por apresentar a defesa da emenda popular da área de saúde na Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte? O que eram, e por quem eram compostos, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entidades atuantes na luta pela constitucionalização da saúde durante todo período em que a matéria tramitou na ANC? No que consistiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária? Como o discurso de defesa de um direito social à saúde – que já previa as diretrizes da descentralização, integralidade e participação social, bem como a estruturação de um sistema único de saúde –, tornou-se tão homogeneizado e chegou com tanta força à Assembleia Nacional Constituinte?

Guiados pelos rastros encontrados nos anais da constituinte, tentamos delinear o percurso trilhado por aqueles atores, individuais e coletivos, e suas demandas até a Assembleia Nacional Constituinte. Nesse caminho, identificamos que as relações políticas que permitiram a esses atores a apresentação da sua proposta como aquela que teria a chancela do governo e da população, consubstanciada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, derivavam da atuação de um grupo específico dentro da estrutura de importantes órgãos governamentais.

Por isso, desenvolvemos uma narrativa que pretende reconstituir a trajetória desse grupo específico desde as primeiras conexões de seus membros, no âmbito das universidades, até o momento imediatamente anterior ao início dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte. A esse conjunto de atores – que pretendiam ser os condutores de uma profunda reforma sanitária, embora não fossem os únicos a pensar e a apresentar propostas para a construção de um sistema de saúde nacional naquele período, – convencionou-se denominar Movimento Sanitário.

No delineamento desses percursos, além das relações internas entre os atores individuais e coletivos que deram forma ao movimento, mostraram-se essenciais as relações e tensões estabelecidas entre esses e os governantes – em um primeiro momento, ligados ao regime militar, e posteriormente, os que compunham o governo da Aliança Democrática.

É possível dividir esses percursos em três momentos: o anterior à formação de um movimento organizado, quando as primeiras conexões e formulação teórica têm início (1972-1975); o do surgimento de um movimento orgânico e organizado, quando se delineiam suas pautas e corporificam-se suas representações institucionais (1976-1984);

e o da assunção de um papel de destaque na área setorial por meio da atuação política (1985-1987).

A formação desse grupo, constituído em sua maioria por acadêmicos – sanitaristas e cientistas sociais –, havia iniciado ainda no final da década de 1960, dentro das faculdades de medicina. Uniam-lhes a percepção comum de que a saúde não seria um fenômeno meramente biológico, mas uma decorrência das condicionantes sociais, e uma questão política; a posição contrária ao regime militar; a ideia de que sua contribuição para a retomada da democracia deveria ocorrer por meio da produção intelectual e da atuação nos serviços de saúde comunitária ligados às universidades em que trabalhavam; e a defesa de que a população deveria participar ativamente do planejamento e execução das ações de saúde que lhes eram destinadas¹³.

Na segunda metade da década de 1970, esse grupo cria o Cebes e a Abrasco, entidades que aglutinariam diversos outros atores contrários ao regime militar atuantes na área da saúde. Conferindo organicidade às ideias e proposições do grupo – que nesse momento se voltariam à realização de uma ampla Reforma Sanitária que eliminasse a distinção entre assistência médica previdenciária e saúde pública, e o reconhecimento de um direito social à saúde – essas instituições deram forma ao Movimento Sanitário.

Contemporâneo do movimento e membro do Cebes, Jaime Oliveira, em texto publicado em 1989, observava que “*o movimento pela assim chamada ‘Reforma Sanitária’ vem se desenvolvendo majoritariamente de dentro para fora, ou de cima para baixo*”, constatando que no Brasil, a proposta de Reforma Sanitária surgiu principalmente a partir de um conjunto de diferentes técnicos que têm em comum “um passado de preocupações progressistas” e “*veem a si mesmos como componentes de um autoproclamado e informal ‘partido sanitário’ e ocupam, hoje, com frequência, postos e posições significativos no interior do aparelho do Estado na área*” (1989, p. 19).

As características apontadas por Oliveira fazem referência ao passado comum dos atores de maior destaque do grupo – Sérgio Arouca, David Capistrano Filho, Hésio Cordeiro, Eleutério Rodrigues Neto, entre tantos outros – de militância no Partido Comunista Brasileiro (PCB), o que balizou a escolha de suas estratégias de ação. As

¹³ Segundo Sarah Escorel (1999), as origens do Movimento Sanitário remontam ao período mais repressivo do regime militar, entre o final da década de 1960 e meados da década de 1970, quando, com o cerceamento da maioria dos canais de expressão política, os Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de medicina passaram a ser um forte reduto de contestação ao governo autoritário, aglutinando e difundindo um pensamento crítico e socializante sobre saúde.

ligações do grupo com o PCB explicariam sua veia reformista. Muitos outros, embora não fossem membros do “partidão”, compartilhavam de visões reformistas, progressistas e democráticas. Com perfil político semelhante, socialistas democratas, Sérgio Arouca, Hesio Cordeiro, Eleutério Rodrigues Neto e David Capistrano Filho rechaçavam a luta armada, privilegiavam as alianças políticas e as intervenções propositivas.

Monika Dowbor (2012) defende que o Movimento Sanitário ampliou o conceito de repertórios de ação dos movimentos sociais tradicionais, para além da dimensão dos protestos, com a inclusão da categoria de ações via instituições e da organização de eventos e publicações como instrumentos de ação política e expressão de sua mobilização.

Silvia Gerschman (2004) diferencia o Movimento Sanitário do Movimento Social em Saúde. O segundo, mais amplo, seria composto pelo primeiro, pelo Movimento Popular em Saúde e pelo Movimento Médico. Esse conjunto de movimentos teria culminado na denominada Reforma Sanitária Brasileira¹⁴, definida, pela autora como mudanças normativas e institucionais do setor saúde que começaram a ocorrer em meados da década de 1980. Ainda que sejam categorizados de forma separada, devido a suas características, desenvolvimento, e objetivos, esses movimentos se entrelaçaram em muitos momentos, e pelo menos, até a redemocratização, trabalharam e cooperaram unidos contra o inimigo comum: o regime militar e o complexo médico-industrial, que se apoiavam mutuamente.

A atuação pública do grupo que se pretende analisar, pensada tanto em sua continuidade histórica quanto nas profundas transformações vividas no período, em especial, suas relações e tensões com os grupos governantes – em um primeiro momento, sob o regime militar, e após, no governo da Aliança Democrática – constitui o eixo condutor de toda a argumentação.

Para tanto, consideramos dois âmbitos principais em análise: a produção acadêmica, em grande parte autorreferente, e memorial dos membros do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, bem como a circulação de impressos, em especial a revista Saúde em Debate editada pelo Cebes; e as ações de instâncias de representação institucional e profissional em que esses atores se inseriram, configuradas principalmente pelas universidades, pelo Cebes, por secretarias de saúde, e por outros órgãos governamentais como a Fiocruz e o Inamps. As duas dimensões estiveram intimamente

¹⁴ Amélia Cohn (1989) explica que o termo “Reforma Sanitária” não é unívoco, servindo para designar as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da saúde dos cidadãos, em diferentes países.

ligadas, na medida em que tais institutos deram suporte à publicação de boletins, revistas, livros, além de muitas conferências, mesas redondas e simpósios, que possibilitaram e robusteceram a atuação política do movimento. Por outro lado, foi possível às publicações atingir um público mais amplo, contribuindo para dar ressonância aos encontros presenciais, ao mesmo tempo em que constituíram importantes mecanismos de intercâmbio, difusão de ideias e influência política.

Em sua tese de doutorado, Mariana Silveira mostra a adequação de se aliar a análise de publicações a de atividades institucionais, em pesquisas que pretendem identificar redes e trajetórias de ideias e intelectuais. Baseando-se em Carlos Altamirano (2005) para promover um diálogo entre “*a história política, a história das elites culturais e a análise histórica da ‘literatura das ideias’*”, a autora explica que

A conjugação dessas três dimensões nos possibilita levar em conta aspectos de teor sociológico, como a construção de redes, as trajetórias – individuais e coletivas – e o papel de instâncias institucionais, sem para isso abrir mão da análise da produção intelectual propriamente dita, inclusive no que diz respeito a suas dimensões formais, linguísticas e performativas: importa pensar não apenas *o que* se diz, mas também *como, com que intenções e em conexão com quais ações* se diz (2018, p. 51).

Adotando essa linha, este trabalho pretende se dedicar às iniciativas de intercâmbio entre os diversos setores que compunham o Movimento Sanitário e a interações entre as trajetórias individuais de seus membros no período destacado – com ênfase nos “líderes” do movimento –, identificando suas influências e conexões, na tentativa de demonstrar, a partir da produção intelectual e da atuação institucional do grupo, que esses contatos desempenharam um papel fundamental nos projetos políticos em que esses atores se engajaram, e que culminaram no bem-sucedido esforço de influir na Assembleia Nacional Constituinte.

Há de se destacar que não se desconsidera a atuação e a luta de outros grupos e atores sociais na área da saúde que, no mesmo período, contribuíram para a constitucionalização do direito à saúde. A nossa pretensão não é fazer uma história e análise exaustivas do processo não linear das lutas sociais, e institucionais, pelo direito social à saúde, mas sim apresentar um dos percursos possíveis da formação desse direito. O recorte na atuação do conjunto de atores que lideraram o movimento nos específicos campos acadêmico e político-institucional, deve-se, principalmente, à grande quantidade

de fontes que a documentam e à sua centralidade na organização e condução da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁵.

Aliás, a constatação da centralidade da atuação do Movimento Sanitário deslocou o objeto deste trabalho. Inicialmente, o objetivo da pesquisa era analisar os aspectos político-jurídicos do enfrentamento da epidemia de meningite pela Ditadura Militar, no período compreendido entre 1971 e 1975. A dificuldade de encontrar fontes que embasassem o estudo fez com que alterássemos o objeto para a análise da discussão do direito à saúde durante a Assembleia Nacional Constituinte.

No entanto, no decorrer da pesquisa, constatou-se, como já mencionado, a grande influência que a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária exerceram sobre a Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente. Em face disso, intentamos dilatar a pesquisa para englobar tanto o início do fortalecimento do movimento quanto a sua ativa participação nas discussões e deliberações da Assembleia Nacional Constituinte sobre o direito à saúde. Esse objeto, contudo, mostrou-se demasiadamente amplo para a pesquisa ora empreendida e teve que ser cindido de forma a trabalharmos, aqui, a formação, a articulação e a atuação do Movimento Sanitário no período pré-constituinte. Espera-se dar continuidade à pesquisa sobre a atuação do grupo durante o processo constituinte em futura oportunidade.

O recorte temporal justifica-se pelo fato de o início da década de 1970 ter sido um período de importantes acontecimentos políticos e sociais, inclusive na área da saúde, como o agravamento da epidemia de meningite, que contribuiu para a alteração das políticas sanitárias então adotadas. Além disso, nessa época, intensificaram-se as conexões intelectuais, profissionais e políticas entre os principais membros do Movimento Sanitário. O marco final, 1987, é o ano em que a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, constituída por recomendação da 8ª Conferência Nacional de Saúde como um grupo executivo a quem caberia formular propostas para o reordenamento

¹⁵ Considerando-se que a trajetória do Movimento da Reforma Sanitária não foi linear e que sua composição não foi homogênea, havendo maior e menor aproximação de determinados grupos ao longo das quase duas décadas passadas entre seu início e promulgação da Constituição, entendemos ser mais coerente com a proposta do trabalho considerar o recorte da 8ª Conferência Nacional de Saúde para definirmos o grupo estudado.

institucional e jurídico do sistema de saúde no país, concluiu seu relatório final com o intuito de subsidiar os recém iniciados trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte.

O período selecionado para análise compreende o que se convencionou chamar transição democrática. Usualmente utilizado para designar um operador temporal, nas narrativas dos regimes autoritários do século XX o termo transição é compreendido como a passagem do regime autoritário para o democrático.

No entanto, para além de uma simples periodização, a transição constitui uma arena de disputas. No decorrer de uma transição, “*decisões são tomadas, opções em relação ao passado são explicitadas e novas configurações sociais e políticas se formam*”. É possível que tais deliberações se projetem para o período posterior ao da ‘passagem’ de um regime a outro. As transições podem, assim, modelar o novo regime, delimitar escolhas que estarão disponíveis para os atores políticos, vincular o futuro a partir de deliberações adotadas no seu presente (Paixão, 2023, p. 31-32).

Dada a sua natureza, não é possível determinar, de antemão, como vai terminar uma transição, quando ela vai terminar, e até mesmo se ela vai terminar (Paixão, 2020). Em decorrência disso, a fixação exata de um tempo do início e do final de uma transição revela-se uma tarefa inexecutável, sendo possível, tão-somente, estipular-se balizas convencionais quanto a isso. Juliana Neuenschwander Magalhães explica que

A noção de transição é paradoxal, pois só se pode pensar em transição diante de uma mudança de regime que já ocorreu, mas, ao mesmo tempo, só se pode observar tal mudança quando a transição já ocorreu. Este paradoxo é constitutivo de transição, que se refere ao mesmo tempo a um passado a ser superado e a um futuro a ser construído, porque é tanto o momento da elaboração do passado quanto aquele para a projeção do futuro (2021, p. 31 *apud* Cattoni de Oliveira, 2022).

Em relação ao regime militar, há dissensos quanto a essas balizas. Majoritariamente, convencionou-se chamar de transição o período que começa com o governo Geisel, em 1974, em que se teria dado início ao processo “*da lenta, gradativa e segura distensão*”. Longe de objetivar um retorno à normalidade democrática – entendendo-se quanto a isso o reestabelecimento pleno dos direitos civis e políticos –, o que o projeto original de transição do governo Geisel pretendia era a *normalização institucional* do regime, isto é, uma superação da ordem autoritária, de modo controlado, ou seja, sem dispensar o uso de instrumentos de coerção para a “manutenção da ordem”,

quando necessário, garantindo uma “*institucionalização objetiva e realista*”¹⁶. Assim, a transição proposta era, antes de tudo, um projeto de salvaguarda do próprio governo militar, que já elaborava as formas de sua subsistência no futuro pós-transição.

Não obstante isso, a vitória da oposição na eleição de 1974 refletiu os primeiros sinais de esgotamento do modelo econômico e desgaste social dos governos militares, instalando-se, a partir de 1975, um clima de crescente mobilização e organização da sociedade na luta pela redemocratização. Para Almeida e Weiss,

o que muda radicalmente a partir de 1975 são os prognósticos sobre o destino da ditadura e as perspectivas da oposição. Já não se imagina, pelo menos enquanto vige o AI-5 e antes do grande acerto político que tornaria possível a concessão da anistia, que o autoritarismo possa ser liquidado a curto prazo. Tampouco, que possa ser derrubado pela pressão das massas ou, menos ainda, pela ação revolucionária das vanguardas. O colapso da ideia insurrecional se faz acompanhar de outra mudança de pensamento e atitude em amplos setores da oposição de classe média: a democracia passa a ser valorizada como um objetivo em si e, com ela, a organização da sociedade e a participação no jogo eleitoral, mesmo sob limitações. A aproximação com o MDB, o partido de oposição legal, se intensifica a despeito das reservas dos setores mais radicalizados. O movimento pela anistia é o marco da virada, ao restituir a atividade política ao domínio público. As reuniões anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) tornam-se instâncias de denúncia do regime, merecedoras das atenções da mídia. (1998, p. 336-337)

Pode-se dizer que a conjuntura da segunda metade da década de 1970 foi caracterizada, assim, pela atuação de diversos atores sociais que buscaram alargar o espaço de atuação política mediante a resistência e a luta democrática contra o regime militar. Sob essa perspectiva, a abertura não pode ser entendida simplesmente como uma concessão do regime, mas também como uma conquista de diversos movimentos emergentes da sociedade civil que forçaram a entrada de outros personagens, com demandas próprias por direitos e participação, na cena pública nacional (Sader, 1988; Araújo, 2007).

Como exemplo desses movimentos que se desenvolveram no período da transição, tem-se o Movimento Sanitário, cuja intenção era implantar a proposta de uma nova conformação jurídica e institucional do setor saúde brasileiro, orientada por ideais de transformação das práticas de saúde, universalidade e participação social, em substituição ao modelo de assistência previdenciária, então vigente, mediante a construção de uma sociedade democrática.

¹⁶ Discurso feito por Geisel aos dirigentes da Arena, em 29 de agosto de 1974. Disponível em <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/ernesto-geisel/discursos/1974/17.pdf/view>, acesso em 10 jun 2023.

O Movimento Sanitário tem sido objeto de uma grande quantidade de pesquisas, principalmente no âmbito dos institutos e departamentos de saúde coletiva, medicina social e saúde pública. Entre os primeiros autores que se dedicaram à questão, estão os próprios partícipes do movimento¹⁷, dos quais se destacam, Sônia Maria Fleury Teixeira (1989), Sarah Escorel (1999), Eleutério Rodrigues Neto (2003) e Jairnilson Silva Paim (2008).

Pesquisas mais recentes, no entanto, trazem novas perspectivas e abordagens sobre a atuação do Movimento Sanitário e foram úteis na compreensão do contexto social em que se insere o objeto deste trabalho. Entre essas, destacamos as que se propõem analisar as relações do movimento com o PCB (Jacobina, 2016; Rosário, 2020); a influência do movimento na normatização e efetivação do SUS (Dowbor, 2012; Melo, 2013); e as estratégias de atuação política do grupo (Dantas, 2018; Stotz, 2019). Merece menção, ainda, a pesquisa de Sophia (2012), que se voltou especificamente ao exame da atuação do Cebes no contexto da Reforma Sanitária.

No que diz respeito à escolha das fontes, trilhamos um caminho alternativo àquele que tende a prevalecer nas pesquisas em história do direito. Partindo do pressuposto de que a história constitucional é um campo plural, multifacetado e aberto à pesquisa interdisciplinar, e que, em decorrência disso, possibilita o uso de outras fontes de pesquisa da história que não apenas as tradicionais – leis, decisões judiciais e doutrinas jurídicas – privilegiou-se a análise de fontes primárias institucionais, em especial das produzidas pelo Poder Executivo e Poder Legislativo; e não institucionais, como revistas, jornais, livros da época, entrevistas e depoimentos concedidos por diversos militantes do Movimento Sanitário.

Das fontes institucionais provenientes do Poder Legislativo, foram consultados, em sítio eletrônico: anais da Câmara dos Deputados, anais do Senado Federal, os anais dos I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados e os anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente da Comissão da Ordem Social da ANC.

¹⁷ Nesse sentido, é o elucidativo exceto da obra de Sarah Escorel: “enquanto autores/atores estamos construindo a história da história que estamos construindo” (1999, p. 175)

Do Poder Executivo Federal, foram consultados, em sítio eletrônico, os seguintes documentos: os anais da III, V, VI, VII e VIII Conferências Nacional de Saúde; os documentos relativos a diversos projetos elaborados no período na área da saúde; os relatórios do II e o III Planos Nacional de Desenvolvimento; o decreto que constituiu a CNRS e seu relatório final.

Na biblioteca do Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UNB), foram consultados relatórios de atividades do próprio núcleo dos anos de 1986 e 1987; e relatórios de atividades da Fundação Oswaldo Cruz do ano de 1985. Além de diversas obras escritas à época dos fatos aqui pesquisados.

Ainda como fontes primárias produzidas pelo Poder Executivo, serviram de insumo a este trabalho vídeos e textos, bem como seminários e fóruns promovidos pela Fiocruz acerca de sua memória institucional.

Entre as fontes não institucionais, foram analisadas dezenove edições da revista Saúde em Debate, publicados pelo Cebes entre 1976 e 1987. Foram, também, objeto de consulta as seguintes edições do Projeto Radis¹⁸, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz: Revista Dados, publicada entre julho de 1982 e outubro de 1986; Revista Súmula, publicada entre julho de 1982 e abril de 1987; Revista Tema, publicada entre julho de 1982 e abril de 1987; e Jornal Proposta, jornal da Reforma Sanitária, publicado em março e abril de 1987.

A consulta a jornais de grande circulação mostrou-se necessária para colmatar lacunas e entender contextos. Foram pesquisados o Jornal Folha de São Paulo e O Globo, acessados a partir dos sítios eletrônicos dessas empresas; e o Jornal do Brasil, disponível na hemeroteca da Biblioteca Nacional. Para assuntos específicos, consultamos o Banco de Notícias do Programa Radis, clipping diário dos principais jornais e revistas do país referentes à área de saúde, disponível na hemeroteca do programa.

Consultamos também diversas fontes documentais e bibliográficas, como atas da criação da Abrasco, relatórios de encontros e biografias, trabalhos acadêmicos e artigos de opinião de autoria dos agentes estudados.

¹⁸ Segundo consta no site da ENSP, o Programa RADIS de Comunicação e Saúde é um programa nacional e permanente de jornalismo crítico e independente em saúde pública, iniciado em 1982, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Os objetivos do projeto original estavam nas iniciais do próprio nome: reunião, análise e difusão de informação sobre saúde, que inovava também por adotar um conceito ampliado de saúde, incluindo qualidade e condições de vida. Acesso disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/programa-radis/sobre/>

As obras de teor biográfico, como memórias, autobiografias, entrevistas e testemunhos históricos produzidos por partícipes do movimento tiveram um grande peso neste trabalho.

Nesse arcabouço, elencamos, os seguintes projetos e pesquisas que se utilizaram do método da história oral para a coleta de entrevistas e depoimentos de personalidades ligadas ao Movimento Sanitário, e que disponibilizam as respectivas transcrições: projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca”, executado pelo Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO¹⁹ (2005), que coletou cerca de cinquenta entrevistas de pessoas que mantiveram relações significativas com Sérgio Arouca ao longo de sua vida. Desse trabalho, foram consultados os volumes que compreendem os períodos de 1967-1975 e 1976-1988; pesquisa “A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo”²⁰ (2006), promovida pelo Ministério da Saúde e conduzida por Vicente de Paulo Faleiros; projeto “História da cooperação técnica na formação de recursos humanos em saúde OPAS-Brasil” (2006), desenvolvido pelo Observatório História e Saúde na Casa Oswaldo Cruz da FIOCRUZ (COC/FIOCRUZ), por demanda do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); pesquisa “Memórias e História da Atenção Básica do Estado de São Paulo” (2015), coordenada por Maria Lúcia Molt e publicada pelo Instituto de Saúde de São Paulo; e livro “Hésio Cordeiro e a história da saúde no Brasil” (2022), que reúne três entrevistas com Cordeiro em momentos distintos de sua trajetória.

Além desses, foram consultados depoimentos constantes em Relatórios de Comissões da Verdade da UNB e Unicamp.

O levantamento das fontes dá a ideia da amplitude do movimento: há muito material sobre o tema, e a maior parte dele foi produzido por instituições criadas, ou que passaram a atuar, segundo o ideário do Movimento Sanitário. A construção e preservação de uma memória ligada à sua atuação foi uma preocupação relevante do grupo. Prova disso foi a fundação da Casa Oswaldo Cruz durante a gestão de Sérgio Arouca.

A memória é constituída por acontecimentos vividos pessoalmente ou vividos pelo grupo ao qual o entrevistado se sente pertencer; por personagens com quem interagiu e por lugares onde andou. Embora sejam atributos da memória a plasticidade e a flutuação, mutável, da história – tanto individual quanto coletiva –, na maioria das

¹⁹Disponível em <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/apresentacao.htm>

²⁰ Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf

memórias existem marcos ou pontos relativamente invariáveis, imutáveis (Nora, 1992, p. 201).

Por isso, a memória não deve ser vista simplesmente como um processo parcial e limitado de lembrar fatos passados, de pequena relevância para a compreensão dos processos históricos. Trata-se, antes, da construção de referenciais sobre o passado, o presente e o futuro realizada pelos diferentes grupos sociais, de modo sempre referido a certas tradições, ainda que tais grupos se considerem comprometidos com mudanças políticas e sociais (Pires-Alves *et al*, 2006, p. 119).

É possível entender a memória como um exercício de recuperação do passado, de reflexão sobre o que foi feito ou dito por alguém em determinado momento pretérito. Constituir-se-ia, assim, em uma reorganização mental, à luz de determinado presente, do como e do porquê determinados fatos ocorreram de um modo e não de outro.

Neste sentido, a memória pode ser matéria dos historiadores, como fonte histórica. Matéria que deve ser cruzada com fatos e informações muitas vezes ignorados ou omitidos pelos que se lembram, mas que ao historiador caberia a tarefa de contextualizar ou estabelecer interrelações. Pode e deve ser também um exercício de reconhecimento de experiências sociais comuns, da sua atualização como acervo coletivo (Pires-Alves *et al*, 2006, p. 119).

Além disso, a história oral nos permite conhecer detalhes que não estão disponíveis em documentos oficiais, possibilitando-nos um novo olhar para as fontes, o que possibilita novas interpretações e narrativas, a colmatação de lacunas e o fortalecimento de algumas hipóteses.

A partir de informações apresentadas nos depoimentos e entrevistas, buscamos outros documentos que permitiram a elaboração da narrativa que se apresenta. O cruzamento das fontes nos possibilitou identificar alianças e conexões que muitas vezes foram omitidas nos depoimentos e nas obras. Além disso, a multiplicidade de visões sobre um mesmo fato nos permite compatibilizar memórias heterogêneas, formando uma narrativa consistente.

O trabalho está estruturado em três partes, divididas a partir dos eventos destacados nas memórias de seus partícipes, em que serão analisados três eixos do movimento: o acadêmico, o institucional público e privado, e o político, sem desconsiderarmos que esses eixos se entrelaçam e se influenciam mutuamente.

O primeiro capítulo aborda o período anterior à formação do Movimento Sanitário, quando ocorrem as primeiras conexões pessoais e construção de redes

intelectuais e profissionais entre aqueles que viriam a ser partícipes do movimento. Destaca-se, também, as tensões do grupo com o sistema de informação e repressão do regime militar existente no âmbito das universidades. É importante salientar que a universidade tem uma vinculação estreita com o Movimento Sanitário, e que muitos de seus membros permaneceram atuando naquele espaço após o período aqui retratado.

O segundo capítulo trata da ocupação de novos espaços institucionais, além dos universitários. Destaca a conjuntura do início do governo Geisel que possibilitou o surgimento de oportunidades de trabalho e formação de alianças pelos membros de um movimento ainda em formação. Nesses novos espaços os membros do grupo tornam-se sanitaristas e conquistam importantes aliados dentro do serviço público. Aborda, também, a criação do Cebes e da Abrasco, que marca o início de um Movimento Sanitário orgânico e organizado.

O terceiro capítulo fala sobre a costura de alianças com políticos e a atuação no espaço parlamentar. São retratadas as relações pessoais e profissionais que aproximaram membros do movimento das mais altas instâncias de poder do setor saúde e a ocupação de cargos na esfera federal no período da redemocratização do país. Apresenta-se, também, como síntese do período de mobilização, a organização e a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, evento determinante para a constitucionalização do direito à saúde em 1988, e da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

1. O PONTO DE PARTIDA: AS UNIVERSIDADES

Ainda nos últimos anos da década de 1960, alguns jovens docentes da área médica, militantes ou apoiadores de partidos de esquerda, aproveitaram as oportunidades surgidas em treinamentos e encontros técnicos desenvolvidos por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para trocarem bibliografias, ideias e experiências sobre serviços comunitários de saúde vinculados a suas faculdades. Tais iniciativas serviam, também, para a discussão das relações existentes entre as condições de saúde da população e a política repressiva e autoritária do regime militar.

Essas discussões subsidiaram a produção intelectual do grupo, que passou a incorporar conceitos e ideias das ciências sociais à análise de questões de saúde e das relações profissionais dos médicos, relacionando-as às condições sociais e políticas do país. As teses elaboradas nesse momento, serviriam, no futuro, como base teórica do movimento.

Os intercâmbios entre os membros das diversas universidades foram intensificados com a realização de encontros promovidos pelos docentes em conjunto com estudantes de medicina também ligados a partidos de esquerda. O mais destacado exemplo desses fóruns foram as Semanas de Saúde Comunitária, que discutiam os projetos de extensão universitária que envolviam o atendimento de parcelas desassistidas da população. Nesses eventos, as discussões que giravam em torno do caráter político das questões de saúde, já existentes dentro dos departamentos de algumas faculdades de medicina, ganhavam maior amplitude e alcançavam estudantes e jovens profissionais do país inteiro. É nesse contexto que começam a se formar as primeiras conexões pessoais e as redes intelectuais e profissionais entre aqueles que viriam a ser partícipes do movimento.

As faculdades de medicina brasileiras passaram por significativas alterações no período compreendido entre o final da década de 1960 e meados da década de 1970. Além dos impactos acarretados pelas medidas modernizantes e racionalizadoras decorrentes da reforma universitária empreendida pelo regime militar em 1968²¹, verificavam-se, no

²¹ De acordo com Rodrigo Patto Sá Motta, a reforma universitária de 1968 aliava um viés modernizador a intentos autoritários e conservadores. No eixo modernizante, a reforma teria significado racionalização de recursos, busca de eficiência, expansão de vagas, reforço da iniciativa privada, organização da carreira docente, criação de departamentos em substituição de cátedras, fomento à pesquisa e à pós-graduação. No eixo conservador, a política do regime militar para as Universidades teria implicado, entre outras medidas, o combate e a censura às ideias de esquerda, e reprimido e afastado dos meios acadêmicos os seus defensores; o controle e a subjugação do movimento estudantil; a criação de agências de informação para

período, esforços de organismos internacionais para ampliar e imprimir nova dinâmica ao ensino médico, com vistas à extensão da assistência sanitária.

Esses esforços decorreriam da implantação do “Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso” – Resolução A.2 da Conferência de Punta del Este – que teria tido grande influência no desenvolvimento da política de saúde nos países membros da Organização dos Estados Americanos, com a proposição de medidas de curto prazo, como projetos simples de captação de água e de tratamento de dejetos, o combate à mortalidade infantil, à desnutrição e o controle de doenças transmissíveis; e de longo prazo, como a elaboração de planos decenais, a criação de unidades de planejamento e avaliação nos Ministérios da Saúde, a capacitação de recursos humanos e a organização e gerência dos serviços de saúde (Santos, 1995, p. 24).

Por outro lado, o período coincidiu com o recrudescimento da coerção e da violência por parte do regime. Desde os primeiros instantes após o golpe, as comunidades universitárias, de forma geral, foram alvo de intensa repressão. Com o fim de expurgar as esquerdas, especialmente os comunistas, alunos e professores foram expulsos, cassados, demitidos e presos.

Após o choque inicial, a violência sobre o meio acadêmico arrefeceu. A política do medo precocemente instaurada foi bem-sucedida ao induzir o surgimento de uma autocensura no meio acadêmico. No entanto, a tensão e a ameaça permaneceram latentes até o fim do regime.

Em decorrência do incipiente ressurgimento do movimento estudantil em 1968, e com fundamento de validade no Ato Institucional nº 5, o Decreto-Lei nº 477, de 26 de fevereiro de 1969, definiu infrações disciplinares praticadas por professores, alunos, funcionários ou empregados de ensino público ou particulares. Entre as condutas passíveis de punição estavam aliciar ou incitar à deflagração de movimento que tivesse por finalidade a paralisação de atividade escolar ou participar nesse movimento; praticar atos destinados à organização de movimentos subversivos, passeatas, desfiles ou comícios não autorizados, ou dele participar; conduzir ou realizar, confeccionar, imprimir, ter em depósito, distribuir material subversivo de qualquer natureza; e usar dependência ou recinto escolar para fins de subversão ou para praticar ato contrário à moral ou à ordem pública. A apuração dessas infrações seria realizada mediante processo sumário, a ser concluído no prazo improrrogável de 20 dias.

vigiar a comunidade universitária; a censura à pesquisa, assim como a publicação e circulação de livros; e tentativas de disseminar valores tradicionais através de técnicas de propaganda (2008, p. 31-32).

É nesse contexto que surge uma nova abordagem do conceito de saúde. Formulada no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva (DPM) das faculdades de medicina por um jovem grupo de professores e alunos, essa proposta crítica, construída sobre as bases das ciências sociais de viés marxistas, destacava a fragilidade e a insuficiência da visão estritamente biológica e positivista acerca da saúde então vigente, relacionando a debilidade das condições sanitárias da época às políticas econômicas e sociais adotadas pelo regime militar (Scorel, 1999).

Esse grupo de intelectuais era, em sua maioria, ligado ao clandestino PCB, fossem militantes ativos – como Sérgio Arouca, Anamaria Tambellini, Cecília Donnangelo, Eleutério Rodrigues Neto, Hésio Cordeiro, David Capistrano Filho – fossem ex-militantes – como Nelson Rodrigues dos Santos – ou apoiadores, como Guilherme Rodrigues da Silva²². Eram da linha moderada do partido, cuja proposta era a progressiva derrubada da ditadura por meio da celebração de amplas alianças com forças progressistas, independente da sigla partidária, e do aproveitamento dos espaços e dos meios legais para a formulação de “contra-políticas”. Adeptos de uma militância que incorporava “*a visão de conquistar corações e mentes para as causas*”²³, rejeitaram a luta armada e o radicalismo, optando por uma luta intelectual ou ideológica propriamente dita.

Mesmo sem envolvimento com guerrilhas e luta armada, os integrantes do grupo sofreram diversas violências impostas pelo regime²⁴. O mais visado pelas forças repressivas foi, sem dúvidas, David Capistrano Filho, cujo pai era um proeminente dirigente do PCB²⁵.

²² Guilherme Rodrigues da Silva esclarece que “*eu nunca fui membro do Partido Comunista, eu tinha medo de ser membro do Partido Comunista. Eu sempre fui amigo de pessoas do partido, alguns líderes extremamente importantes e que me convidavam pra entrar no partido e eu sempre saí de lado. Então eu era considerado como uma espécie de aliado do partido comunista, mas nunca fui membro formal do Partido Comunista*” (Unirio, 2005b, p. 33).

²³ Entrevista: Nelson Rodrigues dos Santos. Trabalho, Educação e Saúde, v. 6, n. 3, p. 645–658, 2008.

²⁴ O Globo. Comissão da Verdade agora para a Saúde. Alessandra Duarte. Edição digital. 25 jan 2014. Acesso em 28 jun 2022.

²⁵ Davi Capistrano, o pai, participou do levante comunista de 1935, liderado por Luís Carlos Prestes. Foi preso e teve que viver na clandestinidade por diversas vezes em razão de sua militância política. Com o golpe militar em 1964, teve seus direitos políticos cassados e, por questões de segurança saiu do país. Desapareceu em 1974 quando retornou ao Brasil por problemas de saúde. Os familiares registraram queixa do desaparecimento e fizeram pedidos de busca aos diversos órgãos de segurança, mas não obtiveram resposta satisfatória. Somente em novembro de 1992, o ex-sargento Marival Dias Chaves, em declaração à revista Veja, afirmou que depois de ter sido levado preso para o DOI-CODI/SP, Capistrano teria sido levado à “Casa da Morte de Petrópolis”. Torturado até a morte, David teria sido esquartejado e seus restos mortais jogados em um rio próximo ao local. Em março de 2004, Marival Chaves deu uma nova entrevista à revista IstoÉ, declarando que o caso de David Capistrano e de José Roman estava ligado a uma ofensiva dos órgãos de segurança para dismantlar o PCB. Segundo o relato de Marival, o comando da operação teria ficado a cargo do chefe do DOI, coronel Audir dos Santos Maciel, conhecido como doutor Silva. Maciel teria sido um dos responsáveis pela Operação Radar, que eliminou diversos militantes do PCB entre 1974 e 1976

David cresceu entre fugas e clandestinidade, testemunhando por diversas vezes a prisão de seus pais por motivos políticos. Foi, ele também, preso e submetido a torturas, mais de uma vez durante o regime militar. Sua última prisão ocorreu em 1975, após o assassinato de Vladimir Herzog. Reinaldo Guimarães, contemporâneo de David na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, recorda-se de tê-lo encontrado após essa detenção:

O David foi preso na Barão de Mesquita... E o David foi solto, ninguém sabia... Ele foi andando da Barão de Mesquita até a UERJ... E eu me lembro que naquela época o David já estava gorducho... Era 75... E o que não me sai da memória era ver aquele homem magro, magro... 25, 30 quilos mais magro... Esquelético... Aí eu fiquei olhando o David, que foi meu contemporâneo de Praia Vermelha, meu e do Noronha (referindo-se ao José), não é? E eu não reconheci o David e foi uma cena do David completamente pirado (UNIRIO, 2005b, p. 50).

Nelson Rodrigues dos Santos, mesmo após desligar-se do PCB, foi preso por suspeita de subversão na universidade²⁶. Eleutério Rodrigues Neto, após concluir o mestrado na Universidade de São Paulo, não pode ingressar como docente da instituição por ter sua contratação vetada pelo Serviço Nacional de Informação (SNI), fato que se repetiria ainda muitas vezes em sua vida e na de outros militantes do movimento. A Sérgio Arouca e a seu grupo da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) foi imposta uma cassação dissimulada, episódio que ficou conhecido como “expurgo de Campinas”, do qual trataremos adiante.

Assim, a repressão imposta pela ditadura sobre toda a comunidade universitária impactou os grupos críticos que se formavam, ainda que em diferentes graus de intensidade. De forma mais intensa – como no caso da Universidade de Brasília (UnB) e da Unicamp – ou menos intensa – como na Universidade de São Paulo (USP) e na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) –, a repressão condicionou as possibilidades de atuação desses núcleos, que variavam de acordo com a proximidade que

(David Capistrano da Costa, Memorial da Resistência de São Paulo, disponível em <http://memorialdaresistencia.org.br/pessoas/david-capistrano-da-costa/>. Acesso em 28 jun 2023)

²⁶ Nelson Rodrigues dos Santos narra que “*Em Londrina, fui preso pelo DOI-Codi (Destacamento de Operações de Informações - Centro de Operações de Defesa Interna). Havia uma reitoria da universidade que era da direita, extremamente prepotente e carreirista como o reitor. Nessa época da ditadura, todos os órgãos públicos tinham uma famigerada assessoria de segurança e informação ligada ao sistema central da ditadura. O Ministério da Saúde (MS) também, bem como as secretarias estaduais. Vocês não são da época da ditadura, ela não era só o ditador lá em cima, não, tinha toda a escadinha hierárquica. Todas as perseguições, invejas e competitividades neuróticas se dão em todos os escalões de toda a hierarquia; você sente a ferocidade da ditadura porque o seu colega, o seu dirigente imediato, pode te entregar ou falsificar provas contra você*” (2008).

os dirigentes de suas instituições acadêmicas tinham com o regime, bem como com o nível de proteção que esses destinavam àqueles.

Mesmo diante da constante e real ameaça de violências físicas e psicológicas, com o medo permanente da prisão, da tortura e do desemprego, o grupo desenvolveu suas atividades políticas em paralelo com as atividades acadêmicas²⁷. Nesse período iniciaram-se e fortaleceram-se conexões interpessoais e institucionais que se mostraram essenciais ao surgimento do Movimento Sanitário.

1.1. A OPAS e os departamentos de Medicina Preventiva

O desenvolvimento tecnológico havido após a Segunda Guerra mundial impactou a atividade médica em nível global. As consequências desse desenvolvimento foi o aprofundamento da separação entre políticas e práticas de saúde pública e da assistência médica individual e curativa. A saúde pública voltada para as campanhas de vacinação, controle e combate de doenças, progressivamente tornou-se centralizada e hierarquizada. Já a assistência médica, atividade que demandava crescentes e vultosos recursos financeiros, passou a ter como elemento central o hospital, *locus* onde se concentra e se organiza as capacidades profissionais, operacionais e tecnológicas voltadas à atenção curativa. A atuação do médico tornava-se cada vez mais especializada e fragmentada, o que se refletia na organização do ensino e do próprio conhecimento em saúde (Pires-Alves e Falleiros, 2010, p. 166).

Diante desse cenário, surge, em meados dos anos 1940, nos Estados Unidos, a medicina preventiva²⁸, cujo intuito era pensar, com o auxílio das ciências sociais,

²⁷ Nesse sentido, é o depoimento de José Rubem Alcântara Bonfim “*Uns arriscavam mais a pele, mas todos nós arriscávamos a pele. Quando nós chegamos lá em Campinas, no meu caso por recomendação expressa do Dr. Guilherme, aí nós sentimos que lá o terreno era fértil para que nós nos sentíssemos livres, embora, toda a ditadura estivesse em nossos poros. Eu continuei sendo perseguido. Tive que voltar de ônibus para depor em abril ou maio de 74. Voltei de ônibus para Recife! Olha o castigo! Por quê? Porque o DOI-COD admitiu pela primeira vez que queria me ouvir. Antes queriam me sequestrar, me colocar num pau de arara. Quando eles admitiram que queriam falar comigo, euconstitui um advogado e fui. Cheguei antecipadamente, me informei do que eu podia dizer e do que eu não devia dizer e se tivesse dúvida, não era pra dizer mesmo para não alimentar as expectativas deles. Veja a situação: eu não estava sob tortura física, era uma tortura psicológica! Você sabe o que é uma pessoa chegar pra você com a foto de uma pessoa morta e perguntar assim: ‘Você conhece essa pessoa?’. Aí você diz assim: ‘eu acho que essa pessoa já esteve no hospital Pedro II procurando minha ajuda para um problema de saúde dela’. Aí perguntam: ‘sabe onde esta pessoa está?’. Aí eu digo: ‘Não faço a mínima idéia. Até porque, como vocês sabem, eu sou residente. Estou trabalhando’. É duro! E ainda ti obrigavam a escrever! Diziam assim: ‘Nós não precisamos lhe interrogar! O senhor escreva aí no papel sobre tais e tais situações...’. Aí você vai lá escrevendo...” (UNIRIO, 2005a, p. 39-40).*

²⁸ Juan César Garcia (1985, p. 22) explica que a Medicina Preventiva americana tinha inspiração na Medicina Social europeia, surgida em 1848, e resgatada na época da criação do Sistema Nacional de Saúde

alternativas liberais aos crescentes custos da atenção curativa, por meio da reorientação da formação médica, que deveria estimular uma saúde preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe. De acordo com o modelo preventivista, o profissional médico deveria desenvolver habilidades que lhe permitissem se relacionar diretamente com a comunidade, com os serviços públicos de saúde e com outras organizações para promover a saúde e a proteção do indivíduo e da família, por meio de uma medicina integral. Nessa concepção, o Estado não deveria intervir na área de prevenção médica (Pires-Alves e Falleiros, 2010, p. 168).

A nova proposta foi difundida para os países latino-americanos através do apoio técnico e financeiro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e de fundações norte-americanas como a Kellogg, a Rockefeller, a Ford e a Milbank²⁹. A implantação dos primeiros departamentos de medicina preventiva nas universidades brasileiras ocorreu ainda na década de 50. Com a reforma universitária de 1968, a medicina preventiva é incorporada ao currículo mínimo das faculdades de medicina, tornando obrigatória a instalação dos departamentos que tratavam da matéria em todos os cursos de medicina brasileiros³⁰ (Escorel, 1999, p. 21).

É nesse espaço que começam a se delinear com maior clareza as primeiras conexões entre aqueles que viriam a integrar o Movimento Sanitário, fomentadas pela atuação de Juan César Garcia, consultor do setor de formação de recursos humanos da OPAS.

britânico (década de 1940). Embora nesse momento o termo tenha se difundido na Europa, não teria conseguido penetrar nos Estados Unidos, devido ao ambiente criado pelo macarthismo que “*tornava impossível adjectivar algo como “social”, por considerá-lo relacionado com “socialismo”. Assim, nas escolas de medicina dos Estados Unidos da América emprega-se o termo ‘Medicina Preventiva’, que incluía temas de Ciências Sociais*”.

²⁹ Como explica Pires-Alves e Falleiros (2010), “*nos países capitalistas centrais, a atenção às questões sociais surgidas no pós-guerra era resultado da crescente preocupação com um possível avanço dos movimentos operários e dos partidos socialistas. Nos demais países inaugurava-se a era do desenvolvimento, sob o signo do planejamento em larga escala, Ciência e técnica foram acionadas para moldar o mundo não euro-americano à feição de um Ocidente moderno que avançava em seu movimento de mundialização. Neste movimento as organizações internacionais teriam um papel fundamental, sobretudo pela generalização das práticas de assistência técnica, transferência de tecnologias e cooperação*”.

³⁰ Sarah Escorel observa que, devido às peculiaridades locais, o discurso preventivista foi incorporado no Brasil com importantes mudanças em seu modelo. Desse modo, “*se nos Estados Unidos, o movimento representou uma leitura civil dos problemas de atenção médica, no Brasil, era necessária uma leitura estatal devido ao papel desempenhado pelo Estado brasileiro na prestação dessa assistência*”. Além disso, mesmo em âmbito nacional, o discurso preventivista foi absorvido de forma diferenciada nas diversas faculdades, “*assim como as próprias faculdades, sob um mesmo regime autoritário, eram diferenciadas entre si quanto ao grau de autonomia e liberdade de pensamento e discussão*”. Desse modo, o modelo foi incorporado no Brasil “*no sentido de um projeto racionalizador da atenção médica*” (1999, p. 21).

Ainda no final dos anos 1960, a relação estabelecida entre a OPAS e as universidades brasileiras possibilitou a aproximação de Juan César Garcia com grupos diversos de jovens professores do curso de medicina críticos ao regime autoritário. Personagem fundamental para o surgimento do movimento, progressista e estudioso da influência das relações socioeconômicas no campo da saúde, Garcia substituiu, em seus estudos sobre educação médica, medicina comunitária e social³¹, a abordagem positivista e funcionalista, até então dominante nas ciências sociais em saúde, pela ótica do materialismo-histórico-dialético³².

Por ser funcionário de um organismo internacional, Garcia tinha acesso, e redistribuía aos grupos locais, bibliografia sobre ciências sociais que não eram encontradas no Brasil, fosse pelas dificuldades logísticas, fosse pela censura exercida pelo regime militar às obras consideradas subversivas. Anamaria Tambellini, uma das líderes do grupo da Unicamp, recorda-se que Garcia “*enviava pacotes de material de literatura porque nós tínhamos dificuldade de adquirir [...] porque eram considerados subversivos*” (UNIRIO, 2005a, p. 101).

No mesmo sentido, relata Alberto Pellegrini, graduado pela UnB e residente do grupo de Campinas:

Naquela época, por vários motivos, o acesso à literatura não era tão fácil. Juan César García preparava uma espécie de bibliografia selecionada, que enviava a grupos e pessoas de toda a América Latina. Líamos avidamente as cópias de artigos de Michel Foucault, [Michel] Pollack e outros autores que ele enviava com comentários. Nós, em Campinas, incluindo o Sérgio Arouca, recebíamos diretamente dele esse material e fazíamos seminários de discussão. Foi uma fase meio heroica de formação, ainda não muito estruturada. O Instituto de Medicina Social começava a introduzir esses textos em seu curso (PIRES-ALVES, FA., and PAIVA, CHA, 2006 p.121).

Além de fornecer importante material teórico para o desenvolvimento das ideias dos acadêmicos brasileiros e do próprio curso a ser ministrado nas universidades, por intermédio e auxílio da OPAS formou-se uma rede de contatos – e a base de relacionamento de intercâmbio teórico e metodológico – entre os membros dos

³¹ Sobre a produção intelectual de Garcia, Nunes (2015) afirma que “*os trabalhos da década de 1970 serão fundamentais para se entender a opção do autor pelo materialismo-histórico-dialético que pode vir tanto associado às vertentes estruturalistas (Althusser, Balibar), como às perspectivas políticas, especialmente ao conceito de “bloco histórico” (Gramsci), como aos conceitos de estado, formação social, hegemonia, bloco no poder (Poulantzas), à relação entre história objetiva e história subjetiva, presente em Lukács*”.

³² Sob o patrocínio da Fundação Milbank, Garcia realizou um importante estudo empírico, publicado em 1972, acerca da educação médica latino-americana, com o objetivo de entendê-la como um processo histórico, subordinado à estrutura economicamente predominante na sociedade na qual se desenvolve.

Departamentos de Saúde Preventiva das universidades brasileiras (Escorel, 1999, p. 113).

Juan Cesar Garcia lembra que, nesse período,

um número cada vez maior de seminários nacionais e regionais foi-se organizando localmente, com a ajuda da OPAS. Os objetivos não eram, fundamentalmente, melhorar seus conhecimentos ou difundir material escrito desconhecido, mas também pôr em contato aqueles que tinham uma atividade na área e que geralmente se desconheciam; sobretudo, era descobrir os melhores cientistas sociais em termos de formação teórica e metodológica. Dado o número importante de reuniões que se realizavam neste período (1968-73), os alunos que mais se destacavam eram contratados como professores em seminários realizados em outros países, sempre com a tarefa de descobrir novos valores” (1985, p. 25).

Uma dessas reuniões, foi o seminário promovido pela OPAS em Washington em 1971, com participação de representantes de vários países da América Latina – dentre os quais os brasileiros Cecília Donnangelo (USP), Sérgio Arouca (Unicamp), Hésio Cordeiro (UERJ) e Domingos Gandra (UFMG) –, cujo objetivo era formar assessores em Recursos Humanos de Saúde. Para Arouca (1987), esse seminário representou um

momento de síntese bibliográfica, um momento em que o grupo se fortaleceu teoricamente. (...) A partir daquele material se começa a repensar o ensino das ciências sociais e a se montar uma rede de pessoas na América Latina que tem uma perspectiva diferente das ciências sociais. Do Brasil, participam dessa rede o IMS, a Preventiva da USP da UNICAMP e o Dr. Domingos Gandra de Belo Horizonte. (...) Essa rede latino-americana foi consolidada no encontro de Cuenca (1972) também promovido por Garcia. (...) Até aí a gente vinha procurando por onde, e a partir desse período temos uma linha bibliográfica, pontos de referência de pesquisa e de como imaginar um curso. (*apud* Escorel, 1999, p. 113).

Apesar do incentivo proveniente da OPAS, esses grupos eram minoritários mesmo dentro de seus departamentos. A proposta de incorporação de cientistas sociais aos cursos médicos, bem como as tentativas de se implantar programas de medicina comunitária sob um enfoque social, buscando a formação de um profissional generalista com visão sistêmica de atenção integral, destoavam das ideologias e práticas dos setores mais tradicionais do prestigiado curso de Medicina, que se voltava cada vez mais para um ensino segmentado, especializado e dependente de caras tecnologias. Por isso, o grupo encontrou resistências, também, de professores e alunos das diversas universidades.

1.2. Os projetos de Medicina Comunitária e os encontros estudantis na área da Saúde

Em linha com a proposta de formar um novo profissional médico generalista, uma iniciativa comum aos Departamentos de Medicina Preventiva foi a implantação de programas de Integração Docente-Assistenciais. Orientados pelo enfoque médico-social, esses programas desenvolviam-se como serviços de assistência médica comunitária, voltados à formação de internos e residentes, com o fim de proporcionar-lhes uma inserção prática na dinâmica de trabalho.

As propostas de medicina comunitária eram difundidas e apoiadas pela Organização Mundial de Saúde e pela OPAS e agradavam os governos locais por constituírem uma solução barata para a crescente demanda de atenção à saúde. No processo de racionalização que se inicia a partir da metade da década de 1970, alguns desses programas passaram a efetivamente contribuir para o aumento da cobertura assistencial (Escorel, 1999, p. 23).

Para o grupo de jovens acadêmicos, os projetos configuravam uma oportunidade para difundir suas ideias e testar suas hipóteses, pesquisar e pôr em prática modelos alternativos de atenção básica. Consideravam que além de simplificar as práticas e racionalizar a produção e distribuição de serviços médicos, os programas provocavam inflexões no campo da saúde pública e estimulavam rearranjos que incluíam a ativa participação da população na construção e operação dos serviços de saúde (Donnangelo 1983, p. 28).

Celia Leitão Ramos, professora do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, evidencia o caráter político que revestiu a atuação dos grupos nos programas de integração médico-assistencial, que surgiam como uma oportunidade de se aliar atuação profissional e resistência à ditadura:

Em algumas grandes faculdades de medicina, principalmente nos seus departamentos de medicina preventiva, iniciou-se um debate que girava em torno do que fazer para que os programas atingissem as populações mais pobres. Muitos defendiam a tese de que era necessário um trabalho alternativo, paralelo ao sistema oficial, já que este se mostrava inoperante, reproduzidor de esquemas perversos de dominação e fechado a qualquer mudança, graças ao momento político que o país atravessava. Outra tese, que começou a ganhar corpo depois de 1972, concordava com o diagnóstico feito sobre o sistema de saúde, mas discutia se a prática alternativa era a única que restava. O Estado não era visto como um bloco monolítico onde eternamente estavam representados apenas os setores e interesses da classe dominante. Para essa corrente de pensamento era possível a formação de profissionais que se tornassem sensíveis às condições de vida da população e viessem a transformar

a forma pela qual estava estruturado o esquema de atenção do País (Ramos, 1986, p. 95 *apud* Escorel, 1999, p. 23)

Os projetos de medicina comunitária de origem universitária, inicialmente financiados por instituições internacionais, por intermédio da OPAS, eram desenvolvidos de forma independente e sem qualquer coordenação ao redor do país. Com o passar do tempo esses serviços se vincularam aos poderes locais, sendo assumidos por municípios interessados na sua manutenção. Essa aproximação entre academia e prefeituras foi importante para o fortalecimento da tese da descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

Os bons resultados dessa prática, além de servirem como argumento para a proposta de descentralização e participação social nos serviços de saúde, proporcionaram a aproximação de membros do movimento com forças políticas locais, angariando apoios às suas causas. Nelson Rodrigues dos Santos, que quando coordenava o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Estadual de Londrina, no início da década de 1970, fundou junto à prefeitura municipal os primeiros postos de saúde periféricos da zona urbana da cidade, tornou-se um dos grandes defensores da municipalização, idealizando e participando da fundação, em 1987, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Outro importante polo difusor das ideias que se formavam nos Departamentos de Saúde Preventiva foram os encontros promovidos pelos estudantes de medicina, em especial as Semanas de Estudo sobre Saúde Comunitária (SESACs). A nova abordagem da medicina social era recebida com entusiasmo pelos estudantes atraindo tanto aqueles já militavam no movimento estudantil como os que se mantinham alheios à política³³.

Embora o movimento estudantil fosse um dos alvos preferenciais da violência do regime³⁴, Sarah Escorel afirma que as SESACs foram “*até certo ponto ignoradas pela repressão*”, que não teria identificado o caráter político das discussões (Escorel, 1999,

³³ Francisco Campos, organizador da I SESAC, lembra do receio que os estudantes tinham de se envolver em discussões políticas pelo medo da violência da repressão estatal. Diz ele: “*se você dava um texto do Lênin pras pessoas lerem todo mundo saía correndo, porque todo mundo morria de medo. Você estava num momento extremamente difícil. Então o que aconteceu foi que a gente começou a perceber que tinha uma ideia que era a da medicina comunitária (...)* E a gente começou mais ou menos em 74 (um pouco antes) a promover discussões sobre o que a gente chamava de saúde comunitária. E a gente percebeu que, ao contrário das discussões tradicionais que se fazia mais na vertente política do diretório acadêmico, que nessas discussões de saúde comunitária vinha muita gente! Começou a encher de novo, coisa que a gente não via há muito tempo, todo mundo morrendo de medo, todo mundo exaurido da repressão” (UNIRIO, 2005b, p. 207).

³⁴ Exemplo máximo dessa ação repressiva ocorreu em 1977, quando uma intensa operação militar foi montada para cercar todas as entradas que levam a Belo Horizonte, onde seria realizado o III Encontro Nacional de Estudantes (ENE). Na ocasião foram presos 850 estudantes (Escorel, 1999, p. 69).

71). Escorel faz essa afirmação com base no depoimento que Francisco Campos, organizador da I SESAC, concedeu-lhe em 1986, por ocasião da elaboração da dissertação de mestrado da autora, que foi transformada no livro citado. A fala de Campos, que revela a depredação do Diretório Acadêmico do curso de Medicina da UFMG na véspera da abertura do evento, é elucidativa quanto ao nível de violência e intolerância vivido na época:

na véspera da abertura da I SESAC, em Belo Horizonte, houve um atentado terrorista contra o Diretório Acadêmico da Medicina e foram quebrados todos os vidros. Mas, na verdade, as discussões na SESAC não foram alvos de ações repressivas como aconteceu, por exemplo, com as tentativas de realização do ENE. Acredito que a questão da SESAC passou meio despercebida porque não era a forma de organização tradicional do movimento contestatório. Movimentos muito menores que a SESAC foram muito mais reprimidos. A tentativa de fazer o III ENE que foi em Belo Horizonte deu centenas de prisões e a mesma equipe que participava da SESAC não sofreu nada. Acho que os cartazes, as discussões revestiam-se de aspecto técnico e que não se percebia muito, na época, qual era a importância que pudesse ter. (*apud* Escorel, 1999)

Anos mais tarde, Sarah Escorel, que participou das SESACs como estudante de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, reafirma o caráter político das discussões e o ambiente que permitia o exercício da liberdade de expressão – não franqueada a outros fóruns – em que se dava os encontros, da seguinte forma:

dentro da área de saúde tem um movimento, que são as SESAC's (...), em que as pessoas podiam discutir, fazer análise da sociedade com uma franqueza, com determinadas categorias, que nem a UNE (que estava na clandestinidade) podia fazer, nem os partidos políticos, nem os articulistas publicavam em nenhum jornal. Então você podia ter a impressão chegando na SESAC de que a revolução estava em curso e que a vitória era certa, porque as discussões eram acaloradíssimas, as análises eram aprofundadas, e o setor saúde não era uma coisa de pessoas especializadas (enfermeiros, técnicos), a saúde era a vida das pessoas, da sociedade, ultrapassando em muito até o próprio conceito de bem estar físico e mental da Organização Mundial de Saúde, porque tinha uma determinação social da doença que era analisada (UNIRIO, 2005b, p. 87).

Considerando que o Serviço Nacional de Informações (SNI) mantinha, dentro das estruturas das universidades, Assessorias Especiais de Segurança e Informações (AESI) – agências com o objetivo de monitorar a comunidade acadêmica –, não é possível afirmar se o caráter político dos encontros foi ou não identificado por esses órgãos. É plausível que o aparente aspecto técnico das discussões tenha desviado a atenção do chefe da AESI da UFMG, um técnico da área jurídica da universidade³⁵, como supôs Francisco Campos.

³⁵ De acordo com Rodrigo Patto Sá Motta (2008), “na UFMG a documentação indica que houve alguma indefinição no momento de criar a AESI. De início, a Reitoria nomeou um professor para o cargo (16/3/1971), porém, poucos meses depois (junho de 1971) foi indicado o Procurador Jurídico da

Mas é possível, também – como tantas outras hipóteses, mais ou menos plausíveis – que o perfil elitista dos alunos de medicina, muitas vezes pertencentes a famílias tradicionais, tenha ocasionado um tratamento mais brando dos órgãos de repressão. De todo modo, independente do motivo pelo qual as SESACs foram poupadas da violência do regime, um fator que certamente contribuiu para isso foi o apoio institucional das universidades onde os encontros foram realizados.

Organizada por alunos do Centro de Estudos de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em especial Francisco Eduardo Campos e José Saraiva Felipe – que teriam destacada atuação em importantes fases futuras do Movimento Sanitário o Projeto de Montes Claros e a assunção de cargos comissionados na Nova República –, e por docentes engajados nos projetos comunitários, a I SESAC, realizada em Belo Horizonte, em 1974, somente foi possível graças ao apoio do reitor Eduardo Cisalpino, “*que era uma pessoa que não tinha nada de progressista, muito pelo contrário*”, mas que banca a ideia e ajuda financeiramente na execução³⁶.

Pensada com o intuito de “*reunir estudantes, professores e profissionais para debater os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, bem como as práticas de saúde comunitária em desenvolvimento*”³⁷, a primeira edição do encontro congregou os maiores expoentes da área, ainda dedicados inteiramente à pesquisa e à docência, e estudantes de todas as áreas da saúde.

Conforme depoimento de Sara Escorel,

Nessas SESAC's eram apresentados muitos desses projetos coletivos que estavam pipocando, e os estudantes de Medicina que participavam acabavam fazendo a residência nesses projetos. Então eles funcionavam como um aglutinador. Eu peguei um depoimento muito interessante do Francisco Campos, de Minas, que dizia que ‘as SESAC's eram um evento tão único, que acontecia nas Semanas Santas, que a gente chamava esses figurões e eles passavam a semana inteira com a gente’. Agora você vai, faz a sua fala de 15 minutos e sai. Mas então ficavam todos, Hésio Cordeiro, Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, então as pessoas iam. As pesquisas que eram feitas aqui no PESES eram levadas pra serem apresentadas, principalmente pros estudantes de Medicina (UNIRIO, 2005b, p. 88).

Universidade como responsável, sob a alegação de que o primeiro desistira para realizar pós-graduação no exterior. No início de 1973 foi nomeado um técnico da área jurídica da UFMG para chefiar a AESI, pois o Procurador não poderia mais acumular os dois cargos. Este funcionário, cuja nomeação a DSI levou quatro meses para liberar (1/4/1973), permaneceria à frente do órgão até sua extinção”.

³⁶ Depoimento de Francisco Campos (UNIRIO, 2005b, p. 209).

³⁷ Revista SAÚDE EM DEBATE. Londrina, 4 a 9 de abril vem aí a IV SESAC. CEBES, n. 2, p. 58, mar. 1977.

Gastão Wagner, estudante de medicina da UNB em 1975, conheceu Sérgio Arouca, e suas ideias, na II SESAC, realizada em Campinas. Anos depois, Wagner lembrava do episódio, destacando a forma como Arouca relacionava à falta de vontade política o fato de o Brasil apresentar indicadores econômicos e financeiros tão discrepantes entre si – enquanto a economia brasileira figurava entre as maiores do mundo, os índices de mortalidade infantil e doenças infecciosas em geral eram semelhantes aos dos países mais pobres.

a II Semana de Saúde Comunitária foi aqui em Campinas, eu estudava em Brasília e o Sérgio Arouca... Um conjunto de pessoas, organizaram... os estudantes organizaram essa Semana e o Sérgio Arouca, além de organizador, fez uma série de conferências, então ainda como estudante a gente veio com um ônibus, viemos com um ônibus de Brasília a Campinas, passamos 3 dias aqui e eu conheci então... eu era da comissão organizadora também... conheci... eu assisti uma conferência... eu creio que me lembro do conteúdo (...) o Sérgio Arouca falou de uma tese que me impressionou muito... que o Brasil tinha condições técnicas e até recursos financeiros pra resolver uma série de problemas de saúde que não resolvia por falta de vontade política... precisava se construir uma vontade política, atores, movimentos e ele citou o exemplo da poliomielite, na época havia uma crise de pólio, que nós poderíamos... havia condições técnicas acumuladas e recursos no Brasil pra se erradicar, controlar a poliomielite e no entanto isso não ocorria, eu como estudante fiquei muito impressionado, em Brasília a gente tinha uma formação muito cientificista, muito... interessante, uma formação aberta, então esse foi o meu primeiro contato com o Sérgio Arouca” (UNIRIO, 2005a, p. 82).

A SESAC representou, assim, um importante espaço para a articulação e propagação das ideias e projetos que viriam a ser o norte do movimento. Além disso, constituía um local em que novas conexões eram feitas: muitos estudantes de medicina optaram pela carreira de sanitarista e ingressaram nas residências e mestrados de medicina preventiva e social após ter contato com as ideias formuladas pela corrente médico-social que viria a constituir o Movimento Sanitário propagadas nesses fóruns. Como exemplo, Francisco Campos, organizador da I SESAC, após a conclusão da graduação ingressou na residência da Unicamp, onde permaneceu apenas seis meses por conta do “Expurgo de Campinas”, de que trataremos adiante.

Gastão Wagner lembra que foi por influência de José Rubens de Alcântara Bonfim e David Capistrano Filho, a quem conheceu nas SESACs, que resolveu fazer Saúde Pública. “*Em Brasília não havia [residência de] Saúde Pública, então eu vim pra São Paulo*” (UNIRIO, 2005a, p. 82). Os três ingressariam na carreira de médico sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, onde participariam da fundação do Partido dos Trabalhadores.

1.3. Os principais polos difusores do novo pensamento de saúde

Embora houvesse importantes Departamentos de Medicina Preventiva em universidades de todo o país, como na UFMG e na UFBA, três instituições atuaram como polos de atração para estudantes que buscavam opções de cursos de pós-graduação, em grande medida em virtude da atuação e das apresentações de seus docentes nos encontros de estudantes. Dessas instituições também saíam os principais líderes do Movimento Sanitário, que reuniram em torno de si grupos específicos dentro do movimento. Nesse sentido, é comum encontrar nos depoimentos de participantes do Movimento Sanitário menções a “grupo do Hésio”, “grupo do Arouca”. A determinação desses grupos se dá, majoritariamente, de acordo com as instituições acadêmicas de proveniência.

1.3.1. O Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Por intermédio de Juan Cesar Garcia, em 1973, a OPAS e a Fundação Kellogg apoiaram técnica e financeiramente a criação do primeiro curso de mestrado em medicina social do país, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara (IMS)³⁸.

O IMS havia sido criado alguns anos antes, como uma unidade vinculada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara, pelo professor Américo Piquet Carneiro, titular de Clínica Médica da faculdade. Democrata liberal, católico e progressista, “*com uma visão muito humanista da Medicina sempre estimulando a abordagem da saúde não apenas como fenômeno biológico, mas como fenômeno social, econômico*” (Cordeiro, 2022, p. 85), Piquet Carneiro era muito próximo a Hésio Cordeiro, Nina Pereira Nunes e Moysés Szklo, alunos que se tornaram seus assistentes, e que logo assumiram a condução da instituição.

Apesar de arrolado em Inquérito Policial Militar e da repressão que se intensificava no final da década de 1960 sobre professores e estudantes³⁹ – a exemplo do Decreto-Lei nº 477/1969 –, Piquet Carneiro atuava firmemente em defesa do projeto de

³⁸ Sobre os apoios fundamentais à criação do mestrado, Hésio Cordeiro afirma: “*é interessante como a Fundação Kellogg, que teria sido vista como controlista, propiciou a criação de um grupo de Medicina Social e do mestrado em Saúde Coletiva. E, lógico, uma coisa que foi muito interessante, foi a presença do Juan César Garcia. Porque, junto com o dinheiro da Kellogg, tinha o apoio técnico da OPAS, vinha Recursos Humanos e esse grupo de Ciências Sociais*” (FIOCRUZ, 2022, p. 94)

³⁹ Sobre o tema, ver SILVA, C. E. M.. Memória de tempos sombrios: A resistência Democrática na UER. 2015.

medicina comunitária realizado no Hospital Pedro Ernesto⁴⁰, vinculado à faculdade, e do corpo discente, em boa parte ligado clandestinamente ao PCB⁴¹. Por intermédio de Piquet Carneiro, Hésio Cordeiro e Moysés Szklo conseguiram bolsas da OPAS e da CAPES para estudar saúde pública nas Universidades de Kentucky e Johns Hopkins, respectivamente.

Para dirigir o recém-fundado IMS, Piquet Carneiro convidou Nelson Luís de Araújo Moraes, quadro do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), renomado sanitaria com bom trânsito no governo militar e nas instituições financiadoras internacionais. A presença de Moraes, que durante um período acumulou as funções de diretor do instituto e Secretário-Geral do Ministério da Saúde, a um só tempo, conferia prestígio e credibilidade ao recém-criado IMS, blindava-o contra as investidas autoritárias e trazia aportes financeiros das fundações americanas. Reinaldo Guimarães indica que

Nesses primeiros tempos, é essencial mencionar a chegada, também pelas mãos de Piquet Carneiro, de Nelson Luís de Araújo Moraes, sanitaria de formação no conceito norte-americano da Public Health e de grande conceituação no campo da Saúde Pública brasileira. Nelson fez carreira no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1960 e no final dessa década assessorou o ministro da Saúde. Entre 1972 e 1973, foi Secretário Geral do ministério (correspondendo atualmente ao cargo de Secretário Executivo), sendo ministro o médico Mário Machado de Lemos, e foi diretor do IMS entre 1971 e 1978. As datas revelam as circunstâncias de sua relação com o IMS - dirigente do ministério durante o governo Médici. Nelson foi um sanitaria SESPIANO típico. Técnico, apolítico, profissional e solidário com seus pares do IMS, não por identidades políticas, mas pelo sentimento de lealdade ao projeto. Durante o período em que foi o número dois do Ministério da Saúde, permaneceu como diretor do IMS e jamais tentou trazer ao instituto as ideias do regime autoritário. Pelo contrário, sua mera presença era uma espécie de ferramenta profilática para barrar eventuais perseguições e repressões que varriam as universidades e, em particular, a UERJ (2021).

Assim, a figura de Piquet Carneiro – seja pela criação de uma nova instituição onde pode se desenvolver, com menos limitações, uma proposta igualmente inovadora⁴²;

⁴⁰ Hésio Cordeiro recorda-se de um grave episódio ocorrido em 1968 na porta do Hospital Pedro Ernesto: um aluno do 1º ano de medicina foi assassinado com um tiro na cabeça pela polícia. “*Ele não estava fazendo absolutamente nada, estava na porta do hospital, quando alguém atirou em direção ao Centro Cirúrgico, com risco fazer explodir até os balões de oxigênio*”. Cordeiro lembra da atuação de Piquet Carneiro no episódio: “a polícia continuou cercando o hospital e dizendo que os estudantes estavam armados. O Piquet rebatia dizendo: ‘Eu quero que vocês provem onde é que estão as armas! Podem entrar aqui e revistar que não vão encontrar arma nenhuma. Arma aqui só tem as da polícia que estão fazendo essas arbitrariedades’. O próprio Piquet Carneiro foi arrolado num Inquérito Policial Militar e teve que depor durante várias sessões. O Piquet era um católico progressista - um católico liberal, conservador, mas progressista dentro dessa visão – e os militares, consideravam, que ele era o grande inspirador do Movimento Comunista na Faculdade de Ciências Médicas” (2022, p. 86-87).

⁴¹ Falando sobre sua inserção política de esquerda, Cordeiro afirma que “a ‘base’ da Ciência Médica [era] do PCB. Na época eram cerca de 30 militantes, era considerada a base maior do Rio de Janeiro, e numa Faculdade de Medicina!”

⁴² Anamaria Tambellini explica a dimensão inovadora do IMS da seguinte forma: “O Instituto de Medicina Social tem a marca do Garcia mais do que qualquer outro lugar. Porque era alguma coisa que se fazia a

seja pela proteção que conferiu ao grupo contra as arbitrariedades e violências do regime; seja por sua influência e reconhecimento no meio profissional, que permitiu angariar relevantes apoios ao projeto – foi essencial para que o IMS fosse escolhido para receber o primeiro mestrado em medicina social do país.

Hésio Cordeiro (2004) ressalta que “*desde o início, o projeto do IMS [...] pretendia reformar a teoria, sem se alijar da prática. O trabalho intelectual não se dissociaria das ações técnicas ou políticas*”. A ideia de inovação, expressa na necessária diferença que se queria estabelecer entre a proposta de medicina social e as antigas disciplinas de higiene e de Saúde Pública, aparece no discurso de Cordeiro e no de outros membros do movimento⁴³. Sobre isso, Cordeiro (2004) explica que

Desde suas origens, no início da década de 70, foi explicitado que o campo denominado “Medicina Social” diferenciava o que, na época, se denominava Higiene (denominação da antiga unidade universitária) ou Saúde Pública, com a notável tradição dos sanitaristas, desde a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, em meados dos anos 40. A busca de alternativas que contemplassem uma articulação entre as ciências sociais, a Epidemiologia com ênfase na determinação social das doenças e as políticas de saúde tinha o mérito de buscar a superação entre as orientações funcionalistas das ciências do comportamento, as visões tecnocráticas de determinadas correntes do planejamento e da administração de saúde ou a determinação das doenças, como o resultado multivariável e anistórico de fatores biopsicossociais.

A primeira turma do mestrado foi composta por bolsistas centro-americanos enviados pela OPAS e por “alunos-professores” do próprio instituto. Nina Pereira Nunes, uma das fundadoras do Instituto, explica que “*pelas circunstâncias da busca desse objeto novo, da construção desse novo espaço interdisciplinar, a primeira turma do mestrado acabou sendo um curso produzido por seus próprios alunos*” (1987 apud Escorel, 1993, p. 122). Além de Nina, formaram a primeira turma João Regazzi, Hésio Cordeiro, José Roberto Noronha e Reinaldo Guimarães

A segunda turma do curso, que se iniciou em 1975, foi também composta por nomes que iriam assumir papéis importantes no Movimento Sanitário, e que depois

partir do nada, aqui em Campinas já tinham um Departamento de Medicina Preventiva, quando a gente veio já tinha uma entrada através da Medicina Preventiva. Lá na UERJ não tinha nada, é tudo uma criação do grupo do Hésio Cordeiro, Nina, Noronha, e Reinaldo Guimarães que ainda era estudante, em cima dessa possibilidade, por isso que o Instituto de Medicina Social é tão diferente das outras áreas.

⁴³ Nesse sentido, explicita Anamaria Tambellini que “*a nossa ideia, a nossa posição não foi forjada pelo sanitarismo, ela foi forjada por uma reação crítica à forma como se exercia a Medicina e o ensino da Medicina (...)* Porque eu sinto um pouco que existe um entendimento de que foi o sanitarismo. O sanitarismo era extremamente conservador e inclusive não nos aceitava. A Saúde Pública não nos engoliu nunca! A gente teve até que inventar uma Saúde Coletiva” (UNIRIO, 2005a, p.54).

ocupariam posições de destaque na formulação e gestão da política nacional de saúde das décadas seguintes. Entre eles, Paulo Buss, Marcio Almeida e Roberto Passos Nogueira (Castro, 2008, p. 64). Sonia Fleury, que fazia mestrado na UERJ, cumpriu alguns créditos nessa turma.

Em torno do IMS, mobilizaram-se nome ligados à Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), empresa pública vinculada à Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), como José Pelúcio Ferreira, Fabio Celso de Macedo Soares, e Sônia Fleury; à OPAS, como Mario Chaves, Juan César Garcia e José Roberto Ferreira; e sanitaristas de renome, como Nelson Luis de Araújo Moraes e Carlos Gentile de Melo. Ao longo da década de 1970, juntaram-se, ainda, ao instituto, professores, intelectuais e cientistas sociais que tinham saído do país na década de 1960 para fugir da perseguição do regime, como Maria Andrea Loyola, José Luís Fiori e Madel Luz.

Com o passar dos anos, e especialmente na década de 1980, o IMS transformou-se “*num centro de reflexão intelectual multidisciplinar e heterodoxa de alto nível, e numa verdadeira ‘escola de poder’*”, onde se formaram renomados “políticos da Saúde” e “intelectuais da Saúde”.

No mesmo período, o IMS promoveu a visita de importantes teóricos estrangeiros. Por ali passaram Michel Foucault, Giovanni Berlinguer, um dos líderes da Reforma Sanitária Italiana, Ivan Illich, Mario Testa, Cristina Laurel e inúmeros outros intelectuais e sanitaristas de nome internacional que contribuíram para a visibilidade e o amadurecimento das três grandes linhas teóricas que, de acordo com José Luís Fiori (2020), mais influíram para a formação do pensamento crítico do IMS: a “medicina social alemã” de Rudolph Virchow; a crítica da “iatrogênese médica”, do austríaco Ivan Illich; e a “microfísica do poder”, do francês Michel Foucault. No plano nacional, é possível perceber a influência do pensamento dos intelectuais ligados ao Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), notadamente a do sociólogo Fernando Henrique Cardoso.

Em 1984, Hésio Cordeiro publica a obra “As empresas médicas”, fruto do trabalho do grupo de pesquisa vinculado ao IMS “Da Medicina Liberal à Medicina Empresarial – a organização da assistência médica no Rio de Janeiro”, coordenado por ele e por José Luís Fiori, e de sua tese de doutorado orientada por Cecília Donnangelo em 1981.

Nessa obra, Hésio utiliza o conceito de “anéis burocráticos”, desenvolvido por Fernando Henrique Cardoso, para explicar as relações de favorecimento existentes entre

as corporações ligadas ao "complexo médico-industrial" – donos de hospitais, indústria farmacêutica e de equipamentos médicos – e os tecnoburocratas da Previdência Social.

O documento mais importante do Movimento Sanitário foi produzido, também, pelos acadêmicos do IMS, José Luiz Fiori, Reinaldo Guimarães e Hésio Cordeiro. O texto intitulado "A questão democrática da Saúde", delineava o panorama nacional da saúde do país e apresentava, de modo esquemático as propostas do movimento para a reordenação da área. Um dos autores, dá a sua versão sobre o documento:

E foi dentro do Instituto de Medicina Social que nasceu, em 1975, a primeira proposta intelectual sistemática, e de esquerda, de um sistema universal de saúde, inspirado pelo National Health System inglês dos anos 40, e pela Reforma Sanitária italiana dos anos 70. A originalidade do IMS, naquele momento, foi ir além do puro exercício da crítica ao regime militar, para pensar o que fazer concretamente no campo da saúde brasileira no momento em que as forças progressistas conseguissem chegar ao poder, como aconteceu, pelo menos em parte, no período da "Nova República", entre 1986 e 1990. Para formular a primeira proposta, um pequeno grupo de professores do IMS, liderados por Hésio Cordeiro, levou à frente, a partir de 1975, um trabalho de consulta às entidades sindicais e associações médicas do Rio de Janeiro, para construir em conjunto e de forma consensual, um novo projeto sanitário para o Brasil. Este trabalho de consulta e discussão coletiva tomou aproximadamente um ano, e foi depois dessas múltiplas "audiências" com sindicatos e corporações médicas e sanitárias, que foi redigida a "seis mãos" a primeira versão deste texto/manifesto que aparece na sequência, sobre "A questão democrática na área da saúde", que circulou entre um público restrito, no ano de 1976. E foi a partir desta plataforma inicial que ele começou a ser divulgado e reproduzido por várias revistas e instituições, muitas vezes sem o nome de seus autores originais. Em 1979, ele foi publicado pela Revista do CEBES, e acabou se transformando num verdadeiro manifesto do movimento sanitário brasileiro, nos primeiros anos da década de 80, até seu reconhecimento e oficialização como documento e decisão da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986 (Fiori, 2021).

O texto foi apresentado por Sérgio Arouca no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, e adotado como relatório final do evento. Depois dessa trajetória inicial, o texto se transformou num verdadeiro manifesto do movimento sanitário nos anos 1980.

1.3.2. O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo

Embora a Faculdade de Medicina da USP tenha sido alvo de intensa perseguição política logo após o golpe – especialmente o Departamento de Parasitologia dirigido pelo sanitarista Samuel Pessoa –, no início da década de 1970, o Departamento de Medicina Preventiva da universidade atuava com relativa liberdade, em virtude da proteção de Guilherme Rodrigues da Silva, seu fundador.

Titular da Cátedra de Medicina Preventiva da tradicional escola paulista, Guilherme Rodrigues graduou-se e obteve livre-docência na Universidade Federal da Bahia, onde nos idos de 1960, estruturou o Núcleo de Medicina Preventiva do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, raiz histórica do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Na universidade baiana, Guilherme fora contemporâneo e aluno de Roberto Santos – personagem que viria a ter um importante papel no percurso político do movimento.

Descrito como um homem da ciência, humanizador e preocupado com a justiça social⁴⁴, Guilherme Rodrigues foi um defensor da interdisciplinaridade, abrindo espaços institucionais e científicos para o diálogo com as ciências sociais e humanas e o trabalho conjunto com cientistas sociais. Ao seu lado, o grande expoente do departamento era a socióloga Cecília Donnangelo.

No contexto da aproximação promovida por Juan César Garcia, ainda no início da década de 1970, Guilherme Rodrigues estabeleceu contatos frutíferos com docentes da área de Medicina Preventiva e Saúde Pública em âmbito nacional e, especialmente, no Estado de São Paulo, assumindo papel de liderança nesses debates. Relembrando esse intercâmbio, por ocasião do 25º aniversário do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Guilherme Rodrigues delineia as diretrizes de seu pensamento e trabalho:

lembro-me bem daquela fase inicial, quando começávamos, na Universidade de São Paulo, a reunir várias escolas com um ensino renovado de Medicina Preventiva. Eram poucas escolas naquela ocasião, que nos meados de década de 1960, propunham renovar criticamente o ensino da área, quando efetivamente emerge em Campinas, no Departamento de Medicina Preventiva e Social, propostas renovadoras que convergiam inteiramente para aquilo que tentávamos fazer na Universidade de São Paulo. Numa primeira reunião dos Departamentos de Medicina Preventiva, promovida pela Escola Paulista de Medicina, o intuito era trocar experiência entre os Departamentos. Foi naquela reunião questionado o modelo de ensino de Medicina Preventiva, originário no ensino médico americano [...] Deveríamos sair efetivamente para a investigação crítica dos problemas de formulação de políticas de saúde, para uma investigação crítica da adequação ou inadequação da estrutura dos serviços de saúde (*apud* Goldbaum, 2015).

Assim como ocorria em outras universidades, o departamento de medicina preventiva era periférico, não gozava de grande prestígio dentro da faculdade de medicina da USP, e enfrentava resistência de outros departamentos mais tradicionais e

⁴⁴ GOLDBAUM, M.. Guilherme Rodrigues da Silva: a formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 7, p. 2129–2134, jul. 2015.

especializados. Além disso, Guilherme Rodrigues e Cecília Donnangelo não se encaixavam no padrão da faculdade paulista. Como recorda Reinaldo Guimarães:

a USP era aquela coisa pesada (...) Aquela coisa jalecosa...Competente sem dúvida nenhuma, mas para entrar ali, Dr. Guilherme já estava tomando porrada até não aguentar mais (...) O Dr. Guilherme... Um mulato, baiano e comunista... E a Cecília apesar de branca era comunista... E não era médica, era socióloga... Então, o Dr. Guilherme já estava levando cacetada de tudo quanto era lado, já estava com todas as dificuldades...” (UNIRIO, 2005b, p. 48-49).

Na “primeira geração” desse movimento universitário, Donnangelo era uma das poucas – senão a única – não médica. A formação inicial em ciências sociais possibilitou-lhe o pioneirismo nos estudos interdisciplinares da área que desenvolvia, a sociologia da saúde. Seu orientador foi Luís Pereira, importante sociólogo paulista, que influenciou a discussão e a produção acadêmica feita no departamento de medicina preventiva da USP.

Sua tese de doutorado sobre a profissão médica e o mercado de trabalho em saúde no Brasil, defendida em 1973, e publicada em 1975, sob o título “Medicina e Sociedade”, inaugura a produção acadêmica que daria suporte teórico ao movimento.

Na tese de livre docência, defendida de 1976⁴⁵, e publicada com o título “Saúde e Sociedade”, Donnangelo buscou elaborar um quadro teórico sobre a medicina comunitária, que deveria ser entendida como um “*projeto de organização da prática médica, para uma modalidade particular de articulação entre as diferentes agências e instituições encarregadas das práticas de saúde, bem como com os grupos sociais aos quais as práticas de saúde são destinadas*” (Nunes, 2008).

Sobre essas obras, que influenciaram profundamente a produção acadêmica e a prática política dos membros do movimento, Nunes (2005) aponta que

Em seu doutorado, [Donnangelo] conseguiu detectar, rompendo com a ideologia liberalizante do médico, uma tendência de crescente assalariamento da categoria. Sua análise tem como ponto de partida a atuação do Estado e do avanço do capitalismo no Brasil, quando se constituíram as empresas médicas e o Estado passou a assegurar-lhes mercado. Na livre-docência, realizou um trabalho essencialmente teórico, cuja preocupação maior era a delimitação do objeto de estudo e de análise do que se poderia chamar de Sociologia da Saúde (...) ao tomar a medicina comunitária como prática alternativa, Cecília acentua a ligação desta prática aos processos de manutenção da estrutura social na qual está inserida, constituindo-se como um projeto político. Nesse sentido, seria um projeto de intervenção junto às populações carentes, manipuladora das contradições sociais em uma sociedade de classes, e que teria na prática médica uma forma de participação na reprodução dessas estruturas e controle da força de trabalho.

⁴⁵ Originalmente intitulada “Medicina e estrutura social: o campo da emergência da medicina comunitária”.

Vários quadros do Movimento Sanitário foram orientados por Cecília Donnangelo, a exemplo de Hésio Cordeiro e Eleutério Rodrigues Neto. Esse último, formado na primeira turma da Faculdade de Ciências Médicas da UnB em 1970, foi à USP para cursar seu mestrado sob a orientação de Donnangelo, que se tornaria sua mentora. Ao final do curso, Guilherme Rodrigues da Silva quis incorporá-lo ao quadro docente do Departamento de Medicina Preventiva, o que era um grande desejo de Eleutério. A contratação, no entanto, foi impedida pelo SNI.

1.3.3. A Unicamp e o expurgo de Campinas

Um dos mais importantes grupos que formariam o Movimento Sanitário estava inserido no Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp. Liderados por Sérgio Arouca e Anamaria Tambellini, professores do curso de medicina, o grupo de Campinas era composto por residentes e internos, dentre os quais se destacam Davi Capistrano da Costa Filho e José Rubens Alcântara Bonfim, que viriam a fundar o Cebes.

Militante do PCB desde o ensino secundarista, Arouca chegara à Unicamp em 1967, logo após se formar na USP de Ribeirão Preto, a convite de Zeferino Vaz, um aliado de primeira hora do regime.

Vaz havia fundado a Unicamp em 1966, após passar quinze meses como reitor-interventor da UnB. A rápida e marcante passagem de Vaz na UnB foi descrita no Relatório da Comissão Anísio Teixeira de Memória e Verdade.

Antes mesmo do início da ditadura, formou-se uma ideologia oficial que via nas universidades, e em especial na UnB, um “foco de subversão”, um “reduto” de resistência a ser debelado. A universidade estava no centro do “*campo da suspeição, dos inimigos potenciais a serem vigiados e perseguidos*”. Logo após o golpe, a UnB sofreu as “*primeiras violências*” das muitas que lhe seriam impingidas pelo regime durante todo o período ditatorial (UnB, 2016, p. 61).

Designado como interventor ainda nos primeiros dias de abril de 1964, Zeferino Vaz já esboçaria na UnB o caráter controverso que seria sua marca na gestão da Unicamp.

Em suas primeiras declarações públicas após assumir a interventoria, afirmou que pretendia continuar a obra de Darcy Ribeiro, que sabia que a Universidade contava com grandes nomes no campo da ciência e da cultura, e que, a despeito de não admitir doutrinação por parte de professores, compreendia que a Universidade fosse um espaço

de exposição e debates ideológicos. Dias depois, após ter sua fidelidade aos novos dirigentes posta em dúvida pelo Deputado Abel Rafael, afirmou à imprensa paulista que na “*Universidade de Brasília havia numerosos professores incompetentes e muitos agitadores*”. Logo na sequência, deu início à execução da missão para qual fora designado⁴⁶: realizou demissões motivadas por perseguição política, interferências arbitrárias na vida acadêmica, ataques à autonomia universitária e difamação da comunidade universitária⁴⁷.

Passada a violência inicial, Zeferino Vaz “*demonstraria certo apreço pelo projeto e pela estrutura da Universidade de Brasília*”, e teria até agido “*no sentido da libertação de professores presos*”. Após contratar o filósofo gaúcho Ernani Maria Fiori⁴⁸ – que tinha sido desligado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul logo após o golpe de 1964, como parte das cassações promovidas pelo primeiro Ato Institucional – para organizar o Departamento de Filosofia da UnB, Zeferino não seria mais considerado confiável para exercer a função de interventor-reitor e, não resistindo à pressão, pediria demissão do cargo (UnB, 2016, p. 83).

Comparada à repressão a que era submetida a UnB, a Unicamp do início dos anos 1970 gozava de certa liberdade de pensamento. Ao contrário do que ocorria nas universidades federais e até em algumas particulares, nunca existiu na Unicamp uma Assessoria Especial de Serviços de Inteligência (AESI), órgão vinculado ao SNI que repassava informações sobre supostas atividades subversivas da comunidade acadêmica e opinava sobre a contratação de docentes e funcionários⁴⁹.

Beneficiada, em seus primórdios, com o apoio financeiro de empresas nacionais e multinacionais e das agências de fomento estatais, facilitado pelos “bons”

⁴⁶ Em entrevista concedida a pesquisadores da FGV, Zeferino declarou que Castelo Branco o convocou para intervir na UnB com as seguintes palavras: “É uma missão, o sr. não se meteu na revolução?” (Toledo, 2015, p. 130)

⁴⁷ Conforme se depreende do depoimento prestado por Perseu Abramo, transcrito no Relatório da Comissão Anísio Teixeira de Memória e Verdade (UnB, 2016, p. 65-81).

⁴⁸ Coincidentemente, Ernani Maria Fiori era pai de José Luis Fiori, que integrava o quadro do IMS/UERJ.

⁴⁹ José Aristodemo Pinotti, diretor da Faculdade de Medicina na época dos episódios narrados, e amigo de Arouca e Tambellini, apresenta uma visão muito difundida entre a comunidade acadêmica da Unicamp: a de que Zeferino protegeu a universidade. Para Pinotti, “Zeferino tinha toda a confiança dos militares, mas também ele impedia os militares de interferirem de uma maneira muito decisiva dentro da universidade. Daí a controvérsia dele, que hoje, com um olhar distante, eu vejo com fatores mais positivos. Porque se não fosse o Zeferino, a Universidade de Campinas, a meu ver, não existiria hoje. Ela não teria resistido a todas as crises pelas quais ela passou. Ele fazia concessões aos militares, mas ele impedia, por exemplo, na UNICAMP nunca houve uma 2ª seção interna da universidade. Em todas as universidades existia um poder militar paralelo. Na Universidade de Campinas não existia, porque os militares confiavam no Zeferino. Mas o Zeferino também exercia uma certa proteção. O João Manoel Cardoso de Melo e o Beluzzo eram de esquerda. Fausto Castilho, Rubens Murilo Marques, todos eles foram abrigados. O Rubens chegou a ser preso, e eu lembro que o Zeferino foi visitá-lo na cadeia” (UNIRIO, 2005a, 56)

relacionamentos cultivados por Vaz, a Unicamp, em poucos anos, tornou-se uma referência de pesquisa e ensino em todo o país. Sua “autonomia”, consistente na não intervenção militar, teria sido garantida graças à atuação pragmática de seu fundador, um “revolucionário de primeira hora” que gozava da simpatia de setores desenvolvimentistas das Forças Armadas (Toledo, 2015).

Com essa independência, Vaz contratava professores assumidamente de esquerda⁵⁰, inclusive os demitidos de outras universidades brasileiras por motivação política e os que vinham fugidos de ditaduras do cone-sul; admitia alunos expulsos de outras instituições; e apoiava a organização de eventos com a presença de autores progressistas⁵¹.

Esse ambiente foi propício para a construção do grupo do Departamento de Medicina Preventiva liderado por Sérgio Arouca e Anamaria Tambellini.

Interessados em ciências sociais, e na sua aplicação nas questões de saúde, Arouca e Tambellini cursavam o mestrado de sociologia no Instituto de Filosofia de Ciências Humanas da universidade, e na condição de alunos participavam de atividades do movimento estudantil⁵².

Os conhecimentos adquiridos no curso de sociologia e os textos enviados por Juan César Garcia, eram compartilhados com os alunos em grupos de estudos e seminários.

⁵⁰ Ana Maria Canesci, integrante do grupo de Arouca na Unicamp, lembra que “*A Universidade de Campinas no contexto da ditadura foi um oásis do marxismo, por incrível que pareça, era uma coisa tão contraditória, na época... eu vivi esta época também. Quer dizer, ao mesmo tempo em que você tinha um contexto de ditadura, se tinha vamos dizer, a presença de órgãos que viviam o SNI, aqui controlando, ao mesmo tempo você tinha uma convivência com as teorias mais críticas da época. No Instituto de Ciências Humanas, aqui você também discutia, se estudava, quer dizer, a Universidade era vista como que o “curral dos marxistas”* (UNIRIO, 2005a, p).

⁵¹ À semelhança do que se diz sobre dois destacados apoiadores da ditadura – Roberto Marinho e Júlio de Mesquita Filho, grandes empresários da imprensa brasileira –, é comum na Unicamp a afirmação de que o Reitor Zeferino Vaz “*cuidava bem de seus comunistas*”; isto é, não permitia que estudantes e docentes de esquerda fossem atingidos pela repressão da ditadura militar (Toledo, 2015, p. 122). Tais comparações nos levam a pensar que a mitigação da ação da ditadura em seus domínios não se deveu a eventuais resistências que essas personalidades teriam oposto ao regime, mas ao seu colaboracionismo. Assim, como ocorria nas redações dos jornais governistas, não seria necessária uma censura ostensiva à Unicamp, uma vez que seu reitor se responsabilizaria pela autocensura de sua comunidade acadêmica.

⁵² De acordo com Anamaria Tambellini: “*Arouca e eu fazíamos Mestrado no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Mestrado em Sociologia e nesse Mestrado de Sociologia em que era discutido Marx, era discutido Gramsci, era um Mestrado muito avançado teoricamente e nós discutíamos, ou seja, aquilo pra nós era uma maravilha porque nós fomos pra lá... Eu fazia inclusive cursos na Graduação, de Sociologia e Filosofia, porque nós queríamos aprender, porque nós estávamos convencidos que a questão de saúde não se esgotava dentro da área chamada de saúde, ou seja, na Medicina, no serviço... que ela estava muito além. Então na verdade quando nós começamos a trabalhar... nesse curso nós viramos alunos e como alunos nós começamos a participar de movimentações de protestos contra a ditadura, inclusive contra as autoridades da universidade (que era o Zeferino), denunciando problemas (...). Ai o Zeferino achava que nós fomos pro Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, que era o ‘dodói’ dele, pra fazer política, pra subverter a ordem”* (UNIRIO, 2005a, p. 31)

Ao contrário do que ocorria no Departamento de Medicina Preventiva da USP, que se filiava à linha historicista gramsciana e refutava os estruturalistas, em Campinas não havia demarcações teóricas rígidas. Queria-se aprender e discutir autores críticos, fosse Marx, Althusser, Foucault, Gramsci, Florestan Fernandes ou Paulo Freire.

Na atuação profissional, teoria e prática política se fundiam. Orientando-se por essa proposta, criaram o Laboratório de Ensino de Saúde Comunitária (LECM), com o apoio da Fundação Kellogg, que naquele momento tinha a pretensão de fazer uma reestruturação da educação médica brasileira nos moldes do modelo preventivista americano.

No entanto, os programas de saúde comunitária desenvolvidos pelo LECM tinham como objetivo não só o atendimento ambulatorial da população, mas também a análise da relação entre a condição da vida e a situação de saúde dos habitantes, que eram chamados a participar ativamente da discussão dessas questões. O projeto, assim, formava estudantes com uma visão crítica do sistema instituído. Ana Maria Canesci, assistente social e antropóloga, professora do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp à época, recorda-se da iniciativa como

um trabalho de visita de levantamento socioeconômico das famílias, de relação também com associação de amigos do bairro, com as escolas, que tanto incluía atenção médica quanto um trabalho mais amplo, do estilo, vamos dizer, da chamada participação comunitária daquele momento. (...)

Eu me lembro que o Arouca, eles tinham lá um conjunto de alunos aqui da Faculdade de Medicina que estavam ligados a um laboratório de Educação Médica chamado LEMC... onde também se fazia uma assessoria e estimulava outros municípios também a começarem um trabalho dessa natureza. Então, Campinas teve um grupo muito grande de alunos, monitores, como se chamavam e que hoje são e foram secretários da Saúde e estão aí no metiê todo da Saúde Coletiva, que tiveram uma iniciação na gestão do serviço de saúde onde se pensara a gestão em novas formas naquele momento, inclusive até com esse “prêmio gestão participativa”, esse elo em relação à participação da população era uma questão que se colocava naquele momento (UNIRIO, 2005a, p. 72-73)

Posteriormente, o grupo se propôs a desenvolver a experiência da Medicina Comunitária no município de Paulínia, em parceria com a prefeitura, e em algumas outras regiões periféricas da cidade de Campinas, momento em que se exercitou planejamento e implementação de serviços de saúde e se pôs em prática propostas inovadoras como a participação popular na definição e execução das ações sanitárias, através da instituição dos conselhos gestores, abrindo espaço para uma discussão mais ampla que envolvia a democratização da saúde:

Naquele momento [o objetivo] era estimular os movimentos sociais, estimular a população, os usuários que organizadamente trabalhariam ou ajudariam, vamos dizer, a formular a gestão, participando dos conselhos gestores que nós chegamos a constituir no próprio Centro de Saúde de Paulínia, para se pensar a presença do usuário na formulação também da política e não só de uma reivindicação pura e simplesmente em relação a demanda relacionada à atenção médica, que essa era uma questão muito presente naquele momento, como eu disse que era o momento em que se tinha uma dificuldade de acesso muito grande para a população no serviço de saúde. Então, a tendência era que ela reivindicasse a presença do serviço, mas a gente queria mais do que isso, não só a mera reivindicação, os movimentos de abaixo assinado para se querer serviço (UNIRIO, 2005a, p. 73).

Canesci aponta, ainda, a influência das ideias de Paulo Freire no trabalho desenvolvido em Paulínia, que visava à construção da cidadania em um momento em que a assistência de saúde era destinada apenas àqueles trabalhadores filiados à Previdência Social:

Envolvia campanhas, mas poderia envolver também trabalhos de grupo direto com a população, mas sempre dentro de uma perspectiva em que os técnicos eram os porta-vozes de um saber. Eu acho que essa era uma discussão tão importante e eu acho que teve a presença e a influência toda de Paulo Freire, nós líamos muito Paulo Freire, na minha ocasião se debatia muito. E particularmente o Joaquim que era uma das figuras ligadas, coordenava esse grupo que trabalhava no Centro de Saúde de Paulínia, tinha uma grande admiração por Paulo Freire. Então, eu me lembro bem que se falava na “crítica da educação bancária”, que era um pouco dessa ideia do técnico que vai e impõe suas ideias e tudo mais. Então essa participação, vamos dizer, que tinha a ver com o movimento pelo resgate da cidadania, apesar de ser um momento tão difícil em que se vivia em que realmente a democracia estava inexistente no país. Então, a gente pensava já em como levar uma participação e levar uma educação que tivesse em vista esse desenvolvimento mesmo da cidadania, então transcendia simplesmente a questão de levar receitas ou prescrições à própria população.

Na mesma linha, Tambellini destaca o caráter pedagógico-emancipador do atendimento ambulatorial prestado no âmbito do projeto, ao afirmar que o diagnóstico sempre era explicado detalhadamente ao paciente, inclusive quanto aos aspectos relativos à determinação social das doenças, para que fosse proporcionado o completo entendimento do que estava acontecendo:

E a gente falava para as pessoas, que aquela doença que ela tinha não é só porque entrou um bichinho no corpo dela, e que ela ficou doente, mas que tinha condições de vida, de nutrição, de habitação, e falta de prevenção por falta de uma educação suficiente, de leitura sobre aquilo, que a gente achava importante e fornecia inclusive leituras para as pessoas sobre as doenças (Unicamp, 2015, p. 32).

Embora houvesse relativa liberdade de pensamento na Unicamp, a repressão da ditadura militar era uma realidade, e Zeferino Vaz monitorava atentamente o que se

passava em seus domínios. A discussão de autores críticos era permitida, mas deveria voltar-se puramente para fins acadêmicos apolíticos. A produção científica deveria ser estéril, pura, não ideologizada. Admitia-se profissionais de esquerda, desde que não militantes e que se comprometessem a não importunar a ordem imposta pelo regime.

Em um momento em que o simples portar livros ou materiais considerados subversivos poderia ser motivo para prisão e tortura, a iniciativa inovadora e democrática empreendida pelo grupo do departamento de medicina preventiva passou a levantar suspeitas dentro da universidade.

As discussões centrais do grupo giravam em torno da forma como se deveria colocar a questão política dentro do plano da saúde – a partir de temas como a relação médico paciente, o domínio do conhecimento pelo profissional médico e a necessidade de gestão dos serviços pela população – o que configuraria conduta subversiva prevista no Decreto nº 477/69. Por questões de segurança, a contestação ao regime ditatorial tinha que ser velada: o resultado das discussões políticas clandestinas precisava ser travestido de caráter técnico para ser divulgado.

Como o fim de se protegerem, passaram a trabalhar com um primeiro e um segundo discurso. O primeiro, um discurso crítico às políticas de saúde do regime militar, utilizado como arma na luta política; o segundo tinha a função de dar uma “*dimensão técnica, um envoltório técnico ao primeiro*” (Arouca, 1993). Em 1974, ainda não era possível a Arouca proferir a frase que em 1986 seria recebida com naturalidade e estamparia título de matéria de jornal de grande circulação: “*Nem técnica, nem financeira. Saúde é uma questão política.*”⁵³

Carmem Lavras, aluna do curso de medicina da Unicamp à época, lembra que

era a questão do primeiro e do segundo discurso, quer dizer, nós criamos uma maneira de sobreviver, quando éramos nós, era um discurso: era o discurso político, ideológico, buscando o material que nos chegava de todas as formas, mas não chegava de uma forma institucional pela Universidade, chegava pelos partidos, pelos contatos que a gente tinha, e do outro lado o segundo discurso, que era isso vestido de um caráter técnico em que a gente justificava isso pra Universidade (UNIRIO, 2015a, p. 104).

Nesse cenário, a atuação do grupo do departamento de medicina preventiva começou a incomodar os setores mais conservadores da universidade, o que gerou um longo processo de desgaste que culminou com a saída dos membros mais próximos de Arouca e Tambellini da Unicamp, por imposição de Zeferino Vaz.

⁵³ Entrevista. Sérgio Arouca. Concedida a Isa Pessoa. Jornal O Globo, 20 jul 1986.

No depoimento prestado à Comissão da Verdade e Memória Otávio Ianni da Unicamp, Anamaria Tambellini relatou que, a partir de 1973, a Direção da Faculdade de Ciências Médicas passou a questionar a perspectiva teórica marxista e o engajamento social do grupo, proibindo as reuniões entre alunos e professores. Posteriormente, foram proibidas as reuniões com pacientes, e um outro professor foi incumbido de acompanhar os projetos até então por eles desenvolvidos. Finalmente, os professores do grupo foram proibidos de lecionar (Unicamp, 2015, p. 33).

Ao rememorar o assunto, em entrevista concedida a Sarah Escorel, Arouca traz uma perspectiva diferente dos acontecimentos, dando ênfase à sua participação nas reivindicações de desconcentração dos poderes do Reitor Zeferino Vaz e de democratização da universidade através de eleições para as direções das faculdades e institutos

Em síntese, foi uma briga pelo poder da universidade e por sua democratização. O reitor ganhou o apoio do Governador, da opinião pública e de outros reitores. Ganhou a briga e demitiu o diretor do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Fausto Castilho e o diretor do Instituto de Física, Marcelo Damy e exonerou Aristodemo Pinotti da direção da Faculdade de Medicina (Arouca, 1987 apud Escorel, 1999, p. 115).

Embora a legislação que criou a Universidade vedasse a recondução, Vaz, após ser designado Reitor pro-tempore da Unicamp, foi confirmado no cargo por mais duas vezes. O apoio que recebia dos militares e políticos de São Paulo garantiu a manutenção da flagrante irregularidade. Zeferino Vaz foi Reitor pro-tempore por 12 anos (Toledo, 2015).

Além do conflito mais geral, Arouca se recordaria que seu grupo do departamento de medicina preventiva se contrapôs diretamente à Reitoria no caso do Projeto de Paulínia, aproximando-se do que expôs Tambellini na Comissão da Verdade e Memória Otávio Ianni da Unicamp. Traz, também, a informação de que a Fundação Kellogg recebera avaliações negativas sobre os projetos financiados com seus recursos⁵⁴, em

⁵⁴ Outros depoimentos também fazem referência à questão da Fundação Kelloggs. Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, Chefe do departamento de medicina preventiva à época, salienta o caráter liberal da organização, ao afirmar que “no momento em que a crise culminou, num momento sem saída, eu fui falar com o Reitor Zeferino Vaz. E Zeferino disse que era impossível, tinha chegado a um ponto que não tinha condições, tinha perdido o controle da situação. Tinha havido uma reação da própria Fundação Kelloggs... havia um projeto da Kelloggs que depois alguns elementos americanos descobriram que o apoio da fundação estava sendo usado para pregar uma espécie de revolução dentro da própria academia (...) Eles financiavam e não perguntavam o que você estava fazendo. Mas eles tinham esperança que não era algo muito subversivo digamos assim? Ai no caso eles acharam que estava muito subversivo. A fundação era muito liberal, eles queriam que se desenvolvesse o trabalho. A Kelloggs era mais liberal do que as outras. Eles não davam uma receita, você tem que fazer assim e assado, mas veio uma crise política que começou a ser gerada e envolveu a queda... Naquela época o coordenador era um americano, um sujeito muito liberal, visitava,

decorrência do vazamento de documentos clandestinos elaborados pelo grupo que tratavam do “primeiro discurso”. Segundo Arouca, em Paulínia

estavam-se testando projetos comunitários baseados na abordagem marxista-estruturalista das ciências sociais, entre eles a realização de projetos de investigação com a comunidade em que a comunidade era ‘o investigador’, formas de participação popular e formação de agentes de saúde com participação na direção. Estávamos treinando agentes de saúde de outros projetos comunitários que eram realizados no Brasil, como por exemplo, os auxiliares do projeto de Dom Pedro Casaldáglia em Goiás. (...) E haviam sido produzidos alguns documentos que eram de circulação interna do grupo do DMP em que toda essa abordagem era colocada (...)

Um dos assessores faz uma denúncia ao Zeferino Vaz dizendo que o projeto não era um projeto técnico, era um projeto político; que estava se desviando do seu sentido e que isso iria acabar levando a confrontos com a própria Fundação Kellogg, e se demite (Arouca, 1987 apud Escorel, 1999, p. 115)

Sobre os documentos de circulação interna, o depoimento de Carmem Lavras ao Projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: A trajetória de Sérgio Arouca, complementa o de Arouca, ao ressaltar:

(...) e o segundo discurso, que era utilizado mais, tinha textos e tinha pareceres, e um dos textos do primeiro discurso em que as coisas estavam colocadas de uma maneira mais clara foi o que chegou nas mãos do Zeferino, e foi isso que de certa forma desencadeia uma crise política, eu acho que não atingiu só aí a questão da Preventiva, atingiram vários outros grupos.

A pressão que a Fundação Kellogg teria feito sobre Zeferino Vaz, aduzida por Arouca, também foi objeto do depoimento de Anamaria Tambellini à Comissão da Verdade e Memória Otávio Ianni da Unicamp, conforme consta em seu Relatório Final:

Nesse momento da crise na área da medicina preventiva, o reitor Zeferino Vaz recusou-se a tomar providências a favor dos afastados, pois não queria “negociar” com os integrantes desse departamento. Na opinião de Tambellini, ele sofria pressão por parte do governo militar, e também de parceiros institucionais e financeiros, como a Fundação Rockefeller e Fundação Kellogg (sic) que tinham grande influência dentro da Faculdade de Ciências Médicas e da Reitoria da Unicamp.

O último recurso utilizado por Zeferino Vaz para conseguir se livrar do grupo indesejado foi condicionar a apresentação das teses de doutorado de Arouca e Tambellini à sua saída da Unicamp. Embora os trabalhos tivessem sido entregues nos prazos estabelecidos, o reitor impôs que as datas de defesa apenas seriam definidas após eles

perguntava se estava fazendo, fazia visita de campo aos projetos, o importante era você submeter relatórios periódicos. Então eles simplesmente foram envolvidos nisso através da política local” (UNIRIO, 2005a, p. 30-32)

provarem ter conseguido vínculos profissionais com outras instituições. Consideradas “subversivas” pelos setores conservadores da faculdade de Ciências Médicas, as teses permaneceram sobre a mesa de Zeferino Vaz por um ano.

Nos dez anos que se seguiram ao golpe, Zeferino desenvolvera métodos mais sutis, mas não menos violentos, de repressão. Se antes demitia e expulsava ostensivamente professores por motivos políticos, como fizera na UnB, agora sufocava iniciativas indesejadas. Forçava a saída dos profissionais por meio de forte assédio, que incluía ameaças de pôr fim à sua carreira acadêmica. Dissimulando suas ações, Zeferino acompanhava a evolução do regime, que recusava a pecha de violento, apesar de toda a brutalidade com que tratava os adversários: o uso da força justificava-se apenas para a manutenção da ordem e defesa dos valores que representavam o “ideal revolucionário”.

Além de todos os constrangimentos e limitações ao trabalho impostos por Vaz, em 1975 o grupo do departamento de medicina preventiva foi profundamente afetado pela ‘caça aos comunistas’ que se seguiu à morte de Vladimir Herzog. David Capistrano Filho, médico residente, foi preso na ocasião. Seu pai havia desaparecido desde o ano anterior. Pela simples proximidade que tinha com David, Tambellini virou um alvo em potencial da repressão, e por isso teve que fugir, separando-se do filho de quatro anos de idade. Arouca estava em Brasília, procurando novas oportunidades de trabalho e aqui teve que se esconder, sem saber o paradeiro da família. Ambos não retornariam a Campinas como professores da Unicamp⁵⁵.

⁵⁵ Em depoimento ao Projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: A trajetória de Sérgio Arouca, Anamaria Tambellini recordou o episódio, um exemplo emblemático da violência praticada pela ditadura: “(...) nós já estávamos no processo de cassação, digamos assim, porque a gente não podia dar aula, não podia fazer reuniões, não atendíamos a pacientes até que chegou no ponto em que eu pedi (...) uma licença prêmio que eu tinha e o Arouca foi pra Brasília, nós já estávamos procurando lugar pra ir, porque já sabíamos que tinha que sair daqui, quando aconteceu a morte do Herzog. (...) o Davizinho tinha uma série de nomes em que ele, sendo preso, essas pessoas deviam ser avisadas (...) A Rosa tinha esses nomes. A Rosa não foi presa você sabe o porquê, né? Ela entrou no banheiro, num reservado, e ficou acocorada na privada, com o pé na privada, e os caras olharam e não viram ninguém e levaram o David. Quando ela saiu de lá, ela saiu avisando as pessoas que era o Zé Eduardo, era pra avisar a mim, tinha quatro pessoas ou cinco que era pra avisar. Quando o Zé Eduardo chegou na minha casa, tava eu e Pedro lá sozinho, o Pedro tinha quatro anos de idade, tava dormindo e eu tava lendo. Quando o Zé Eduardo chegou, ele já chegou com a família, com o carro todo preparado, ele já tava saindo. Bateram na porta... E eu não abria, porque já tinha a notícia da morte do Herzog, havia a notícia de que havia uma Operação Jacarta, e eu tava sozinha, onze e meia da noite batem na minha porta, e eu não queria abrir. Aí eu abri a porta, aí eu ouvi a voz do Zé Eduardo e da Maria Lucia, falar: “Ana, Ana, abre aqui, por favor, professora, abre aqui, é urgente”. Aí eu falei: “Pronto, prenderam alguém”. Aí, abri a porta, ele falou: “ah, é com você. O Davizinho foi preso e ele pediu pra avisar que era pra vir aqui dizer a você, que você tava sozinha, que era pra que você saísse da sua casa”. Eu disse: “amanhã”. “Amanhã, não, agora, e nós vamos esperar você sair, não é pra ficar nenhum minuto aqui, é pra sair agora”. Aí peguei o Pedro dormindo, botei no carro, não tive, o Arouca não sabia onde a gente tava (...) Quando eu saí e fui andando me deu um medo porque eu falei: “eles vão me parar na estrada com esse menino” E eu tinha medo porque tinha toda aquela história, pegavam as crianças, e tal. Eu fiquei, falei: “não, eu não vou”. Eu voltei e fui pra casa de um colega nosso de Mestrado

A tese de Arouca, intitulada “*O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*”⁵⁶, somente seria defendida em 23 de julho de 1976. O denso trabalho, que só fora publicado após a morte do autor, tornou-se uma das maiores referências teóricas da chamada Saúde Coletiva⁵⁷, campo teórico que se desenvolveu junto ao Movimento Sanitário.

Assustado e temeroso pela pressão política, o orientador não compareceu à defesa, que se dera ante um auditório lotado de estudantes, profissionais e curiosos. O evento tornou-se um ato político. Dez anos depois, Arouca, com o auxílio da rede formada na época da Unicamp, transformaria outro evento institucional em um grande ato político, determinante para a constitucionalização do direito à saúde: a 8ª Conferência Nacional da Saúde.

No total, foram desligados da Unicamp dezenove profissionais da área da saúde, entre estudantes, residentes, técnicos e médicos, em decorrência do chamado “expurgo de Campinas”. Uma parte dos alunos e residentes ficou em São Paulo, no mestrado do

lá das Ciências Sociais (...) e aí eu falei: “Ednardo, eu não tenho a quem ir porque eu tenho medo de ir pra casa de uma pessoa. Primeiro de eu incriminar a pessoa e depois de eu ser achada. E a sua casa é um lugar que eles não vão me achar”. Ele aí pegou, acolheu a gente e saiu com o meu carro pra avisar a Célia Leitão que ela não precisava sair, mas que ela tivesse cuidado e avisasse a Maria. Quando eles saíram com o carro, o meu carro parou, teve um problema mecânico e parou. Anjo da guarda nessa hora... Aí ele voltou, foi, tomou um táxi, foi na casa da Célia Leitão e voltou e telefonou porque eu falei: “ligue pra minha irmã vir buscar o Pedro”. Que a gente tinha essa combinação, qualquer coisa minha irmã morava em São Paulo. “Fala pra minha irmã vir pra cá buscar o Pedro”. (...) Então isso era uma situação que desbaratou todo mundo aqui, e eu fiquei escondida duas semanas na casa do Ednardo, trancada num quarto e a empregada não podia me ver. Trancava a chave e enquanto a empregada tava lá, ele dispensou a empregada, começou a vir uma vez por semana só, que eu tava começando a ficar maluca. E enquanto a coisa não baixou, eu não saí. E o Arouca nesse tempo todo não sabia, não tinha ideia do que tava acontecendo. Sabia que eu não tava mais em casa, falaram pra ele não voltar, que era pra ficar lá, e que nós estávamos protegidos, que eu e Pedro estávamos em segurança. Então, era um clima de terror, ninguém tinha coragem de falar nada. Os negos prendendo, ameaçando que prende, e faz isso, e tal, a morte do Herzog e aquela comoção toda, as pessoas acho que ficaram com muito medo. Ninguém. Aqui baixou uma coisa. Davizinho preso, pessoal de Ribeirão que a gente conhecia preso, entendeu? A coisa ficou muito complicada. O pessoal de São Paulo preso, que eram contatos do partido da gente que eram lá do Comitê de São Paulo presos, o irmão do Arouca desesperado, porque já tinha sido preso algumas vezes, advogado, Zé Carlos, então foi... eu acho que as pessoas tiveram muito medo” (UNIRIO, 2005a, 96-97).

⁵⁶ De acordo com Francisco Campos, “*a tese do Arouca era muito rapidamente essa: que a Medicina Preventiva, que nos Estados Unidos era uma forma de fazer liberar a resolução dos problemas (ou seja, jogar em cima dos indivíduos, da prevenção, do cuidado da pessoa mesma, culpabilizar o indivíduo pela questão da prevenção, fazer com que a pessoa pudesse ao se conscientizar resolver os seus problemas de saúde), quando ela chega na realidade latino-americana (que é uma realidade totalmente depauperada, onde as pessoas não têm dinheiro, não tem o que fazer) ela não tem como levar isso pro individual, ela tem que levar pro coletivo mesmo. Isso faz com que a ideia da Medicina Preventiva (que nos Estados Unidos é conservadora) torne-se uma ideia “libertária” no Brasil e na América Latina (o desenvolvimento na Argentina, Equador, México, indicava um pouco nessa direção)*” (UNIRIO, 2005b, p. 222).

⁵⁷ Para o Dr. Guilherme Rodrigues, “*o trabalho foi fundamental, foi muito importante. Levou muito tempo pra ser publicado, mas apesar disso ele foi lido, ele foi amplamente lido. Era muito comum que todos aqueles que estavam interessados em trabalhar nessa área tivessem guardado em algum momento um exemplar ensembado da Tese que se reproduzia e transmitia.*” (UNIRIO, 2005a, p. 28).

Departamento de Medicina Preventiva da USP ou incorporados à Secretaria Estadual de Saúde, que desenvolvia projetos nas periferias, como o da Zona Leste. Outra parte foi para o Rio de Janeiro e inseriu-se no mestrado do IMS. Para os profissionais, as chances no Rio de Janeiro foram abertas em um novo programa que estava sendo desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

2. O DESENVOLVIMENTO: A ATUAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS

A segunda metade da década de 1970 é marcada pela promessa da distensão do regime. O quadro político, econômico e social do período possibilita o fortalecimento das oposições.

Na área social, a combinação de vários fatores e acontecimentos propiciaram uma maior atenção à área da saúde. O agravamento de uma epidemia de meningite que se arrastava há anos funcionou como gatilho para que projetos relacionados ao aumento da assistência médica, elaborados pelas áreas de planejamento do governo federal fossem executados. Nessa conjuntura a política racionalizadora e desenvolvimentista do regime militar, que já vinha sendo aplicada a outras áreas, é ampliada também para a área social, inclusive a saúde. Disso decorre um maior financiamento às atividades de ensino e pesquisa na área, bem como o investimento de projetos de extensão da cobertura à parcelas da população que não dispunham do atendimento previdenciário.

A execução desses projetos demandou a absorção de profissionais especializados em administração e planejamento na área de saúde, e proporcionou o ingresso de muitos técnicos contrários ao regime militar – incluindo os acadêmicos de que tratamos no capítulo anterior – nos quadros da administração pública. Incorporados à burocracia estatal, os membros do movimento, agora sanitaristas, conquistaram importantes aliados no serviço público.

É nessa época, também, que são criados o Cebes e a Abrasco, duas entidades que darão conformação institucional ao Movimento Sanitário, que começa a formular suas proposições para a reformulação do sistema de saúde então vigente.

O despejo imposto por Zeferino Vaz trouxe muitas dificuldades ao grupo do Departamento de Saúde Preventiva da Unicamp. Ao mesmo tempo que viam seu projeto de anos ser destruído, precisavam articular a fuga de Campinas, devido à prisão de David Capistrano Filho – que punha em risco todos que o cercavam. Arouca permaneceu exilado em Brasília, onde tentou encontrar uma nova instituição que os desse guarida.

A primeira opção aventada seria integrar-se ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, de quem tinham muita proximidade e com quem cultivavam boas

relações. No entanto, dentro da Faculdade de Medicina da universidade mais prestigiada do país, o departamento de medicina preventiva enfrentava resistências dos setores mais conservadores e elitistas. Diante disso, os professores da Unicamp perceberam que ali não haveria condições objetivas para dar continuidade a seus trabalhos⁵⁸. Com o apoio de Guilherme Rodrigues e Cecília Donnangelo, alguns dos estudantes do grupo foram realocados temporariamente nessa universidade.

A segunda opção, também decorrente de afinidades intelectuais, políticas e acadêmicas, seria o IMS. Ao contrário da USP, à primeira vista, esse parecia ser o ambiente propício para o desenvolvimento de novos projetos⁵⁹.

No entanto, ao discutirem a ideia, os grupos perceberam que a incorporação dos que vinham de Campinas geraria uma inevitável disputa pelo espaço que já estava sendo ocupado pela equipe do IMS, o que, como última consequência, enfraqueceria o projeto conjunto de desenvolvimento de novas políticas de saúde. Como relata Anamaria Tambellini,

nós percebemos, logo que chegamos aqui no Rio, que também o Instituto de Medicina Social não tinha nos oferecer [sic] objetivamente uma possibilidade concreta. Isso foi uma coisa que ficou muito clara, embora as relações de maior fraternidade que nós tínhamos com o Instituto de Medicina Social. Mas também era um lugar que já estava ocupado, digamos assim, e isso nós discutimos estrategicamente porque a entrada da gente no Instituto nesse momento pode desequilibrar um projeto, uma possibilidade que já estava se dando lá e que nós achamos que isso não seria justo nem para o Instituto e nem para nós (UNIRIO, 2005b, p. 49-50).

Em Brasília, também surgiam oportunidades. Na UnB, o Professor Frederico Simões os convidara para trabalhar na Faculdade de Ciências Médicas, da qual era diretor. Além disso, por iniciativa de Juan César Garcia, Arouca tinha sido chamado para coordenar a equipe do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde

⁵⁸ Nas palavras de Anamaria Tambellini: “*nós queríamos ir para São Paulo, mas São Paulo não tinha condições objetivas. O Dr. Guilherme e a Cecília Donnangelo, que não pode ser esquecida, porque a nossa coisa de ir para São Paulo tinha muito a ver com a nossa identidade com a cabeça da Cecília Donnangelo. Só que não houve condições objetivas de ir para lá. Durante algum tempo nós ‘pererecamos’*” (UNIRIO, 2005b, p. 48).

⁵⁹ Reinaldo Guimarães explica: “*Então o que é que era o Instituto de Medicina Social? É oposto disso [da USP]. Primeiro era um grupo pequeno, absolutamente novo, independente da Faculdade de Medicina, mas que tinha um vínculo seminal com uma liderança católica, liberal, progressista que era o Dr. Américo Piquet Carneiro, quer dizer, e Nelson Moraes que estava chegando, que ali era pragmático. E dirigido efetivamente por dois jovens comunistas que era a Nina Pereira Nunes, que sempre teve a maior parte da visão política daquilo tudo; Hésio Cordeiro que era um bom estudante, um bom profissional, um cara centrado, tudo aquilo que a Nina tinha de descentrado ele tinha de centrado, direitinho... Que era a tetéia do Dr. Piquet, “tá” certo? E com o apoio internacional do Juan César García (...) Fica absolutamente claro porque aquilo era a tetéia. Era a possibilidade, “né”?... O rabo da baleia ou a cabeça da sardinha... Mesmo que não houvesse questão política nenhuma envolvida, a USP... É o rabo da baleia...*” (UNIRIO, 2005b, p. 49).

(PPREPS), a ser desenvolvido a partir de um acordo de cooperação técnica entre a OPAS e o Ministério da Saúde, com o objetivo de desenvolver e planejar a capacitações de recursos humanos em saúde no Brasil

Como se recorda Anamaria Tambellini, “*nós não podíamos ficar em Campinas, mas fora de Campinas, na área da saúde, a gente tinha o trânsito livre*”⁶⁰. O medo da “proximidade com a ditadura”, no entanto, os impediu de aceitar as ofertas de trabalho no Distrito Federal. Diante da negativa de Arouca para coordenar o PPREPS, programa que teve grande contribuição no fortalecimento do movimento, Carlyle Guerra de Macedo, futuro presidente da OPAS, assumiu a coordenação da iniciativa⁶¹.

A realocação do grupo, se daria, em uma opção que não era óbvia, tampouco aventada naquelas circunstâncias, mas que seria determinante para o crescimento e fortalecimento do novo movimento sanitário: o Programa de Estudos Sócio-Econômicos da Saúde, desenvolvido por meio de uma parceria entre a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), empresa pública vinculada à Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP).

Esse, assim como vários outros programas da área de saúde pública, foi uma das ações decorrentes do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) que, diversamente do primeiro, incorporou as políticas sociais no planejamento governamental⁶².

Considerando que as áreas de desenvolvimento social – educação, saúde e previdência – estavam inseridas em “seu campo de atuação direta”, o II PND elegeu como prioridades a educação – “*sob o ponto de vista quantitativo e, notadamente, de qualidade de ensino, com esforço novo na área de pós-graduação*” – e a saúde, ao lado da infraestrutura de serviços urbanos (Brasil, 1974, p. 99).

O plano previa uma reforma estrutural nas áreas de Saúde Pública e Assistência Médica da Previdência, “*para dar capacidade gerencial a esses setores*”. A competência do Estado para organizar a ação social, com vistas à proteção e recuperação da saúde da

⁶⁰ UNIRIO, 2005a, p. 121.

⁶¹ É o próprio Carlyle quem lembra que Arouca era o favorito à vaga que lhe abriu grandes possibilidades na OPAS. Em suas palavras: “E então, como é, quem é que entra nesse grupo? Eles ficaram, mas o [Sergio] Arouca era um dos candidatos, mas o Arouca não queria vir pra Brasília. Eu nunca nem perguntei a Arouca sobre isso, sobre esse negócio, mas ele era uma das pessoas mais, que todo mundo queria aqui pra isso. Mas ele não aceitou vir pra Brasília. Então me chamaram pra organizar esse grupo. Eu estava mais ou menos sobrando” (2005).

⁶² No Plano admitia-se que “*a verdade é que, de um lado, o crescimento pode não resolver o problema da adequada distribuição de renda, se deixado à simples evolução dos fatores do mercado. E, de outro lado, a solução através do crescimento, apenas pode demorar muito mais do que a consciência social admite, em termos de melhorar rapidamente o nível de bem-estar de amplas camadas da população*” (BRASIL, 1974, p. 69).

população, justificaria uma estratégia voltada à clara definição institucional do setor, “com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbitos de atuação”. Assim, antecipando o escopo da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, estabeleceu que

Dois grandes campos institucionais são definidos, prioritariamente:
 - O do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária.
 - O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado (Brasil, 1974, p. 73)

Ao fundamentar a proposição, o governo atribuiu o baixo orçamento destinado ao Ministério da Saúde à carência de capacidade gerencial e estrutura técnica do órgão, o que reduziria a eficácia dos recursos públicos destinados e “*eleva[ria] o risco das decisões de aumentá-los substancialmente*”. Para sanar essa falha, foram incluídos como objetivos do planejamento no campo da saúde o desenvolvimento de “*programas de pesquisa orientados para a eliminação de endemias, como a esquistossomose e o mal de Chagas, assim como sobre a nutrição de grandes contingentes populacionais*” e a instituição de “*certo número de centros voltados para o diagnóstico e tratamento de doenças da nossa sociedade urbana, como o câncer e problemas do coração*”.

Além disso, o II PND apresentou como componente importante da estratégia de desenvolvimento social a extensão da assistência médica, em consonância com o que já vinha sendo preconizado por diversos organismos internacionais⁶³. De acordo com Cornelis van Stralen (1995), apesar da insistência dessas entidades na extensão da atenção primária, “*faltava a vontade política para novos investimentos na área da saúde*” (p. 168).

Com efeito, a partir de 1975, ainda sob o influxo da comoção social e da pressão política causada pela grave epidemia de meningite que atingiu seu pico em 1974, mas que perduraria por quase toda a década, houve uma alteração na condução da política de saúde nacional.

⁶³ De acordo com Cornelis J. van Stralen, o II PND “*propôs como elemento importante da estratégia de desenvolvimento social a extensão da assistência médica. Era uma opção sugerida também por inúmeros organismos internacionais. A OMS (Organização Mundial de Saúde), a OPAS (Organização Panamericana de Saúde), a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a infância), o Banco Mundial, 1975; OPAS, 1973 e UNICEF, 1974). A Fundação Kellogg difundia a proposta da medicina comunitária através dos projetos-pilotos desenvolvidos por universidades. A USAID (United States Agency for International Development) insistia em planos voltados para o controle de natalidade*” (1995, p. 168).

Diferentes autores apontam a relação entre a crise causada pela epidemia de meningite e a mudança de estratégia por parte do governo militar em relação às políticas de saúde até então desenvolvidas (Luz, 1979; Oliveira, 1979; Cardoso, 1983; Cordeiro, 1984).

Para Hésio Cordeiro, a conjuntura que se inicia em 1974 tem como marcas fundamentais a chamada “crise do milagre econômico”, associada a vitórias eleitorais da oposição e uma “crise” sanitária cujo ápice foi a epidemia de meningite (1984, p. 78).

Embora no Brasil houvesse grande incidência de diversas doenças infecciosas, a década de 1970 foi marcada especialmente pela epidemia de meningite. Pela gravidade, pelos públicos que atingiu, pela forma como foi enfrentada pelas autoridades e pelas mudanças políticas e institucionais para as quais concorreu, a epidemia de meningite representa um ponto de inflexão nas políticas de saúde do período.

A epidemia começou em Santo Amaro, na Grande São Paulo, em abril de 1971, de forma insidiosa. A incidência da doença aumentou exponencialmente entre 1971 e 1973, passando de 2,16 casos por 100 mil habitantes em 1970, para 5,90 em 1971, 15,64 em 1972 e 29,38 casos em 1973. Entre 1970 a 1972, a letalidade variou entre 12,0 e 14,0% (Moraes, 2005).

Apesar de cientes da gravidade da situação, desde, pelo menos, 1972⁶⁴, os órgãos governamentais a minimizaram e adotaram a tática de não divulgar dados sobre a doença⁶⁵.

⁶⁴ Em 27 de setembro de 1972 foi publicado “Comunicado da Saúde sobre a ocorrência de Meningite”, assinado pelos Drs. Getúlio Lima Júnior e Carlos da Silva Lacar, respectivamente, secretários de Saúde e de Higiene do Estado de São Paulo e de Saúde da Prefeitura da capital paulista, divulgado no dia anterior, a respeito da ocorrência de casos de meningite (Diário oficial do Estado de São Paulo, Ano LXXXII, São Paulo, 27 set. 1972, num 184, p. 1, On-line). Na mesma data, o jornal Folha de São Paulo publicou, em primeira página, a manchete: “Há um surto de meningite”. De acordo com a publicação, o Ministro de Estado da Saúde, Mário Machado de Lemos, havia confirmado no dia anterior a existência de um surto de meningite em São Paulo, Guanabara e Distrito Federal (FOLHA DE SÃO PAULO. Há um surto de meningite. Ano LII, num 15.808. São Paulo, 27 set 1972, Primeiro Caderno, p. 1. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=4528&anchor=4409351&origem=busca&originURL=>. Acesso: 29 mai 2021). Eram os primeiros comunicados oficiais acerca da epidemia de meningite que se alastrariam por quase toda a década de 1970.

⁶⁵ Como exemplo da contradição com que se lidava com o tema, o assistente da Secretaria de Saúde de São Paulo para epidemiologia afirmou que “*sob o ponto de vista epidemiológico, a situação é de absoluta tranquilidade*”, logo após comentar que a doença estava com incidência cinco vezes maior que o verificado em período endêmico (Revista VEJA. Editora Abril, nº 213, 4 de out. de 1972. p. 24-29. Disponível em <https://veja.abril.com.br/acervo/#!/edition/34341?page=1§ion=1>).

As notícias desencontradas, que ocuparam a tribuna do legislativo paulista⁶⁶ e as manchetes dos principais veículos de imprensa do país, deram início a ondas de boatos e de pânico generalizado entre a população. A edição de 4 de outubro de 1972 da revista *Veja*, cuja capa ostentava o título “Meningite: A epidemia da desinformação”⁶⁷, evidenciou a ausência de informações concretas e confiáveis provenientes de fontes oficiais, afirmando que as dimensões do surto eram precariamente calculadas a partir de dados esparsos, como registros de óbitos obtidos junto a cartórios.

Em 1974, sem que a epidemia tivesse sido controlada, ocorreu uma explosão de novos casos, motivada pela circulação dos meningococos do sorogrupo A. Nesse momento, a doença já havia se alastrado das áreas mais pobres – onde a alta incidência de doenças infecciosas era parte da realidade – para as mais ricas, o que deu uma nova dimensão ao problema. Não sendo possível evitar a cobrança da classe média ou negar as evidências da gravidade da epidemia, o regime militar intensificou a censura das notícias que tratassem do assunto.

De acordo com Rita Barradas Barata, apenas jornais e revistas impressas podiam noticiar, mas sem citar números e sem ligar o problema a causas socioeconômicas. Segundo a autora, “*enquanto a meningite matava moradores da periferia, os militares conseguiram abafar o assunto, mas quando a epidemia atingiu bairros nobres de São Paulo, as autoridades foram obrigadas a admitir que havia uma crise de saúde*”⁶⁸.

A despeito das tentativas de censura, diante do estado de calamidade em que se encontrava a saúde pública, a clara relação havida entre o agravamento da epidemia e a situação socioeconômicas do país não poderia mais ser negada.

⁶⁶ Ainda em 27 de setembro de 1972, em sessão ordinária na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, os deputados Carlos Fauze e Ivahir de Freitas Garcia, ambos da Aliança Renovadora Nacional (ARENA), no uso da palavra na tribuna, conclamaram as autoridades responsáveis pelo setor da saúde pública do Estado de São Paulo “*a dizerem a verdade sobre a gravíssima epidemia, que põe em risco gerações de brasileiros de São Paulo e que precisa ser combatida com os recursos preventivos que o governo deve ditar através de esclarecimentos, de informações*”, que deveriam ser disponibilizadas “[n]esses dois espetaculares meios de comunicação que são os jornais e a televisão”. Os parlamentares reconheciam que, não obstante não coubesse a quem quer que fosse “*a responsabilidade da maior incidência da doença meningocócica*”, a população estava desinformada da realidade, havendo naquele momento “*um ambiente de total insegurança*”, “*porque as notícias são as mais contraditórias possíveis e a falta de informações maior ainda*”. (Diário oficial do Estado de São Paulo, Ano LXXXII, São Paulo, 30 set. 1972, num 187, p. 59. On-line).

⁶⁷ Revista VEJA. Editora Abril, nº 213, 4 de out. de 1972. p. 24-29. Disponível em <https://veja.abril.com.br/acervo/#/edition/34341?page=1§ion=1>

⁶⁸ O GLOBO. A epidemia de meningite que a ditadura militar no Brasil tentou esconder da população. 8 jun 2020. Disponível em <https://blogs.oglobo.globo.com/blog-do-acervo/post/epidemia-de-meningite-que-ditadura-militar-no-brasil-tentou-esconder-da-populacao.html>. Acesso em 30 mai 2021.

Assim, apesar da coexistência de diversas endemias e epidemias no período, que poderiam ser mortais a longo prazo, a epidemia de meningite criou uma situação-limite, fazendo com que os problemas de saúde e as difíceis condições sociais despertassem o interesse público e passassem a figurar nas primeiras páginas de revistas e jornais.

O descompasso entre o crescimento econômico e o atraso social brasileiro, evidenciado pela epidemia de meningite, foi apontado por intelectuais críticos do regime e pela oposição parlamentar que, a partir de 1974, assumia nova postura ante o regime.

Em texto de 1983, Fernando Henrique Cardoso considera que

os fatores da ação do Estado na questão saneamento e saúde situam-se no difuso limiar marcado pela existência de elevadas taxas de mortalidade infantil e a emergência de crescentes demandas populares. As defasagens acumuladas no nível de apropriação dos serviços de consumo coletivo não só são incompatíveis com o 'nível de desenvolvimento' atingido pelo país, mas são questionadas pelos organismos internacionais. E quando a epidemia de meningite se alastra no inverno de 1974, o alerta em torno da situação limite é finalmente dado (p.211-212)

A crise sanitária ocasionada pela epidemia permitiu que o discurso que ligava as causas sociais e econômicas à eclosão e gravidade da doença fosse ampliado e ganhasse conotação política.

A oposição também enxergou a epidemia como uma situação limite, e percebeu o potencial político da crise sanitária. Em agosto de 1974, poucos meses antes da eleição que abalaria as estruturas do regime, o Senador Franco Montoro (MDB/SP), líder da oposição consentida, realizou duro pronunciamento relacionando publicamente, de forma inédita, a epidemia de meningite às políticas econômicas e sociais adotadas pelo governo militar. Na longa exposição – que deveria durar 20 minutos, mas extrapolou uma hora, devido aos diversos apartes concedidos aos senadores de ambos os partidos – o Senador afirma, categoricamente, que “*embora as autoridades atir[e]m, umas sobre as outras, a responsabilidade pelo surto e o agravamento do problema*” o verdadeiro culpado pela situação era o “*modelo de desenvolvimento brasileiro*”⁶⁹.

Montoro inicia sua exposição denunciando o decréscimo anual do percentual das verbas orçamentárias destinadas ao Ministério da Saúde, que haviam caído de 4,29% em

⁶⁹ Diário do Congresso Nacional. Discurso do Senador Franco Montoro (Movimento Democrático Brasileiro – MDB/SP). Aparteantes: Amaral Peixoto, Benjamin Farah, Eurico Rezende, Jarbas Passarinho, José Sarney, Nelson Carneiro, Paulo Guerra, Ruy Santos, Virgílio Távora. Publicação no DCN2 de 08/08/1974 - Página 2848. Disponível em <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/pronunciamentos/-/pronunciamento/1428#:~:text=Publica%C3%A7%C3%A3o%20no%20DCN2%20de%2008/08/1974%20%2D%20P%C3%A1gina%202848>. Acesso em 10 jun 2023.

1966, para 0,99% em 1974⁷⁰, no mesmo período em que o PIB nacional aumentara 50%, evidenciando o desapareço do regime militar pela saúde pública⁷¹. Em seguida, joga luzes sobre a ineficiência estatal que resultou no atraso do início das ações governamentais para o combate da epidemia⁷²; sobre a censura imposta pelos militares acerca do tema⁷³; e sobre os efeitos danosos da concentração de renda decorrente do “milagre” na saúde da população⁷⁴.

Montoro expunha as fragilidades da administração militar, atacando três de seus maiores orgulhos: a política econômica, a imagem de nação próspera e a eficiência administrativa.

⁷⁰ “Zero vírgula noventa e nove por cento é quanto vale a saúde pública para os autores do Orçamento federal!”. “O motivo da menor consideração pela saúde pública é o excessivo apreço pelo Produto Nacional Bruto”. “Somos o 8º País do mundo em Produto Bruto, mas em saúde pública, no caso da epidemia de meningite, nós nos emparelhamos com os mais atrasados países africano” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

⁷¹ “Nós estamos, Sr. Presidente e Srs. Senadores, examinando, num caso concreto, um erro fundamental, que está ocorrendo no Brasil. É preciso rever o critério de prioridades nacionais e atribuir ao Ministério da Saúde verbas compatíveis com uma concepção mais humana de desenvolvimento. País com uma população sabidamente desnutrida, atacada por moléstias endêmicas e recebendo salários de fome não pode desprezar o setor de saúde pública, hoje na posição insignificante de ‘lanterninha’ do Orçamento Federal, com recursos equivalentes a 0,9% da despesa federal” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

⁷² “Essa profilaxia, essa prevenção, esse estudo prévio da moléstia deveria ter sido feito, mas não foi. O problema do tipo a ou do tipo b que está sendo examinado agora, deveria estar sendo acompanhado há muito tempo. Em 1971, se manifestaram os primeiros sintomas dessa epidemia. E todas as autoridades reconhecem que houve uma imprevisão a esse respeito”, e continua “praticamente tudo vai começar agora. Agora é que se vai fazer um levantamento estatístico e científico para que a moléstia possa ser efetivamente conhecida e tecnicamente combatida a partir do próximo ano” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

⁷³ “Por que o Governo, no início, proibiu a imprensa de divulgar o problema, querendo, de certa forma, ‘tapar o sol com a peneira’?”. Sobre a censura que sofriram os trabalhadores da área da saúde, expôs o Senador Benjamim Farah (MDB): *há poucos dias entraram vários doentes de meningite cérebro-espinal epidêmica no Hospital Distrital. É que não vamos procurar os médicos, porque eles não podem falar. Se falassem, diriam da extensão da moléstia. Temos o triste hábito de pensar que ocultando a notícia vamos, assim, combatendo o mal*” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

⁷⁴ “Essa preocupação com o campeonato do Produto Interno Bruto, para chegarmos em oitavo ou nono lugar, está ligada a uma certa mentalidade ufanista, do País gigante. Mas o que queremos é um desenvolvimento equilibrado e humano. É preciso que se olhe para a população. A grande crítica que o Movimento Democrático Brasileiro e a opinião pública da nossa terra fazem ao modelo de desenvolvimento brasileiro é a má distribuição da renda nacional. Ela cresce, mas os beneficiários são uma pequena minoria. O grosso da população está sofrendo cada vez mais. O censo de 1970, comparado com o de 1960, mostrou que os ricos estavam mais ricos e os pobres mais pobres. Nos últimos dez anos, a riqueza nacional subiu 56%, mas o salário-mínimo, de que dependem, direta ou indiretamente, milhões de assalariados no Brasil, caiu 55%. A riqueza subiu 56% e o orçamento da saúde pública do Brasil caiu 70%. A injustiça existe e se agrava. O Governo afirma que a sua preocupação é a distribuição da renda, mas essa distribuição é cada vez mais injusta. É preciso que a voz da Oposição, falando pelos que não têm voz, advirta o Governo de que ele está levando o País para uma situação de verdadeiro escândalo. Em lugar do chamado “milagre brasileiro”, temos aí um caso de vergonha nacional!”. E continuou adiante: “[a mortalidade infantil] está aumentando intensamente em São Paulo. E a causa, Sr. Senador, apresentada honestamente num documento que acaba de ser publicado pela Prefeitura de São Paulo, é a deficiência de alimentação, decorrente da situação econômica dos pais, além das condições sanitárias da cidade. É o mau salário; é aquela redução de salários que está retirando da família trabalhadora a possibilidade de comprar a ração mínima, prevista na própria Lei. Há uma ligação muito grande entre a distribuição de renda e problemas de saúde pública” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

Pela inflamada reação dos senadores governistas, a imputação da responsabilidade da epidemia ao governo, de forma tão clara e direta, pareceu inesperada⁷⁵. Muitos viram na fala de Montoro o aproveitamento político de uma fatalidade natural. Seguindo a postura então adotada no seio do governo militar, sucederam-se no uso da palavra com o objetivo de negar e desqualificar os argumentos de Montoro.

O Senador Virgílio Távora (ARENA/CE) justificou o baixo orçamento do Ministério da Saúde na estruturação administrativa dos serviços, afinal “o grosso do atendimento à saúde no setor federal está hoje não no Ministério da Saúde, mas justamente no recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social, mercê da assistência médica do INPS”⁷⁶. O Senador Ruy Santos (ARENA/BA), médico sanitário, intentando defender o governo, acabava por evidenciar a disfuncionalidade da estrutura ao afirmar que “a atribuição do Ministério da Saúde é [tão-somente] acompanhar os índices de mortalidade em todo o País, para saber onde estão aparecendo cifras maiores e menores nos diversos Estados, para então alertar as autoridades estaduais e ajudá-las no que lhe compete”⁷⁷. Apoiando-se em seus conhecimentos de epidemiologia, explicou, ainda, que “um surto decresce, às vezes, até sem providências de saúde pública, por causas climáticas e por outros motivos; a doença vem e sai”⁷⁸.

O Senador José Sarney (ARENA/MA) atribuiu o problema – tanto da meningite, como da concentração de renda – a São Paulo, e não ao Brasil, levando Montoro a lembrá-lo que o regime então vigente não era democrático, e que o governador de São Paulo era escolhido pelo Presidente da República⁷⁹. O Senador Jarbas Passarinho (ARENA/PA)

⁷⁵ A fala do Senador José Sarney (ARENA/MA), justifica a impressão: “O Senado está ouvindo com absoluto encanto a teoria de V. Ex^a, Senador Franco Montoro, sobre a incidência das epidemias sobre a distribuição de renda. Realmente, não há dúvida que V. Ex^a desenvolve uma teoria nova e uma correlação, que pode ser uma fonte de estudos profundos, não só dos economistas, como também dos políticos” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

⁷⁶ Diário do Congresso Nacional, op.cit.

⁷⁷ Interessante notar que a fala do Senador acerca do papel do Ministério da Saúde, se aproxima muito do que defendia o presidente da Federação Brasileira de Hospitais, para quem “a atuação do Governo deve se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se, principalmente, no atendimento individual (...). A área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população (...) através de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social” (Ponte e Nascimento, 2010, p. 189).

⁷⁸ Diário do Congresso Nacional, op.cit.

⁷⁹ “V. Ex^a, com inteligência, procura deslocar o problema para o Estado de São Paulo. Eu diria que se o Estado de São Paulo padece dessas deficiências a que V. Ex^a se refere, elas devem ser atribuídas ao Governo do Estado, que foi escolhido pelo Governo Federal e pelo Partido de V. Ex^a. O fato de ser Governo Federal ou Governo de São Paulo não altera muita coisa, porque nós estamos num regime centralizado. Se ele é centralizado para mandar, deve ser centralizado também para receber e assumir as responsabilidades ... Quem foi o responsável pelo Governo de São Paulo? Foi o povo? Não! Foi o

acusou Montoro de fazer “*ilações inteiramente despropositadas*”, uma vez que a “*culpa primeira, sem blague, é do meningococo*”. Demais responsabilidades, se existentes, seriam dos técnicos do Ministério da Saúde, e deveriam ser apuradas, mas não imputadas ao governo militar⁸⁰.

Mais conciliador, Paulo Guerra (ARENA/PE) recebeu as críticas de Montoro como “*uma colaboração ao Executivo*” sobre um grave problema que “*precisa receber uma atenção maior*”, e trouxe ao debate um importante ponto: a desvalorização da carreira de sanitarista e a diminuição dos cursos de saúde pública⁸¹. Em semelhante sentido, o Senador Eurico Rezende (ARENA/ES) afirma que “*se se ouvirem os Secretários de Saúde do Brasil, a partir do ES, eles são unânimes em dizer que há uma escassez enorme de recursos para a medicina social*”⁸².

Franco Montoro conclui o intenso debate com a cobrança de que o futuro plano de desenvolvimento, que seria remetido em breve ao Congresso, revisse o quadro apresentado e assegurasse recursos mais substanciais para o setor de saúde pública, como forma de distribuir, com mais justiça, a renda nacional. E finaliza: “*A epidemia de meningite nos faz passar do sonho à realidade, do Brasil oficial ao Brasil real, do milagre brasileiro à vergonha nacional*”.

O pronunciamento de Montoro mostra-se bastante relevante por dois motivos. O primeiro consiste no fato de que tanto a sua fala como a de seus opositores explicitam os problemas por que passavam o setor de saúde no Brasil na primeira metade da década de 1970. O segundo diz respeito à mudança de atitude do governo militar no trato do assunto, como se pode aferir nas notícias que circularam logo após o pronunciamento.

No dia seguinte, a edição matutina de O Globo⁸³ publicava, em uma mesma página, a matéria de destaque com o título “Presidente recebe estudos sobre o combate à meningite”, em que apresentava as ações empreendidas pelo Ministério da Saúde e

Presidente da República, que escolheu pessoalmente cada um dos Governadores. Além disso, o problema é nacional” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

⁸⁰ Diário do Congresso Nacional, op.cit.

⁸¹ “*Quero dizer a V. Ex^a que há culpa, também, pelo desprezo que se tem dado à classe sanitarista no Brasil. Até pouco tempo, os sanitaristas eram bem remunerados, davam tempo integral e recebiam salário relativamente bom por esse tempo integral. Hoje, até os cursos de saúde pública desapareceram. V. Ex^a não encontra nos Estados, nem na União, quem queira ingressar na carreira de sanitarista porque não é estimulado pelo Governo. E são esses sanitaristas, são esses pesquisadores anônimos que prestam grandes serviços à comunidade brasileira, através de um trabalho preventivo de saúde pública*” (Diário do Congresso Nacional, op.cit.).

⁸² Diário do Congresso Nacional, op.cit.

⁸³ O GLOBO, 8 de agosto de 1974, pag. 6. Acesso em 24 abr 2023.

minimizava a denúncia do corte orçamentário da Pasta⁸⁴; e, abaixo dessa, no meio da folha e com título em fonte menor do que o usado em outras notícias, nota sobre o pronunciamento de Montoro, intitulada “Senador denuncia falta de verbas”. Ou seja, a contestação vinha antes da acusação.

Ainda nessa página, era publicada uma “*importante comunicação*” do Ministro do Trabalho e Previdência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento Silva – em destaque, no canto superior esquerdo da página –, segundo o qual

A Saúde Pública vai deixar de ser um assunto setorial no Brasil, para converter-se em responsabilidade global do Governo. Assim como diversos Ministérios se entrosam e somam seus esforços para o tratamento de grandes problemas econômicos e de outros gêneros, passarão a se alinhar também quando está em causa um problema que diz respeito a direito fundamental do homem.

E, continuava a nota:

Ao fazer essa importante comunicação, o Ministro Nascimento Silva mostra a coerência do Governo Geisel na busca da humanização do desenvolvimento brasileiro. Não basta que tenhamos um produto nacional bruto saudável e em alta escalada. É preciso traduzir o progresso econômico em termos de bem-estar social e de dignidade humana.

Uma semana depois, a Folha de São Paulo noticiava, com destaque, em primeira página, declaração do Ministro da Indústria e Comércio, Severo Gomes, dada no Seminário de Desenvolvimento Econômico promovido pela UnB, de que “*o rápido desenvolvimento brasileiro dos últimos seis anos provocou uma série de ‘desarrumações’ internas, entre elas ‘a manutenção da injusta distribuição de rendas, as desigualdades regionais e o rápido crescimento das cidades, com a ‘degradação da vida urbana, causa dos surtos de doenças’*”. O Ministro ressaltou, ainda, que o surto de meningite então vivido estava relacionado com a pobreza no país. Garantiu, entretanto, que o novo plano de desenvolvimento que estava em elaboração pretendia melhorar a distribuição da renda nacional.

As publicações não deixam dúvidas: o regime havia mudado a orientação sobre a condução da crise. Dois fatos levam a essa constatação: ministros não se pronunciariam sobre um assunto polêmico sem que essa fosse a determinação do Planalto. E caso isso ocorresse, as notícias sobre tais pronunciamentos seriam censuradas, e não destacadas.

⁸⁴ Dialogando diretamente com o pronunciamento de Montoro, a notícia reproduzia fala do Ministro Paulo de Almeida Machado: “*vocês compreendam que nem tudo é falta de dinheiro. As vezes o problema é saber onde aplicá-lo, e escolher prioridades*”

Afinal, poucos dias antes, a imprensa de São Paulo havia sido proibida de noticiar a epidemia de meningite na cidade, inclusive dados e gráficos relacionados à doença⁸⁵

Nas vésperas de um pleito eleitoral, a epidemia jogava luz sobre a irrefutável gravidade dos problemas sociais que castigavam a maior parcela da população brasileira. Pressionado, em sua permanente tentativa de se manter no controle do poder, o regime decidira se apropriar da narrativa dos adversários, modelando-a conforme a sua conveniência. Como resultado, o II PND daria relativa ênfase às questões sociais, criaria espaços institucionais para a atuação de novos atores sociais, mas não provocaria nenhuma grande mudança nas políticas de saúde.

As mudanças que se seguiram à epidemia de meningite foram objeto da análise da socióloga do IMS, Madel Luz, que apontava em 1979,

No caso da sociedade brasileira, as instituições ligadas à saúde tornaram-se de quatro anos para cá, com o segundo P.N.D., preocupação prioritária da política social do Estado, considerando-se o quadro de saúde do Brasil cronicamente deficiente e agravando-se há dez anos. A existência e a eclosão de epidemias como a de meningite em São Paulo, no entanto, têm mais de quatro anos. As preocupações estatais é que são recentes. Essas preocupações sugerem mutações não somente na estrutura econômica mas na própria maneira de o Estado encarar o problema da relação Saúde-sistema político (p. 65)

A resposta institucional que se seguiu ao pico da doença torna possível, ainda que não de maneira simples e óbvia, apontar a correlação entre a repercussão da epidemia como fato social e as iniciativas governamentais de destinação de verbas e elaboração de novas políticas de saúde a partir de meados de 1974, e principalmente, 1975.

Nesse ano, verificou-se o aumento de recursos destinados ao Ministério da Saúde. Paralelamente, projetos acadêmicos, programas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde e pesquisas sobre a saúde da população passaram a contar com financiamento público, ainda farto em decorrência do acelerado crescimento econômico experimentado no período precedente. Na seara previdenciária, havia sido instituído, ainda em 1974, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), uma nova fonte de financiamento, cujos principais beneficiários na área da saúde foram conglomerados médicos privados,

⁸⁵ De acordo com Elio Gaspari (2014, p. 451), embora a imprensa nesse período se mostrasse menos policiada, “*a máquina da Censura não só persistia, mas revelava um grau inédito de truculência*”. De 26 a 30 de julho de 1977, apenas uma semana antes do pronunciamento de Montoro, a imprensa paulista foi proibida de noticiar a existência da epidemia. Os censores do jornal O Estado de São Paulo suprimiram a informação de que, no mês de julho, aproximadamente setecentas pessoas tenham procurado o hospital Emílio Ribas. Em 30 de julho, o tema foi liberado, ressalvadas “matérias alarmistas e tendenciosas que possam gerar pânico entre a população”.

destinada à construção, ampliação e compra de equipamentos, que seria alvo de críticas do movimento da reforma sanitária.

No desenho institucional das políticas sociais desenvolvidas nessa conjuntura, o chamado “planejamento social”, destacaram-se dois órgãos ligados à recém-criada Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), comandada pelo Ministro João Paulo dos Reis Veloso: o Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)⁸⁶.

O Setor Saúde do IPEA, reorganizado no início de 1975 para atender as necessidades de implementação do II PND, era vista como “*um exemplo de racionalidade técnica e de modernização administrativa*”, em virtude das características de sua equipe: a composição multiprofissional, que não era comum na época; a convivência interdisciplinar, auxiliada pela presença das várias áreas de planejamento governamental no mesmo prédio; e o enfoque econômico dos aspectos sociais, raramente mencionado antes de 1975 (Escorel, 1999, p. 44). De acordo com Solón Magalhães Vianna, Coordenador de Saúde e Previdência do IPEA em 1986,

O IPEA era uma espécie de ilha de liberdade na administração pública. Eu, que cheguei aqui 1975, me surpreendi com a liberdade com que as pessoas tratavam dos assuntos de governo, em nível interno, evidentemente, mas isso não se via em outros lugares (1986, apud Escorel, 1999, p. 44)

O caráter inovador da entidade pode ser aferido pelas discussões ali promovidas acerca das relações entre economia e saúde, que começavam a se delinear naquela época. Recuperando ideias e propostas do Sanitarismo Desenvolvimentista, rechaçada nos primeiros anos do regime militar, o IPEA reabriu o espaço institucional para Mário Magalhães da Silveira e Carlos Gentile de Mello, figuras representantes dessa corrente, que defendia a descentralização da saúde por meio da municipalização e o fortalecimento do setor público para a prestação dos serviços de saúde, conforme conclusões da 3ª Conferência Nacional de Saúde⁸⁷, realizada em 1963. Os experientes sanitaristas assessoraram a equipe do IPEA na elaboração do principal projeto de extensão do

⁸⁶ Sarah Escorel considera que essas duas entidades e o PPREPS/OPAS, constituíram “*três frentes institucionais [que] articularam uma rede de sustentação de projetos e de pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento*”. (1999, p. 43).

⁸⁷ Os Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde estão disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf.

atendimento básico de saúde – os chamados projetos de extensão de cobertura – a populações não abrangidas pela Previdência Social, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Por meio da FINEP, foram concedidos diversos financiamentos voltados para o desenvolvimento da tecnologia na área social – com ênfase na saúde e educação – dos quais possibilitaram o desenvolvimento do IMS e a reestruturação da ENSP/Fiocruz.

Assim como ocorria no IPEA, a FINEP era beneficiada por um ambiente de relativa liberdade, tolerância e respeito à diversidade de opiniões e posições político-ideológicas. Sônia Fleury, que ingressou nos quadros da FINEP nessa época, destaca a composição diversificada da entidade⁸⁸:

A FINEP, naquela época, era dividida entre uma área operacional que era quem financiava os projetos e outra área que era de pesquisa, onde estava a Conceição Tavares e todo mundo que a universidade meio que expeliu estava ali. Então eram aquelas contradições da ditadura que injetou dinheiro adoidado na pesquisa, abrigou ali dentro um centro de pesquisa super crítico e eu entrei para essa área de pesquisa e lá estava o Sérgio Góes que tinha uma área de desenvolvimento social (2018, p. 5)

É nesse contexto que surgem, para os membros do Movimento Sanitário, relevantes oportunidades de ingresso na administração pública: a realização de programas que fortaleceriam a saúde pública, a exemplo dos investimentos na Fundação Osvaldo Cruz, para fabricação de vacinas e realização de pesquisas epidemiológicas, e da criação da carreira de médico sanitário pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Por influência do PCB, que adotava uma linha reformista, e antecipando-se à concepção de Estado relacional, de Poulantzas⁸⁹, o grupo do Movimento Sanitário adotava o discurso de que o Estado, mesmo o ditatorial brasileiro, não era “um bloco monolítico”, e que suas “brechas” e “fissuras” deveriam ser ocupadas e forçadas⁹⁰, como

⁸⁸ Explica, ainda, Sônia Fleury em outro depoimento: “Naquele momento na FINEP que havia uma parte de apoio ao desenvolvimento científico, mas havia um núcleo intelectual de elaboração de um pensamento sobre Brasil na FINEP onde estavam a Conceição Tavares, o Castro, o Lessa não passou por lá... mas enfim, vários intelectuais de esquerda que foram chamados a pensar o Brasil de dentro da própria FINEP, como centro de estudo. Então lá tinha esse grupo de Estudos Sociais que o Sérgio Góes coordenava e veio a fazer essa ponte pra cá. Havia contradições (...) a FINEP já nos anos 70 com esse outro projeto de fazer uma massa crítica intelectual que desse suporte, que era um projeto de valorizar a pós-graduação. Havia contradição até mesmo de pessoas, por exemplo, era o Doutor Pelúcio, que era o dirigente. O Doutor Pelúcio era um cara que era muito próximo da esquerda. Os militares o aceitavam como uma pessoa capaz ali dentro, e ele nos aceitava como um pensamento crítico ali dentro. Era um jogo. É claro que ali dentro ocorria muita repressão” (UNIRIO, 2005 b, p. 101)

⁸⁹ Sobre a obra de Poulantzas, ver Motta (2021), e Hirsch; Kannankulam; Wissel (2015)

⁹⁰ Em seu último livro, “O Estado, o poder e o socialismo”, de 1978, Poulantzas evolui a sua análise sobre o papel do Estado, aprofundando o conceito de Estado relacional. De acordo com o autor, “o estabelecimento da política do Estado em favor do bloco no poder, o funcionamento concreto de sua autonomia relativa e seu papel de organização são organicamente ligados a essas fissuras, divisões e

caminho para se alcançar a democracia e para a reformulação das políticas de saúde. O relacionamento com quadros técnicos do Estado e com políticos de ambos os partidos favoráveis às propostas do grupo, reforçava essa percepção.

Com essa base político-ideológica, esses atores aproveitaram as oportunidades surgidas no peculiar contexto do Governo Geisel, caracterizado pela necessidade de se conter as pressões sociais e políticas renascentes e pela conjuntura político-administrativa desenvolvimentista, para pôr em prática uma política de “aproveitar espaços”. Paradoxalmente, o processo de “modernização administrativa”, uma das principais bandeiras do regime militar, serviu como porta para a entrada de um pensamento progressista no aparelho de Estado. Rodrigues Neto, um dos protagonistas da atuação institucional do movimento, aponta que

havia contradições intrínsecas a essa conjuntura, em que o Governo tentava administrar as tensões e pressões sociais em relação ao seu projeto econômico ainda em expansão, embora às custas de abrir novos espaços de intervenção setorial, especialmente por meio dos chamados projetos de extensão de cobertura, inspirados pelos organismos internacionais, entre os quais deve-se destacar o PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento e, na sua esteira, várias experiências de organização de redes de serviços básicos de saúde em nível municipal, particularmente naquelas prefeituras eleitas pelo MDB (1997, p. 65).

Os sanitaristas utilizaram sua experiência com projetos de saúde comunitária desenvolvidos no âmbito universitário, sua qualificação acadêmica em administração de serviços de saúde, sua capacidade formuladora e sua habilidade política para avançar sobre os espaços que se abriam na distensão “lenta, segura e gradual”. Para Rodrigues Neto, a adoção dessa linha de atuação rompeu “*com o isolacionismo a que a sociedade tinha sido condenada, em relação ao aparelho de Estado, não sem, com isso, despertar,*

contradições internas do Estado que não podem representar simples acidentes disfuncionais. O estabelecimento da política de Estado deve ser considerado como resultante das contradições de classe inseridas na própria estrutura do Estado (o Estado-relação). Compreender o Estado como a condensação de uma relação de forças entre classes e frações de classes tais como elas se expressam, sempre de maneira específica, no seio do Estado, significa que o Estado é constituído-dividido de lado a lado pelas contradições de classe. Isso significa que uma instituição, o Estado, destinado a reproduzir as divisões de classe, não é, não pode ser jamais, como nas concepções do Estado-Coisa ou Sujeito, um bloco monolítico sem fissuras, cuja política se instaura de qualquer maneira a despeito de suas contradições, mas é ele mesmo dividido. Não basta simplesmente dizer que as contradições e as lutas atravessam o Estado, como se se tratasse de manifestar uma substância já constituída ou de percorrer um terreno vazio. As contradições de classe constituem o Estado, presentes na sua ossatura material, e armam assim sua organização: a política do Estado é efeito de seu funcionamento no seio do Estado” (grifou-se)(2000, p. 152).

*em vários segmentos de esquerda uma severa crítica que ia da acusação de reformismo, até a de oportunismo e adesismo*⁹¹ (1997, p. 63).

2.1. O projeto de reestruturação da Fundação Oswaldo Cruz: o fortalecimento do ensino e da pesquisa.

O aporte financeiro decorrente do II PND na área acadêmica propiciou a criação do Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (PEPPE) e do Programa de Estudos Sócio-Econômicos da Saúde (PESES), na ENSP/Fiocruz, que acolheu boa parte dos expulsos de Campinas.

Esses programas tinham por objetivo a realização de pesquisas que buscavam delinear o quadro das condições sociais e econômicas da população brasileira e de seu quadro epidemiológico, conforme delineado no II PND. Embora executadas no âmbito da ENSP/Fiocruz, sua concepção deu-se na FINEP.

A revitalização da Fiocruz estava entre os planos do Ministro João Paulo dos Reis Veloso⁹². Afinal, para que houvesse um planejamento social na área da saúde seria necessária a participação da maior instituição da área, que havia sido sucateada nos anos anteriores. Para garantir seu intento, em 1975, Veloso indicou um de seus assessores para a presidência da instituição, incumbido da execução de um projeto nacionalista de modernização, que incluía a realização de pesquisas biomédicas e o incremento da produção de vacinas para o Programa Nacional de Imunização⁹³.

À época, a ENSP/Fiocruz estava em decadência⁹⁴. Dispondo de pequeno e mal remunerado quadro de professores, a Escola tinha sua ação reduzida a poucos eventos de formação de recursos humanos baseados em uma visão de saúde pública tradicional que

⁹¹ As críticas a essas estratégias continuam a ser formuladas. Nesse sentido, cf. Dantas (2018).

⁹² No discurso de abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde, proferido pelo Presidente Geisel, foi destacada a necessidade de recuperação da Fiocruz dentro do contexto do aumento dos investimentos em pesquisas na área da saúde: “A atualização da pesquisa (...) representa o traço de união com a Política Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, para a indispensável modernização do aparelho produtor de serviços de Saúde. Combinam-se neste programa a dinamização da investigação médico-científica, a mobilização experimental de tecnologias inovadoras para o combate de doenças, e a capacitação em alto nível de recursos humanos especializados. A recuperação da Fundação Oswaldo Cruz, instituição de prestígio internacional, representa, ao mesmo tempo, pré-condição e consequência desse programa” (Brasil, 1975, p. 22).

⁹³ Sérgio Goes, um dos idealizadores e coordenador do PESES pela FINEP, lembra que “*tem o outro lado, a Fundação nesse momento... É do Ministro Reis Veloso... É amigo do Vinicius... E põe o Vinicius na Fundação coberto de dinheiro. Quer dizer, você vai recuperar essa Fundação. O que a busca do Governo Geisel, deletar o passado. Quer dizer, a grande Fundação de pesquisa vai renascer de novo. Ou seja, enche aquilo de dinheiro...*” (UNIRIO, 2005b, p. 46).

⁹⁴ Nesse sentido, Sérgio Goes afirma que “*a ENSP não era nada, era uma coisa largada, não valia nada. Era uma coisa em decadência, na verdade*” (UNIRIO, 2005b, p 47).

o grupo intentava superar. Segundo Eduardo Costa (2014), professor da ENSP/Fiocruz nessa época, em 1969 foram retirados “quase todos” os recursos da escola e demitidos muitos professores, restando apenas 18 em 1970. Os primeiros demitidos foram os professores do Departamento de Ciências Sociais da instituição. Diferentemente do que ocorreu no chamado “Massacre de Manguinhos”⁹⁵, a demissão desses professores teria sido apresentada como uma mera reestruturação administrativa, cortava-se o “*que era ‘supérfluo’ para uma visão militar e biológica do que era a saúde pública*”. Em 1974, no entanto, os professores remanescentes da ENSP/Fiocruz fazem uma espécie de “greve branca”: não se ofereceria cursos e desenvolveria pesquisas enquanto não houvesse a recomposição dos quadros e recursos cortados nos anos anteriores. A conjuntura do momento permitiu que as reivindicações fossem ao encontro das necessidades do Ministro Reis Veloso de implementar o II PND. A retomada foi bem-sucedida e permitiu a contratação de novos professores, pesquisadores e estagiários.

O esforço de fortalecimento da Fiocruz que originou o PESES e o PEPPE também remodelou a área do ensino da ENSP/Fiocruz. Em 1975, por iniciativa de Arlindo Fábio, que já integrava os quadros da Escola quando da chegada do grupo de Campinas e que se tornaria Vice-Presidente da Fiocruz na gestão de Sérgio Arouca, foram desenvolvidos dois cursos descentralizados de Saúde Pública, um em Belém e outro em Porto Alegre. O curso de Belém era conduzido pelo diretor do Hospital Universitário local, que posteriormente seguiria carreira política, o cirurgião torácico Almir Gabriel, senador constituinte Relator da Comissão da Ordem Social na ANC. Além disso, foi criado o programa de residência médica em saúde pública coordenado por Paulo Buss, egresso do IMS e que se tornaria anos depois Presidente da Fiocruz, em torno da qual se reuniram os futuros fundadores da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), espécie de braço acadêmico do Movimento Sanitário. Nesse programa de residência foram matriculados alguns dos estudantes que foram expulsos no “Expurgo de Campinas”, como Francisco Campos, o organizador da I SESAC, e outros jovens sanitaristas que viriam a se juntar ao movimento. Campos recorda-se que

⁹⁵ No dia 1º de abril de 1970, pouco mais de um ano depois do Ato Institucional nº 5, dez cientistas do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), posteriormente Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tiveram seus direitos políticos cassados. Foram aposentados compulsoriamente e impedidos de trabalhar em qualquer instituição pública do país, sob a acusação de subversão. Todos tinham mais de 30 anos de carreira, eram reconhecidos internacionalmente por sua produção científica e coordenavam equipes de jovens pesquisadores em seus laboratórios.

a Ana Tambellini e o Arouca eram amigos do Eduardo Costa [professor da ENSP] no Rio, estavam abrindo o primeiro curso público de Saúde Pública no Rio (de julho a dezembro de 75). Então o que se fez foi uma manobra meio marota de matricular a gente como residente, a gente já era residente em Campinas, mas aceitaram a matrícula da gente nesse curso de Saúde Pública, onde a gente encontrou com muita gente que até hoje está presente aí. Só pra você saber, a Lúcia [Souto, ex-deputada estadual do Rio Janeiro], Antônio Ivo de Carvalho, Ana Rita [Barradas], uma série de pessoas com as quais nós militamos juntos algum tempo depois. Dessas 70 pessoas tem umas 30 que foram pessoas importantes no movimento de reformulação do setor saúde no Brasil (UNIRIO, 2005b, p. 31).

O PESES e o PEPPE tinha coordenação conjunta da ENSP/Fiocruz – na pessoa de Sérgio Arouca – e da FINEP – exercida por Sérgio Goes – e era formado por uma equipe multidisciplinar. À equipe que vinha de Campinas, juntavam-se recém-formados do IMS, residentes de medicina preventiva e do novo programa de saúde pública da Fiocruz, além de antropólogos, sociólogos e cientistas políticos, entre os quais Sonia Fleury, que viria a assessorar o Senador Almir Gabriel na constituinte.

Os projetos de pesquisa desenvolvidos pelo programa nas áreas de economia e saúde, campanhas sanitárias, medicina comunitária, ensino da medicina preventiva e complexo previdenciário, utilizavam como marcos teóricos a produção científica dos membros do grupo e contaram com ao apoio da OPAS, especialmente Juan César Garcia. De acordo com Elizabeth Moreira dos Santos, residente do grupo de Campinas que integrava a equipe do programa, a pesquisa sobre o ensino da medicina preventiva “*era a parte empírica da tese do Arouca e [foi] muito inspirada, muito discutida com García [Juan César García] que veio várias vezes ao Brasil nesse período*” (UNIRIO, 2005b, p.63). No mesmo sentido, é o depoimento de Francisco Campos:

No programa PESES o maior projeto de investigação (que era o projeto 3 do PESES) tentava retomar a idéia da tese do Arouca que na verdade era o momento 2 da tese dele: o “dilema preventivista”, porque tinha se estabelecido a Medicina Preventiva da forma que se estabeleceu na América Latina. Não vou também recapitular a tese inteira, mas era um pouco por que a Medicina Preventiva, que era uma coisa extremamente conservadora nos Estados Unidos, passa a ser uma coisa libertária no Brasil? (...) Então o terceiro projeto do PESES, chamado Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva, era de certa maneira a prova de campo se essa tese do Arouca era correta (UNIRIO, 2005b, p. 31)

Não sem resistência⁹⁶, o grupo de Campinas aproveitou as brechas encontradas nos espaços institucionais para retomar experiências já desenvolvidas na Unicamp, a

⁹⁶ Sobre o ponto, Sergio Goes lembra que “*não era uma coisa tranquila, sem controle, sem condição. Eu me lembro...De um grande atrito...Eles queriam tirar a gente da ENSP e jogar a gente lá no pavilhão de cursos lá atrás*” (UNIRIO, 2005b, p. 52).

politização das questões de saúde, a distribuição de bibliografia e os projetos de medicina comunitária, como o de Paulínia. Para Arouca,

o PESES não foi um modelo de pesquisa acadêmica pura; foi montado para a intervenção política. Além da incorporação das ciências sociais, retomava o projeto político de Paulínia com o estudo dos projetos alternativos de medicina comunitária como áreas de prática política e o do ensino nos departamentos de Medicina preventiva – uma estratégia para que nós influenciássemos os departamentos para a abordagem social em nível nacional. São esses projetos que nos jogam para fora e começamos a estabelecer uma rede com pessoas que tinham um projeto político no trabalho comunitário. (...) Durante o começo do PESES criam-se quase que dois núcleos: um que pensava o PESES também como projeto de intervenção, outro como área de produção do conhecimento (Arouca, 1987 *apud* Escorel, 1999, p. 118).

Essa atuação permitiu a formação de uma rede nacional que facilitou o intercâmbio de sanitaristas progressistas atuantes nos projetos de saúde comunitária e de expansão de cobertura espalhados por todo o Brasil. Isso contribuiu para o fortalecimento do movimento, por meio de formação de novas alianças e atração de diversos apoios. Um dos mais proveitosos intercâmbios deu-se com o grupo do Projeto Montes Claros, considerada por muitos um protótipo do que viria a ser o SUS.

Para garantir o fortalecimento institucional da Fiocruz, o acordo com a FINEP dispunha que o programa, inicialmente realizado de forma autônoma, seria futuramente incorporado pela ENSP, assim como os seus pesquisadores. Em face disso, por meio do concurso realizado em 1978, Arouca e outros do grupo – mas não todos, pois alguns foram barrados pelo SNI – ingressariam nos quadros da Escola⁹⁷.

Diversos atores ligados ao movimento relatam as dificuldades burocráticas enfrentadas pelo programa, destacando como maior empecilho o SNI, ou sua representação institucional, a Assessoria de Segurança e Informações.

Sonia Fleury aborda em distintas entrevistas (2005; 2013; 2018) que a coesão do grupo que se formava foi fortalecida pelo compromisso assumidos pelos seus membros de proteger uns aos outros contra as investidas autoritárias, o que teria evitado o exílio de muitos daqueles intelectuais. Essas articulações se davam em reuniões clandestinas, das quais participavam apenas os integrantes do grupo que tinham alguma posição

⁹⁷ Alberto Pellegrini Filho, um dos que foram barrados pelo SNI, informa que “quando o PESES termina, uma cláusula da coisa com a FINEP era que a FIOCRUZ ou a ENSP deveriam incorporar o grupo, mas isso não acontece. Algumas pessoas é que são incorporadas. E isso é importante porque de uma maneira reforça muito a escola e a escola passa a ter um novo perfil, parte em função da conjuntura da conjuntura mais geral, mas também em função da incorporação dessas novas pessoas, mas não todas. Nesse momento aí sim se perde a ficha da SNI, eu faço um concurso aceitam a minha inscrição mais no momento de assumir, não me deixam por causa da ficha da SNI, o mesmo acontece com o Reinaldo” (UNIRIO, 2005b, p. 55).

institucional – fosse na universidade, projetos de implementação de novos serviços de saúde ou organismos internacionais – que permitisse a contratação dos demais. Sobre essas reuniões, Sonia Fleury (2013) lembra:

Na medida em que o SNI começou a pedir ficha de todo mundo, de reprovação, vários companheiros nossos perderam trabalho. O caminho natural seria o exílio, então essa reunião é convocada porque já tinha pessoas que tinham um certo poder, ou seja, dentro da universidade ou em organismos internacionais, tudo o mais. São dois dias de reunião. Essa reunião ocorre numa situação de clandestinidade, cada pessoa chegando a cada quinze minutos. Durou uma manhã inteira para reunir um grupo relativamente pequeno. E depois, no outro dia teve que ser na minha casa, porque não podia ser dois dias no mesmo lugar senão a polícia vinha e tal. Para discutir a seguinte questão: como enfrentar a repressão sem desmontar todo o nosso grupo e organização (p. 293).

Em 2018, tratando do tema, Sonia Fleury dá mais detalhes sobre iniciativa, cuja liderança atribuíra a Sérgio Arouca, bem como a composição e os objetivos do grupo:

Então a convocação do [Sérgio] Arouca dessa reunião era, quem está em posição de direção ou tem algum tipo de lugar institucional e que pode evitar que essas pessoas tenham que se exilar, porque sanitarista só tem emprego no Estado. Se tem que passar pelo SNI, essas pessoas de esquerda todas perderiam o emprego e teriam que se, então eu tenho falado que, porque essa história não está contada, na verdade nós não tivemos exílio nessa fase e a repressão foi enorme. O pessoal da educação se exilou, teve que ir embora e tal e nós não tivemos porque a gente fez um acordo ali entre as pessoas que, ai estava lá o Carlyle [Guerra Macedo] sentado no chão porque não tinha cadeiras para todas as pessoas, o doutor Guilherme [Rodrigues da Silva], todo mundo que estava com alguma posição institucional de importância e ai fizemos esse acordo que o pessoal não ia se exilar e que a gente ia mantê-los aqui. Então a gente manteve [Alberto] Pelegrini que era muito perseguido, o Eric [Rosas], essas pessoas mais implicadas com a polícia que tinham uma história já complicada anterior e tudo, manteve eles ficando três meses em Montes Claros fazendo consultoria, dois meses na USP com o Doutor Guilherme, mas não sei quantos meses na OPAS e ficaram aqui até as coisas melhorarem.

Em 2005, em depoimento muito semelhante aos acima citados, Sônia mencionara, ainda, Hésio Cordeiro e José Luis Fiori entre os participantes.

Como resultado dessa articulação, alguns daqueles cujas contratações foram barradas pelo SNI, conseguiram participar dos programas que se desenvolviam no contexto do II PND na qualidade de consultores da OPAS⁹⁸, especialmente no PPREPS, que visava desenvolver recursos humanos auxiliares na área da saúde pública.

⁹⁸ Observa-se que a OPAS já constituía uma oportunidade trabalho para aqueles que tiveram suas vidas profissionais obstaculizadas pelo SNI, como Eleutério Rodrigues Neto, que ao ser impedido de ingressar nos quadros da USP foi abrigado em um projeto de educação desenvolvido pela OPAS em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2.2. Os projetos de extensão da cobertura do atendimento médico

2.2.1. O projeto de Montes Claros

Inserido no contexto da reorganização da estrutura técnica-administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – que passaria a ser dividida em Centros Regionais de Saúde – implementada pelo Secretário Dário Tavares, o Programa de Serviços Integrados de Saúde para o Norte de Minas, que ficou conhecido como Projeto Montes Claros, teve início em 1975.

Na gestão de Dário Tavares (1975-1979), técnicos oriundos da esquerda católica ou de partidos de esquerda clandestinos, foram nomeados para ocupar cargos na Secretaria de Saúde. O grupo, liderado por Eugênio Vilaça Mendes, constituía-se de profissionais com formação especializada na área da saúde pública – principalmente médicos e odontólogos – e com treinamento em cursos de planejamento.

De acordo com Somarriba, esse grupo compartilhava a percepção de que as profundas desigualdades sociais quanto ao acesso a serviços de saúde só poderiam ser enfrentadas através do fortalecimento do setor público de saúde, com a implantação de programas abrangentes de extensão de cobertura de serviços médico-hospitalares. *“Tinham também, clareza da chamada causa social das doenças e dos limites da abordagem estritamente médico-biológica e curativa para a transformação das condições de saúde dos grupos sociais”* (1995, p. 196), teses trabalhadas pelos acadêmicos de que tratamos no capítulo anterior.

Em consonância com o II PND, suas propostas políticas foram apresentadas no II Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social (II PMDES), que realçava a organização e administração da atenção à saúde para *“prover primeiro atendimento à população urbana e rural”* e *“prover atendimento médico-hospitalar à população desassistida, através de cooperação com rede hospitalar”* (1975, p. 125). Foi para atender a essas finalidades que se idealizou o Projeto de Montes Claros.

Contando com significativos financiamentos, provenientes da United States Agency for International Development (USAID), agência norte-americana para desenvolvimento internacional, e da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), e aproveitando a estrutura inicial de projetos desenvolvidos anteriormente na localidade, o Projeto de Montes Claros tinha por objetivo principal, no momento de sua formulação, a extensão da cobertura através do modelo de medicina simplificada. As

outras atividades previstas, sejam as de natureza político-administrativa, sejam as que implicavam o envolvimento direto dos usuários, eram ressaltados nos documentos oficiais apenas com meios para o atingimento da ampliação da cobertura (Stralen, 1995).

Figura central no Projeto de Montes Claros, Francisco de Assis Machado foi escolhido para dirigir o projeto após sua experiência inovadora no Centro Regional do Vale do Jequitinhonha, e imprimiria seu peculiar estilo de gestão à nova oportunidade que lhe surgia. Segundo ele,

a experiência do Vale do Jequitinhonha serviu para o pessoal desenvolver um pensamento mais crítico em relação à saúde pública tradicional: suas ideias, as questões colocadas de atender prioritariamente à demanda da população, questionar essas prioridades definidas pelo nível de planejamento exclusivamente, sem levar em conta a realidade local; isso foi apreendido no Vale do Jequitinhonha (apud Santos, 1995, p. 23)

O trabalho de Francisco de Assis Machado no Vale do Jequitinhonha era reconhecido na área das iniciativas de saúde comunitária pela sua gestão inovadora – que privilegiava a participação de todos os integrantes do Centro de Saúde nas decisões a serem ali tomadas – e atuação estratégica – percebia a importância de fazer alianças com as forças políticas locais para a o sucesso e a continuidade de seu projeto. Por isso, foi um dos destaques da I SESAC promovida pelos estudantes da UFMG e os professores dos Departamentos de Medicina Preventiva.

Na época, eram comuns pequenas experiências de medicina comunitária, financiadas por organismos internacionais com o intuito de sugerir modelos para estender serviços de saúde a populações marginais em áreas urbanas e rurais a baixo custo. A conjuntura política do período, no entanto, conferiu ao Projeto de Montes Claros um outro significado, diferente do inicialmente previsto.

Embora as diretrizes do projeto refletissem as orientações emanadas por organismos internacionais, como OPAS e OMS, para extensão da cobertura de serviços de saúde – coordenação interinstitucional, regionalização e descentralização administrativa dos serviços de saúde, hierarquização do atendimento segundo graus de complexidade crescentes, integração de ações preventivas e curativas, ampla utilização de auxiliares de saúde e participação comunitária – o Projeto de Montes Claros foi inovador pela criação de oportunidades através de articulação política, aparentemente contraditória, com as tradicionais forças políticas locais e, ao mesmo tempo, com as forças progressistas na área da saúde em nível nacional, fazendo do projeto uma experiência inédita de planejamento estratégico.

A equipe que trabalhou no projeto também era diferenciada. Machado reuniu em torno de si um grupo interdisciplinar de profissionais – de medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, bioquímica – que em sua maioria atuavam como supervisores, compondo o grupo técnico. Diversamente dos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, esses eram em sua maioria recém-formados e sem experiência na área, “*e desenvolveram um grande compromisso emocional com o projeto e alto nível de adesão às posições políticas e heterodoxas sobre administração pública do Diretor do Centro Regional*” (Somarriba, 1995, p. 196).

No início da sua implementação, em 1975, foi enviado a Montes Claros o sanitarista argentino Mario Hamilton para orientar o planejamento, organização e estruturação do projeto. Mario viera para o Brasil por insistência de seu amigo João Yunes – então assessor do Ministro da Saúde e Secretário de Saúde de São Paulo de 1986 –, que, temeroso com o sombrio futuro político que se delineava na Argentina, ofereceu-lhe oportunidade de trabalhar em consultorias realizadas junto ao Ministério da Saúde (UNIRIO, 2005b, p.146). Embora o Brasil também vivesse uma ditadura, as condições de segurança daqui se mostravam melhores do que as de lá: Yunes ocupava uma posição de grande prestígio e poder dentro de um Ministério, e poderia protegê-lo, como de fato o fez.

Ao chegar ao Brasil, Mario permaneceu três meses em Brasília, na mesma época em que Sérgio Arouca viera procurar oportunidades de trabalho devido ao “Expurgo de Campinas”. Convivendo intensamente durante o período, logo descobriram suas afinidades, eram “*dois estranhos exilados morando em Brasília*”, aproximaram-se e tornaram-se grandes amigos (UNIRIO, 2005b, p.147).

Mario Hamilton recorda-se que em Montes Claros “*tinha um grupo jovem bem politizado, mas com pouca capacidade técnica de operar, um pouco confuso com o volume grande de operação*”⁹⁹. Para ele, seu papel foi contribuir com sua “*grande experiência de programação e planejamento, sabia fazer a relação entre a concepção política e a prática, e o que se deve levar para a prática*” (UNIRIO, 2005b, p.147). No entanto, é possível identificar que Hamilton teve grande importância no sucesso do

⁹⁹ Machado reuniu em torno de si um grupo interdisciplinar de profissionais – de medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, bioquímica – que em sua maioria atuavam como supervisores, compondo o grupo técnico. Diversamente dos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, esses eram em sua maioria recém-formados e sem experiência na área, “*e desenvolveram um grande compromisso emocional com o projeto e alto nível de adesão às posições políticas e heterodoxas sobre administração pública do Diretor do Centro Regional*” (Somarriba, p. 196).

projeto também devido a suas conexões pessoais e profissionais com os técnicos que estavam na cúpula do Ministério da Saúde e com Sérgio Arouca, o que se refletiria em importantes apoios.

A despeito dos trabalhos iniciais terem sido desenvolvidos em 1975, o marco inicial do Projeto de Montes Claros se dá em 1976 com a I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, realizado em Belo Horizonte em abril daquele ano. O objetivo declarado da reunião – conduzida pelo então Diretor Regional, Francisco de Assis Machado, e o assessor disponibilizado pelo Ministério da Saúde, Mario Hamilton – era conquistar apoio político e cooperação para a implementação do programa. Daí a presença de representantes de todas as instituições, cuja colaboração era considerada importante para a implementação do projeto (Van Stralen, 1995, p. 173).

Na reunião, o projeto foi apresentado como alternativa operacional para a implementação do Sistema Nacional de Saúde, instituído no ano anterior pela Lei nº 6.229, e como modelo de organização de serviços de saúde “*para regiões pobres, com alto grau de dispersão populacional e como grande contingente de população rural*”.

Nessa perspectiva, propunha-se um “sistema único”, cujas principais instâncias seriam formadas por conselhos interinstitucionais, assistidos por grupos técnicos-administrativos interinstitucionais: O Conselho Regional de Saúde, Conselhos de Saúde das Áreas Programáticas e Conselhos Municipais de Saúde. Estava prevista a constituição de um fundo regional de saúde, constituído pelos recursos alocados na região pelas diversas instituições de saúde, bem como fundos municipais de saúde. Essa configuração viria a inspirar a experiência das Ações Integradas de Saúde e do próprio SUS.

O objetivo da reunião foi alcançado com sucesso. Ali se formulariam propostas de “*pesquisa-ação para registrar e colaborar com o Projeto de Montes Claros*” a ser executada pela equipe de Sérgio Arouca dentro do programa PESES, realizado pela parceria da ENSP/Fiocruz e a FINEP, bem como pela UFMG, liderada pelo Professor Cornellis van Stralen, e conduzida por acadêmicos, alguns com grande projeção futura na área, como José Saraiva Felipe. Francisco de Assis Machado, em suas memórias, registra que “*dessa articulação surgiria a incorporação desses dois grandes militantes e líderes do que viria a ser o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, como parceiros e aliados, na condução do Projeto Montes Claros e outros que o sucederam*” (2010, p. 152-153).

Assim, Montes Claros permitiu o desenvolvimento de importantes lideranças e a articulação política com forças locais, que futuramente, colaborariam para a assunção de cargos estratégicos de membros do movimento nas altas esferas do Poder Executivo federal. Montes Claros seria o destino, também, das primeiras turmas do internato rural instituído pioneiramente pela UFMG, por iniciativa de Francisco Campos que, ainda durante o período em que realizava pesquisas no PESES, tornou-se docente da universidade mineira.

A difusão favorável do projeto como alternativa para a organização do sistema de saúde sustentava-se em grande parte na surpreendente velocidade com a qual foi implementada a rede básica constituída de Unidades de Saúde – centros de saúde na sede de cada município – e as Unidades de Auxiliares de Saúde, postos operados pelos auxiliares de saúde nos distritos e na zona rural. Dentro de dois anos foram construídas 33 Unidades de Saúde, 100 Unidades de Auxiliares de Saúde, e formados 625 auxiliares de saúde.

A rápida construção das unidades foi possível em razão da descentralização da sua execução. A responsabilidade pela edificação das instalações foi delegada aos prefeitos que – naquele momento de distensão política e pela crescente importância das eleições –, vinham se reinvestindo na função de importantes lideranças políticas. Assim, o Centro Regional de Montes Claros assegurou que as unidades fossem construídas em um prazo menor e a menores custos devido ao aproveitamento de recursos humanos e materiais locais, além de cooptar prefeitos para a luta pela manutenção do sistema. Em contrapartida, os prefeitos, limitados por restritivos orçamentos, obtiveram recursos financeiros do Centro Regional, e ganhavam a oportunidade de oferecer a suas clientelas unidades de saúde, ainda que estas fossem administradas pelo Estado (Van Stralen, 1995).

O treinamento do grande número de auxiliares de saúde num prazo exíguo decorreu da eficiência com que se processavam o recrutamento e a seleção de candidatos. Também na seleção promoveu-se uma acomodação de interesses entre o Centro Regional de Saúde e os prefeitos dos municípios envolvidos: os prefeitos indicavam, cada um, três candidatos, entre os quais frequentemente apenas um, o candidato favorito do prefeito, satisfazia as exigências mínimas estipuladas pelo Centro Regional. Com isso, tinha-se quase sempre a garantia de que se tratava de uma pessoa com alguma liderança ao nível local e com capacidade suficiente de operar uma unidade de saúde (Van Stralen, 1995).

Internamente, a metodologia adotada na administração participativa do Projeto de Montes Claros e sua expressão na extensão da prestação de serviços à população tomou

como referência os princípios libertários e políticos da pedagogia de Paulo Freire. Muitas decisões que tradicionalmente seriam atribuições da chefia eram tomadas em assembleia. Todos eram convocados a participar das decisões. Foi criado o Conselho Técnico Administrativo, cujos membros eram eleitos por todos os funcionários. A metodologia também foi utilizada nos treinamentos dos auxiliares – base de todo o sistema proposto – que seriam selecionados entre moradores da própria comunidade e atuariam como agentes fomentadores de participação comunitária, entendida como uma forma de participação popular nas decisões. As práticas de ensino e de supervisão também eram baseadas naquela metodologia não tradicional, participativa e conscientizadora. Em consequência, a relação médico-auxiliar de saúde pressupunha uma troca de saber exercitada através de encontros e treinamentos preparatórios do profissional leigo e da valorização de suas vivências e competências.

De acordo com Francisco de Assis Machado, o projeto teria se destacado pela proposta de democratização e participação, o que se refletiu nos cursos de formação de auxiliares de saúde, onde

cada um deveria voltar à sua população e dividir com ela, em práticas e discussões, o que tinha aprendido, produzir, com a mesma, outros conhecimentos e voltar em uma próxima oportunidade (reciclagem) para refleti-los, em conjunto com outros auxiliares de saúde” (2010, 166)

Cornellis van Stralem (1995), que foi ao mesmo tempo um ator e um pesquisador do projeto, considera que a iniciativa assumiu uma dupla face: a de um projeto institucional de extensão de cobertura que recorria a negociações políticas com prefeitos para assegurar a sua implantação, e a de um projeto contra-institucional e autogestionário, onde o que importava, segundo o entendimento de Francisco de Assis Machado, era “*desencadear um processo de participação*” e onde se rejeitava todas as normatizações, pois era o “*próprio processo*” que iria definir as diretrizes de trabalho e quem iria definir a natureza dos serviços de saúde era a “*comunidade*”. A visão inovadora do diretor do projeto foi por muitas vezes, origem de conflitos entre o grupo de Montes Claros e os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde¹⁰⁰. Embora administrativamente estivesse subordinado e devesse seguir as regras estipuladas pela Secretaria, Machado instituiu uma espécie de “unidade autônoma”, subvertendo essa ordem, ao reportar-se

¹⁰⁰ Mercês Somarriba destaca o caráter conflitivo das relações diante da “*constatação sobre a ênfase quase que exclusiva posta na ideia de participação pelos membros da equipe técnica do Centro Regional de Montes Claros, em detrimento do objeto de extensão de cobertura, que era central para os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde*” (1995, p. 194)

diretamente ao Secretário de Saúde, com quem cultivou boas relações, e negociar com as forças políticas locais. A aproximação realizada por Machado entre prefeitos e lideranças locais e o Secretário de Saúde, foi o que garantiu que o projeto fosse mantido da forma por ele concebida por algum tempo.

Porém foi a junção das duas perspectivas, a dos técnicos da Secretaria de Saúde – cujo objetivo era instituir um sistema regional, tendo como base uma rede pública de centros e postos, que deveria universalizar o acesso aos serviços de saúde – e a do grupo de Montes Claros – apresentando formas inovadoras de administração e da conotação de mudança social – que permitiu que o projeto, através de uma hábil articulação entre seus implementadores e o Movimento Sanitário, se tornasse imagem de um novo sistema de saúde.

O projeto de Montes Claros tornou-se assunto obrigatório nos encontros de sanitaristas, por representar o modelo de demonstração para o novo sistema de saúde, ansiado pelo Movimento Sanitário, ou antes “*uma imagem a ser difundida e defendida*” (Arouca, 1980). A equipe de Sergio Arouca aproveitava o alcance que as pesquisas do PESES proporcionava para difundir as experiências de Montes Claros para todos os sanitaristas do país. O diretor do projeto era chamado para apresentar seu modelo de trabalho em congressos e fóruns. Ele relembra que

No início de 1977, o “Projeto Montes Claros” já adquiria uma visibilidade nacional, pela divulgação dada ao mesmo, em Encontros e Seminários de Saúde Pública, por sanitaristas do prestígio: Sérgio Arouca, Mário Hamilton (que passara a ter relações mais próximas com a ENSP), Prof. Cornelis e outros tantos, que passaram a visitar mais sistematicamente a Região, seja por tomarem o projeto como objeto de estudos, seja para acompanharem-no como parte de suas funções. No primeiro caso tivemos por alguns meses a presença da Dra. Maria das Mercês Somarriba, que completava pesquisa de campo para sua tese de doutorado e no segundo a do Dr. Alberto Pellegrine pesquisador vinculado ao PESES, o nosso particular amigo Eric Rosas (...) Contamos com a participação de dois consultores contratados pela OPAS, o Dr. Jorge Carbajal, que havia feito uma tese sobre Planejamento Participativo de grande repercussão no Peru. (...)

Assim, pela contribuição incansável do Sérgio Arouca e de outros notáveis sanitaristas do Rio e depois de São Paulo, o “Projeto Montes Claros” passou à condição de centro de referência e de demonstração para o movimento da Reforma. Nas palavras de Arouca, transformou-se na “Meca” do sanitarismo brasileiro, passando a atrair a atenção de muitos acadêmicos e recém formados em Cursos de Saúde Pública seja para visitas, seja para trabalho (2010, p. 166-167).

Não só integrantes do Movimento Sanitário, como também dos ministérios responsáveis pela área da saúde e de diversas outras instituições passaram a visitar Montes Claros, atraídos pelas potencialidades que a proposta administrativa apresentava. Embora

com motivações distintas, todos buscavam a reorganização dos serviços de saúde como parte de um processo de transformação social. Fizeram, assim, do projeto de Montes Claros uma referência para a Reforma Sanitária.

Sarah Escorel deixa transparecer o caráter idílico do projeto, construído a partir do discurso de seus aliados, especialmente os ligados ao Movimento Sanitário. No livro originado de sua dissertação, escrita em 1986, auge da euforia quanto às conquistas do movimento, Escorel aduz:

O PMC [Projeto de Montes Claros] permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. Para o movimento sanitário, porém, mais do que o modelo, o que marcou foram as experiências políticas inauguradas: a “substituição da arrogância técnica pela primazia da ação política”. O PMC demonstrou a exequibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade deste em articular-se com outras forças para sustentar politicamente o projeto.

(...) A estratégia adotada – executar o viável mesmo que diminuindo o âmbito inicial do projeto a fim de criar impacto, de ser rapidamente visível para a população, e de defender a manutenção do projeto buscando adesões externas de grupos e projetos fora do âmbito do PMC – fez com que o projeto fosse difundido e defendido por um conjunto de pessoas. Montes Claros passou, então, a ter um papel ideológico: tornou-se bandeira de luta. Foi, também, experiência de luta, já que foi adotado conscientemente como modelo pelo PIASS em sua segunda fase, e como objeto de estudo em um bom número de pesquisas e dissertações (1999, p. 137)

Com o distanciamento dos fatos e dos personagens pelo decurso do tempo, diferentes atores-autores passaram a colocar em perspectiva as reais contribuições, realizações práticas, limites e desafios ligados ao projeto¹⁰¹.

De todo modo, a intensa propaganda em torno do projeto fez com que, em meados de 1977, Francisco de Assis Machado fosse convidado pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde, José Carlos Seixas, por intermédio do Secretário Estadual de Saúde, Dário Tavares, para coordenar a execução da primeira experiência levada à prática, a nível nacional, de extensão de serviços de “medicina simplificada” à zona rural: o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Ao mudar-se para Brasília, Francisco Machado convidou para compor sua nova equipe um dos técnicos mais comprometidos na construção da experiência de Montes Claros, José Agenor Alvares da Silva – que passou a integrar os quadros técnicos no Ministério da Saúde – e indicou o pesquisador oriundo da UFMG, José Felipe Saraiva

¹⁰¹ Nesse sentido, Stralen (1995), Somarriba (1995) e Machado (2010).

para sucedê-lo na direção do Centro Regional. Tanto José Agenor quanto Saraiva Felipe ocuparam anos depois o cargo de Ministro da Saúde.

2.2.3. Os projetos de interiorização das ações de saúde e de preparação de recursos humanos

No esforço de se concretizar as diretrizes do II PND foram pensados dois projetos que permitissem a expansão do atendimento primário às regiões mais desassistidas do país: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que incorporou o Projeto de Montes Claros e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

Constituindo um espaço de racionalidade técnica, que prezava o livre pensamento e as divergências acadêmicas, o IPEA contou com a assessoria de Mario Magalhães e Carlos Gentile de Mello – precursores das críticas das políticas de saúde adotadas pelo regime militar e mentores dos membros do Movimento Sanitário – para a elaboração desses programas. Isso explica a influência do corpo de ideias da 3ª Conferência Nacional de Saúde, consistente no chamado “sanitarismo desenvolvimentista” – adaptado à conjuntura do pós-milagre e do autoritarismo do regime militar – no PIASS e no PPREPS implementados como programas de extensão de cobertura, voltados basicamente às áreas rurais e aos seus programas tradicionais, como imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno-infantil (Escorel, 1999).

Ambos os programas eram resultados de ações interinstitucionais. O PIASS foi desenvolvido pelo Setor Saúde do IPEA, executado pelo Ministério da Saúde, e, posteriormente, sua manutenção fora financiada com recursos da Previdência. O PPREPS foi resultado de um convênio entre a OPAS e o Ministério da Saúde, que visava à formação de pessoal de nível auxiliar para a execução dos serviços demandados pelas ações de expansão do atendimento. Na prática, PIASS e PPREPS foram desenvolvidos de maneira conjunta.

Divergências sobre a condução do PIASS impediam a sua implementação. Mário Hamilton lembra que o PIASS “*dava uma grande crise com o ministro*”. O titular da pasta, bem como setores conservadores da estrutura do Ministério – apontados como a Fundação Nacional de Saúde (FSESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde (SUCAM) – defendiam a implementação de um programa tradicional, que interiorizasse a epidemiologia e a prevenção. Os técnicos progressistas do Ministério da Saúde,

representados pelo Secretário-Geral José Seixas, o assessor José Yunnes e o consultor Mario Hamilton, sustentavam que seria necessária a implementação do conjunto da atenção à saúde, com informação e participação. “*Então Montes Claros gerou e se impôs, apesar das críticas do próprio governo*”. O sucesso da experiência de Montes Claros, fez com que esse projeto fosse escolhido como modelo a ser usado no PIASS, o que ocasionou o convite de Francisco Machado para conduzir o programa.

Desde sua origem o PIASS foi um programa ligado ao Movimento Sanitário. O antecessor de Francisco Machado na coordenação do programa foi Nelson Rodrigues dos Santos, professor expurgado da Universidade Estadual de Londrina, onde conduzia projetos de medicina comunitária. Nelson após sair do PIASS foi integrar a equipe do PPREPS.

Embora tenha permanecido pouco tempo à frente do PIASS, Francisco Machado conseguiu replicar o seu modelo de planejamento estratégico, que concatenava a expansão da rede de atendimentos à articulação política com as lideranças políticas locais. Nesse momento, a ação do PIASS se concentrava na área de atuação da SUDENE, o que possibilitou a aproximação do grupo com as equipes das secretarias de saúde dos estados nordestinos. Um apoio que seria decisivo ao êxito das futuras estratégias do grupo foi aí obtido, o Secretário de Saúde do Estado da Bahia na gestão do Governador Roberto Santos (ARENA) e futuro deputado federal, Ubaldo Dantas.

Após a saída de Francisco Machado, devido à troca de governo, sua equipe continuou a trabalhar no projeto, que foi estendido a todo o território nacional. José Alberto Hermógenes, sucessor de Ubaldo Dantas da Secretaria de Saúde do Estado Bahia quando esse afastou-se para concorrer a uma vaga na Câmara dos Deputados, assumiu a coordenação do PIASS na gestão do Ministro Waldyr Arcoverde. Próximo a Carlyle Guerra de Macedo, da OPAS, ao assumir a pasta da saúde passados alguns meses do início do governo de João Figueiredo, Arcoverde convidara àquele para ocupar o cargo de Secretário-Geral do ministério. A indicação de Carlyle para o cargo, no entanto, não teria se concretizado por objeção do Ministro Golbery do Couto e Silva.

Sarah Escorel considera que o PIASS foi uma experiência do movimento sanitário, ao afirmar

Apesar de vivenciado por uma determinada equipe de sanitaristas, o PIASS foi uma experiência de todo o movimento sanitário. Foi um programa trabalhado, também, no nível da formação de recursos humanos, debatido nos fóruns das vertentes sindical, organizativa e acadêmica; Gentile de Mello o monitorava com seus artigos na Folha de S. Paulo. Enfim, dando continuidade ao projeto médico-social de Montes Claros, em um encontro com o sanitarismo

desenvolvimentista, o PIASS foi palco e bandeira de lutado movimento sanitário, que cresceu como força política e na elaboração de uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde (1999, p. 176).

Tendo a coordenação conjunta da OPAS, por Carlyle Guerra de Macedo, e do Ministério da Saúde, pelo Secretário-Geral José Seixas, o PPREPS enfrentou os mesmos obstáculos internos que o PIASS ao seu desenvolvimento. Entre 1976 e 1978, o programa desenvolveu projetos de treinamento de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e apoio à implementação e funcionamento de regiões docentes-assistenciais. Ao final de 1978, o PPREPS estava envolvido em dezesseis projetos, sendo onze de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos com as Secretarias Estaduais de Saúde, quatro de Integração Docente-Assistencial a cargo de universidades e um de Tecnologia Educacional executado pelo NUTES/CLATES, um projeto desenvolvido por meio de uma parceria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e a OPAS, onde trabalhava Eleutério Rodrigues Neto. Assim como o Projeto de Montes Claros, o PPREPS adotava a metodologia de Paulo Freire para capacitar os futuros auxiliares de saúde.

A atuação do PPREPS em conjunto com o PIASS causou impacto nas secretarias estaduais de Saúde do Nordeste através da criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde. Como afirma Eric Jenner Rosas, *“pelas suas próprias características e objetivos o PPREPS caminhou muito próximo ao PIASS, e em vários momentos suas atividades se articularam, se somaram e se confundiram”* (1986 apud Escorel, 1999, p. 47).

O PPREPS abrigou muitos dos profissionais que tinham as contratações barradas em órgãos públicos nacionais pelo SNI. Na visão de Escorel, esse fato gerou um grande impacto no interior da própria OPAS: pela primeira vez, constituiu-se um grupo de nacionais no interior da representação de um organismo internacional (op. cit. p. 47).

A experiência acumulada pelos membros do que viria a ser o Movimento Sanitário nesses programas os qualificavam a galgar degraus mais elevados e a ocupar novos espaços dentro das instâncias de poder que definiam as políticas de saúde. O grupo do PPREPS e da FINEP, por exemplo, foi uns dos maiores colaboradores da proposta que ficou conhecida como “Prevsáude”, inspirada na Conferência Internacional sobre Atenção-Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata, URSS.

O Prevsáude constituía uma proposição do governo João Figueiredo para reordenar, de forma gradual e progressiva, o modelo de prestação de serviços de saúde,

de modo a adequá-lo, de acordo com seu texto, às “*necessidades prioritárias da população e aos meios disponíveis para o seu suporte*” (Brasil. 1980. p. 3).

A proposta apresentava um novo desenho institucional para o Sistema Nacional de Saúde, privilegiando a expansão do atendimento primário, a descentralização por meio da municipalização e o fortalecimento do setor público na prestação dos serviços de saúde da população, “atributos e iniciativas ‘racionalizadoras’ mais ou menos consagradas ou compartilhadas por diferentes grupos do campo da saúde pública” (Pires-Alves, 2021).

As mudanças administrativas concernentes à organização do Sistema Nacional de Saúde, no entanto, foram alvo de intensas disputas dentro e fora da burocracia estatal. Por interferir nos interesses das prestadoras privadas de serviço de saúde, que desde que iniciaram suas atividades têm tido grande influência junto aos tomadores de decisão, o Prevsauúde foi progressivamente descaracterizado, até ser, finalmente, abandonado. Suas ideias, no entanto, continuaram a inspirar novas proposições mais ou menos bem sucedidas a depender do contexto político da época, como as Ações Integradas de Saúde, durante o período mais agudo da chamada Crise da Previdência, ocorrida no início da década de 1980, e a proposta de criação do SUS pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, encaminhada à Assembleia Nacional Constituinte.

2.2.3. A criação da Carreira de Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo

Percorrendo caminhos diversos, novos espaços institucionais foram criados, também, em São Paulo. A reforma administrativa modernizadora formulada na primeira gestão do Secretário Walter Leser (1967-1970)¹⁰², enfim encontraria condições políticas e financeiras para ser devidamente implementada quando de seu retorno à Secretaria Estadual de Saúde paulista em 1975¹⁰³. O governo precisava dar uma resposta às pressões políticas e sociais que sucederam à crise da epidemia de meningite.

¹⁰² A proposta da Reforma de 1968 foi elaborada por um grupo de sanitaristas da própria Secretaria de Estado da Saúde e docentes da Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Esses grupos associaram-se ao Grupo Executivo da Reforma Administrativa (GERA), criado pelo Governo do Estado em 1967, para proceder à reforma e modernização da administração Estadual, no contexto de fortalecimento do Executivo no Regime pós-64. Como resultado, foi editado o Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968, que “Dispõe sobre medidas para reforma administrativa da Secretaria dos Negócios da Saúde Pública”.

¹⁰³ O período de sua gestão (1975-1979) é marcado pelos esforços para responder às expectativas já apontadas em relatórios anteriores, quais sejam, a mudança nos marcadores de mortalidade, principalmente a infantil, em todo o estado, o controle da epidemia de meningite e a concretização do projeto de incorporação de profissionais com formação sanitária para que pudessem assumir cargos em todos os centros e instituições de saúde estaduais. Já o caso da poliomielite merece uma observação, pois, devido à falta de recursos humanos e materiais - todos empregados contra a meningite -, o número de infectados sobe exponencialmente a partir de 1972. Só em 1976 pôde haver uma mudança de foco, com o controle da

A Programação em Saúde, instituída a partir de 1975, caracterizava-se pela introdução da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde e pela ampliação da consulta individual para grupos populacionais e não apenas para o tratamento de doenças específicas.

Ao mesmo tempo em que eram implantadas as atividades técnicas, a Reforma Administrativa estabelecia reformulações de caráter gerencial nas unidades. A gerência do Centro de Saúde e dos serviços por ele prestado à população da área de abrangência seria única e exercida pelo médico sanitарista¹⁰⁴.

Diante da necessidade de se prover, rapidamente, os cargos públicos recém-criados¹⁰⁵, a SES/SP intensificou sua política de formação de recursos humanos, especialmente dos médicos.

Assim, os cursos para a formação de novos sanitарistas, que já vinham sendo realizados pela SES/SP, em convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP e o Ministério da Saúde, com duração de 12 meses, passaram a ser concentrados. Foram abertos concursos públicos a que se seguiam o curso de formação, que ficaram conhecidos como "Cursos de Nível Local" ou "Cursos Curtos de Saúde Pública, com duração de 4 meses.

Esses concursos atraíram recém-formados oriundos das residências de medicina preventiva e social de todo o país¹⁰⁶, inclusive os que haviam saído da Unicamp no expurgo. Com dificuldades de ingressar no mercado de trabalho, esses jovens viram na iniciativa, que não exigia ficha no SNI, a possibilidade de continuar a exercer as atividades que já vinham desenvolvendo nos programas de medicina comunitária das universidades, de forma remunerada, dentro do aparelho do Estado. Era a grande

meningite em São Paulo: “desde o início de 1976, ficaram evidentes os resultados desse trabalho: na Grande São Paulo, por exemplo, o número médio mensal de casos reduziu-se de 25,5 em 1975 para 8 em 1976” (Governo..., 1975, p. 32-33). (Mota, 2019).

¹⁰⁴ Decreto nº 7.555, de 9 de fevereiro de 1976 que estabeleceu a estrutura dos Centros de Saúde e critérios para designação das direções, chefias e encarregaturas. O Decreto regulamentou, também, a ocupação das diretorias e chefias por médicos sanitарistas, prevista na criação da carreira, em 1969. Aos médicos sanitарistas para quem foi delegado o estratégico papel de dirigir as “novas unidades”

¹⁰⁵ De acordo com Maria Ines Nemes, “a velocidade que se imprimiu, nos anos 76-78, à implantação da Programação pode ser indicada por alguns dados relativos ao período. Para os médicos sanitарistas realizaram-se quatro cursos de formação, três concursos públicos para ingresso na carreira e cinco concursos de acesso. O resultado foi uma grande aceleração no ingresso destes profissionais: dos 622 cargos criados até 1975, apenas 190 estavam preenchidos; em final de 1978, já se encontravam preenchidos 409 cargos” (Nemes, 1990 apud Silva, 2006).

¹⁰⁶ Sobre a atratividade desse concurso para os egressos dos departamentos de medicina preventiva, ver Campos (2007).

oportunidade para se praticar uma medicina crítica ao sistema vigente e difundir uma consciência sanitária politizada entre a população.

Ingressaram nos quadros da carreira de médico sanitarista da SES/SP, por meio dessa iniciativa, David Capistrano Filho, José Rubem Alcântara Bonfim, Eduardo Jorge Martins Alves, e posteriormente, Gastão Wagner, Pedro Dimitrov, entre outros. Esse grupo se dispersaria pelo território do estado, difundindo novas ideias sobre o conceito de saúde e participação social.

Como lembra José Rubem,

pra fazer os cursos rápidos (...) é o seguinte: você tinha que passar pro concurso público da Secretaria, tomava posse e depois você era convocado para os cursos. David Capistrano da Costa Filho, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, que foi secretário de saúde do município de São Paulo, José Augusto Cabral Barros, eu mesmo... Nós somos 40 de São Paulo mais 10 do Ministério. Fomos a primeira turma de Saúde Pública chamada “Curso de Especialização em Saúde Pública de nível local Área Medicina”, formada só de médicos, conhecida desde aquela época de uma forma pejorativa como “curso curto” (...) Nesse período, todos eram egressos do Departamento e estavam sem lugar no mercado de trabalho. Com esses cursos, que praticamente todos os alunos eram ex-residentes do curso de Medicina Preventiva (UNIRIO, 2005a, p. 42).

Comprometidos com as causas populares, os sanitaristas procuraram atuar em locais onde pudessem ser feitas ações comunitárias e de conscientização. David Capistrano Filho foi para o Departamento Regional de Saúde do Vale da Ribeira, onde iniciou sua carreira política que incluiria o cargo de prefeito da cidade de Santos; Eduardo Jorge, para a Zona Leste, ajudando a formar um importante movimento popular por luta de direitos sociais com forte apoio da Igreja Católica.

Os sanitaristas do grupo de São Paulo também fizeram importantes aliados, como o cardiologista Adib Jatene, Secretário Estadual de Saúde durante o governo Paulo Maluf. Jatene recorda-se que David Capistrano, então diretor do distrito de Vila Prudente, era alvo de feroz oposição das forças políticas que apoiavam o governo. Essas forças pressionavam e exigiam de Jatene a demissão de David. Por conta disso, buscando verificar a postura de David, o Secretário obteve informações de que “*era um funcionário exemplar, enfrentando com seriedade as restrições de pessoal e de instalação e buscando conquistar benefícios para a população*”. A cobrança pela injusta demissão de David provocou o efeito contrário do que seus idealizadores esperavam, Jatene aproximou-se de

David e o convidou para trabalhar na elaboração do Plano Metropolitano de Saúde¹⁰⁷. Adib Jatene foi um dos conferencistas da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Com o passar do tempo, e especialmente após o fim do bipartidarismo, os grupos de São Paulo e do Rio de Janeiro começam a apresentar divergências quanto às estratégias adotadas para a redemocratização do país, ao apoio de líderes do movimento à coligação da Aliança Democrática e ao decorrente acesso desses à altos cargos no governo Sarney. Enquanto boa parte do grupo de São Paulo passou a apoiar o PT no início da década de 1980, a maioria dos membros do grupo do Rio de Janeiro continuaram ligados ao PCB ou ao PMDB.

No que se refere às questões materiais centrais da reforma sanitária, no entanto, o grupo manteve-se unido, como demonstram a sua participação maciça na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e a atuação basilar de Eduardo Jorge, eleito deputado constituinte, nos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte.

2.3. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Idealizado por David Capistrano Filho, José Rubens e outros integrantes da primeira turma do curso rápido de saúde pública da SES/SP, o Cebes – autodefinido como um movimento de opinião e “*um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde*”¹⁰⁸, que visava ao recebimento de contribuições que atendessem aos objetivos de uma Reforma Sanitária – foi oficialmente fundado em 1976 na 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada na UnB.

A comunidade científica, que tinha dimensões pequenas na década de 1960, foi proporcionalmente um dos setores mais atingidos pelo regime militar. Talvez por isso, a SBPC tenha sido um dos primeiros atores sociais a pedir a anistia. Ainda na reunião de 1968, a Sociedade clamou pelo fim do êxodo dos cientistas brasileiros e pelo regresso dos que estavam fora, pelo apoio à pesquisa e pela reforma universitária (Moreira, 2014).

¹⁰⁷ Diz Jatene: “Resisti às pressões e o mantive, o que por pouco não me custou o cargo. Até de comunista fui chamado. Quando montamos a comissão que elaborou o Plano Metropolitano de Saúde, ele fazia parte do grupo. Durante os 36 meses como secretário, aprendi a respeitá-lo. Combativo, veemente e intelectualmente honesto. Lutava pelo que acreditava, a sua verdade, mas sabia aceitar a verdade dos outros. Acompanhei sua carreira como secretário de Saúde de Bauru e de Santos e ainda prefeito de Santos.” Folha de São Paulo. Um rebelde com causa. Adib D. Jatene, edição de 17 nov 2000. Disponível em <http://www.obore.com.br/memorial/adib.html>.

¹⁰⁸ Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 3, p. 53, abr./maio/jun.1977.

Após a onda de demissões e expulsões provocados pelo AI-5, a partir de 1974 as reuniões da SBPC tornaram-se um dos poucos fóruns de discussão dos problemas nacionais, constituindo um espaço de debate político contra o autoritarismo e canal de manifestação para os opositores do regime. Na reunião de 1976, aprovar-se-ia, por unanimidade, moções de pedidos de anistia a punidos – professores e alunos, e a reintegração em seus cargos de professores afastados por motivos políticos¹⁰⁹. De acordo com Kucinski,

Em 1976, todas as energias da oposição liberal ao regime concentraram-se num dado momento na reunião anual da SBPC. Ali, em clima de grande tensão, à sombra do próprio Palácio, a comunidade acadêmica, no seu sentido mais amplo e convencional, repudia os valores do estado autoritário e pede o retorno aos quadros universitários, dos professores expurgados pelo regime” (1982, p. 106 apud Escorel, 1999, p. 77).

Nessa reunião, a 28ª Reunião da SBPC, o grupo da Unicamp se reencontrou¹¹⁰. Ali, iriam apresentar os projetos desenvolvidos pelo PESES e as conclusões de trabalhos realizados na UNICAMP. A organização da SBPC dividiu as apresentações em diferentes grupos temáticos, onde a discussão diferia totalmente do enfoque adotado pelos novos sanitaristas. Percebendo a forma como se dava a organização dos trabalhos do encontro, passaram a discutir a formação de uma entidade aglutinadora do “novo” pensamento em saúde, à semelhança das demais associações e sociedades que se faziam presentes na SBPC¹¹¹. A criação da entidade lhes daria a possibilidade de marcar posição em espaços de debate político, como aquelas reuniões da SBPC¹¹², conferindo base institucional ao nascente movimento sanitário. Arouca explica que

¹⁰⁹ Além dessa, aprovou-se moções como a revogação do Decreto-Lei nº 477, a Assembleia aprovou moção determinando que a SBPC se dirija às autoridades manifestando-se contra a permissão da reeleição de reitores e diretores por dois períodos consecutivos, o que “corresponderia a volta aos antigos métodos, propícios “à formação de oligarquias intelectuais”, anteriores à reforma universitária. A ânsia por democracia, se releva na moção de que “todas as medidas relativas à formação de professores sejam precedidas de amplas discussões ‘entre o Governo, a comunidade científica e a própria classe que se dedica ao ensino, e “não decididas sem consulta para depois ser anuladas”, como é o caso da licenciatura em Estudos Sociais, cuja inadequação “foi reconhecida pelo próprio Conselho Federal da Educação. (O Globo. “SBPC quer acompanhar plano atômico”, 13/07/1976).

¹¹⁰ Gastão Wagner, então estudante de medicina da UnB, lembra que “no SBPC em Brasília (76), outro evento histórico, eu era estudante (...) haviam fechado todas as instituições e eu era coordenador do colegiado, não tinha centro acadêmico, DCE. A gente fundou uns colegiados e tal (...) e o Sérgio participou muito daquela SBPC, que foi na vontade e na marra, o governo tinha proibido, tinha censurado, foi todo um ato de resistência... e lá em Brasília, então eu vi também uma palestra do Sérgio Arouca, conversei, vi as articulações pra fundar a revista “Saúde em Debate”, o CEBES e tal.” (UNIRIO, 2005a, p. 81)

¹¹¹ A importância da participação das reuniões da SBPC, *locus* privilegiado de discussão, era reconhecida pelo grupo, como se depreende de trecho de matéria publicada no segundo número da Revista Saúde em Debate.

¹¹² De fato, na 29ª Reunião Anual da SBPC, em 1977, o Cebes organizou o simpósio Realidade de Saúde no Brasil e fez circular a “Moção contra a privatização” (Moção, 1977: 5). O trecho reproduzido era

a SBPC era o grande espaço de debate político e que para trabalhar nela a gente precisava de uma entidade. Para trabalhar esse novo momento político que estava começando para a sociedade brasileira, era fundamental ter uma instituição que começasse de uma forma ampliada um debate das questões políticas da área da saúde. (...) Já na assembléia final da SBPC começamos a colocar a questão da política da saúde. É a partir disso que, principalmente, o grupo de São Paulo faz a proposta da criação do CEBES. (1986 *apud* Escorel)

Daniela Sophia situa a criação do Cebes num contexto mais amplo, havido naquele período, de surgimento de movimentos acadêmicos empenhados em criar espaços de discussão e produção científica, apartidária e plural. De acordo com a autora, “*esses espaços passaram a atrair pesquisadores e docentes que se dedicaram a debater novas formas de intervenção na sociedade em direção à conquista das liberdades democráticas*” (2012, p. 14).

No caso do Cebes, embora a maioria dos fundadores e primeiros integrantes fossem ligados ao PCB, o entendimento dominante entre os pesquisadores do tema é de que o centro manteve certa independência das orientações do partido, constituindo um espaço suprapartidário¹¹³. Apesar disso, a influência comunista é perceptível na formação e condução da entidade. De acordo com Rosas (1986), a ideia de criar o Cebes seguia, à distância, o modelo do Instituto Gramsci.

Este era muito mais ampliado na abrangência do campo de estudos e um centro de estudos verdadeiramente partidário, no caso do PCI. O CEBES seria no âmbito da saúde o centro de estudos que, sob a hegemonia do PCB, mas aberto a todas as correntes de esquerda, seria capaz de construir uma proposta alternativa de política de saúde (*apud* Escorel, 1999, p. 84).

Nessa perspectiva, é comum que os envolvidos no Cebes se considerem “*intelectuais orgânicos*” do Movimento da Reforma Sanitária que começa a tomar corpo nesse momento. José Gomes Temporão, por exemplo, entende o Centro como

uma espécie de conjunto de intelectuais orgânicos, digamos assim, na perspectiva gramsciana. [...] uma espécie de desaguadouro de síntese do que vinha dos movimentos sociais urbanos, das associações de moradores, da igreja, do sindicalismo, da academia, dos departamentos de medicina preventiva que estavam pensando criticamente a coisa da saúde (*apud* Brasil, 2006, p. 58)

fragmento da “Carta dos Profissionais de Saúde à População Brasileira” da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), divulgada no Dia Nacional de Saúde e Democracia, organizado na Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP). Nessa data, 22 entidades se propuseram a lançar um amplo movimento em prol da saúde pública (Carta dos Profissionais de Saúde, 1977: 8).

¹¹³ Nesse sentido Escorel (1999), Paim (2008), Rodrigues Neto (2003) e Faleiros (2006).

No CEBES, confluíram os principais atores que discutiam as questões de saúde sobre novas bases sociais e políticas, constituindo um importante espaço de intercâmbio, ação e realização de conexões. Os integrantes dos Programas tratados nos itens anteriores – os acadêmicos e estudantes dos Departamentos de Medicina Previdenciária e Social; os integrantes do Projeto Montes Claros, PESES, PPRESPS; os novos sanitaristas do Estado de São Paulo, assim como aqueles que se incorporavam à rede de contatos que se formava à medida que essas iniciativas se espalhavam pelo país, foram os primeiros associados do Centro. Ali, intelectuais ligados a diferentes instituições de ensino e pesquisa poderiam trabalhar juntos em projetos comuns.

Diversos autores (Escorel, 1999; Paim, 2008) identificam na fundação do CEBES o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária, como um movimento orgânico e organizado.

O termo “Reforma Sanitária” é inspirado no movimento que ocorria àquela época na Itália, sob a condução do Partido Comunista Italiano (PCI), que tinha como um dos expoentes Giovanni Berlinguer – renomado professor de medicina do trabalho na Universidade de Roma e de medicina social na Universidade de Sassari, deputado e irmão do então Secretário-Geral do PCI –, cujas principais obras foram traduzidas e lançadas pelo Cebes¹¹⁴.

A influência do movimento italiano se faz sentir a partir do terceiro número da Revista Saúde em Debate, em cujo editorial são destacados os princípios básicos do Cebes: “*democratização do setor saúde e Reforma Sanitária*”¹¹⁵.

O número trazia os marcos que deveriam ser alcançados pela reforma: a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Como principal obstáculo para esta “*Reforma Sanitária, de cunho democrático*” era apontada a exploração das atividades ligadas à saúde com fins lucrativos, a chamada

¹¹⁴ Na apresentação da Edição Brasileira do livro “Medicina e Política”, David Capistrano e José Ruben afirmam que conheceram a obra em 1976, “*e desde então a difundimos entre os integrantes do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*”. Escorel lembra que, no final de 1978, em um gesto de ousadia política e financeira – já que a entidade tinha graves problemas de caixa – o CEBES realizou o lançamento dessa obra com a presença do autor. Berlinguer participou durante uma semana de lançamentos e conferências no Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. Para a autora, “*a vinda do Professor Berlinguer – deputado do Partido Comunista Italiano (PCI), irmão do então Secretário-Geral do PCI – representou, acima de tudo, uma ousadia política. Pela primeira vez durante a ditadura, um parlamentar comunista entrou no País e falou livremente, sem qualquer problema com a polícia política*” (1999, p. 84).

¹¹⁵ Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 3, p. 53, abr./maio/jun.1977.

“mercantilização da medicina”, que assumia as seguintes formas: i) prestação direta de serviços de saúde por empresas e cooperativas; ii) atividades prejudiciais de indústria farmacêutica e de produtos alimentícios; iii) distorções nas finalidades dos serviços de Medicina do Trabalho; iv) pressões condicionadoras das práticas de saúde pela indústria e comércio de equipamentos hospitalares e de insumos médicos.

Já nos primeiros números da revista *Saúde em Debate*, o Cebes firmou sua posição no cenário político do setor e deixou claro quem era o seu antagonista: criticou interesses empresariais – representado pela Federação Brasileira de Hospitais e Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) – e a posição retrógrada de entidades corporativas médicas como a AMB. Assumiu-se uma postura ideológica nova: “*a do assalariado que luta para que a saúde seja um direito de cada um e de todos os brasileiros*” (Escorel, 1999, p. 79).

Em um primeiro momento, o Cebes estruturou-se em torno da publicação da revista *Saúde em Debate*¹¹⁶, cuja primeira edição foi publicada em novembro de 1976. De acordo com Arouca, “*o Cebes aparece inicialmente como uma forma de permitir que a revista fosse lançada. Para fazer e divulgar uma revista que pudesse ser o veículo de todo esse pensamento crítico na área de saúde, era necessário que a instituição a viabilizasse*” (apud Escorel, 1999, p. 77).

Anamaria Tambellini explica que

nós já estávamos renunciando a possibilidade de movimentação. E nós, na verdade, não tínhamos um veículo de comunicação do pessoal da saúde coletiva nem do pessoal da área médica também, os profissionais da saúde como se chama hoje, porque, na verdade, as associações de Saúde Pública não nos aceitavam, lembra disso? Só existiam a Associação Paulista de Saúde Pública e a Sociedade Brasileira de Higiene. Que não nos aceitaram. Rasgou nossas inscrições. Então, nós nos vimos na contingência de formular uma saída. Nós precisamos de um órgão de expressão. E o CEBES não foi pensado com um órgão acadêmico, mas um órgão para difusão das idéias de mudança no sistema de saúde, no pensamento médico, na saúde pública, tudo isso... Então, precisava-se de um veículo para nos comunicarmos, porque naquela época já estava claro que alguma coisa estava mudando e nós precisávamos de uma inserção que nos possibilitasse falar pra fora. (UNIRIO, 2005a, p. 42)

Essa intenção, de constituir um órgão difusor do pensamento do movimento da Reforma Sanitária, foi apresentada no editorial do primeiro número da revista, que tinha

¹¹⁶ Analisando a proposta editorial da publicação, Sophia explicita que “A proposta editorial de *Saúde em Debate* pode ser entendida – pelo menos em parte, à luz da atuação do PCB naquele período, centrado que estava na conquista progressiva da democracia por meio de reformas, aproveitando-se das brechas oferecidas pelo regime militar” (2012, p. 59)

como objetivo central “*promover o debate mais amplo possível sobre as condições de saúde de nosso povo e os meios para melhorá-la*”:

A análise do setor saúde como componente do processo histórico-social vem sendo feita de forma frequente por estudiosos, que nem sempre encontram os veículos de divulgação mais apropriados. Saúde em Debate pretende ampliar e levar adiante tais discussões, no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre saúde e a estrutura social¹¹⁷

Assim, o Cebes publicava a revista, editava e traduzia livros, promovia encontros, mesas-redondas, debates e reuniões, como parte da estratégia de divulgação e ocupação dos espaços aglutinadores dos profissionais de saúde¹¹⁸. A partir da constituição de núcleos estaduais, obteve grande capilaridade e alcance no território nacional. Arouca (1986) define o Cebes como

um centro de estudos que organiza debates sobre planejamento familiar, Previdência Social, medicamentos. Começa a transformar figuras do pensamento crítico na área da saúde – como Gentile de Mello e Mário Vítor de Assis Pacheco – em nacionais a partir da divulgação desse trabalho. E, começa efetivamente a se transformar num centro de estudos (*apud* Escorel, 1999).

Por meio do Cebes, os novos sanitaristas resgataram as ideias dos sanitaristas desenvolvimentistas da década de 1960, evidenciando a importância das diretrizes resultantes da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano anterior ao golpe militar, retirando-os do ostracismo intelectual a que a ditadura os relegou. O primeiro número da revista, publicada em 1977, foi dedicada ao Professor Samuel Pessoa, falecido no fim de 1976. Era de Samuel Pessoa, também, o segundo livro publicado pelo Cebes. O primeiro livro publicado foi o de Carlos Gentile de Mello, sanitarista que, embora não tenha participado da condução da 3ª Conferência Nacional de Saúde, era um grande defensor das ideias dos sanitaristas desenvolvimentistas, e o mais feroz crítico do sistema de pagamento usado pela previdência para remunerar as empresas privadas prestadoras dos serviços de assistência a saúde dos segurados. Entrevistas com Wilson Fadul, último

¹¹⁷ Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 1, p. 3, out./nov./dez. 1976.

¹¹⁸ Recém-fundado, o Cebes se fez representar pelos seus integrantes em vários eventos de caráter universitário nos quais era debatido o novo projeto da saúde. Avalia que a participação do Cebes nesses eventos indica que os militantes aproveitavam os eventos tradicionais da área da saúde para promover encontros de seus membros e divulgar a sua proposta. Os encontros dos militantes nesses fóruns, além de resolver a questão dos recursos e contar com um público cativo, respondiam também às razões de segurança e proteção dos seus participantes contra o aparelho de repressão do regime militar que, apesar de certo clima de distensão, continuava ativo, rastreando e reprimindo as atividades tidas como subversivas (DOWBOR, 2012, p. 95).

Ministro da Saúde de João Goulart foi capa da edição de nº 7/8, publicada em junho de 1978.

A relação com as figuras históricas dessa corrente do pensamento sanitário, e o esforço para manter viva a sua memória, foi perceptível em diversos momentos importantes da atuação do Movimento Sanitário. Mário Magalhães foi convidado a palestrar no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, promovido pelo Cebes. Wilson Fadul foi um dos apresentadores da Mesa Redonda “Constituinte e Saúde” na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa Conferência, por iniciativa de Sérgio Arouca, o Ministro Roberto Santana agraciou à Samuel Pessoa – em homenagem póstuma; Mário Lins e Silva e Mário Magalhães as insígnias da Ordem do Mérito Médico, conferidas por Decreto de João Goulart, cassadas pela ditadura militar.

Embora se posicionasse claramente pela redemocratização do país, desde a sua fundação, o Cebes manteve interlocução pública com ocupantes de altos cargos da administração ligada à saúde, que já apoiava o grupo em suas relações pessoais e profissionais. No lançamento da Revista Saúde em Debate, em Brasília, foi promovida uma mesa-redonda intitulada “Saúde no Brasil e previdência social”. Os conferencistas foram a socióloga da Universidade de Brasília Leda Del Caro Paiva, o então secretário do Ministério da Saúde José Carlos Seixas e o coordenador de programas de saúde da Secretaria-Geral do Planejamento da Presidência da República Eduardo de Melo Kertész¹¹⁹.

A velada relação entre o movimento e os ocupantes de cargos nas estruturas administrativas, transparece no editorial do número nº 5 da Revista Saúde em Debate, publicada em 1977, sobre a realização do XIX Congresso Brasileiro de Higiene. Ali, em um discurso simplificado, próprio da época, esses funcionários públicos “bons”, seriam meros executores das ordens emanadas pelos tecnoburocratas “maus”, que concentrariam as decisões, mantendo alheia a população, como se vê:

Ressalte-se que o consenso em torno das raízes econômicas, sociais e políticas da nossa situação sanitária foi obtido apesar da maioria dos participantes do Congresso ser formada por funcionários de organismos públicos, muitos executantes das políticas condenadas e sujeitos a diferentes formas de pressão de seus superiores.

Seria demais exigir dos sanitaristas brasileiros, que há sete anos não se reuniam, resultados mais detalhados e concretos do XIX Congresso. Mas não podemos deixar de augurar, para o XX Congresso Brasileiro de Higiene, condições para que se brote, da discussão livre, da crítica severa, um projeto de Reforma Sanitária capaz de mobilizar não apenas os sanitaristas e os

¹¹⁹ Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 1, p. 3, out./nov./dez. 1976.

profissionais de saúde, mas os milhões de brasileiros que, afinal, não podem ser concebidos como “alvo” mudo e quieto do debate dos técnicos¹²⁰

É interessante perceber que até a publicação do 9º número, o que ocorreu em março de 1980, a Revista Saúde em Debate não trazia qualquer informação sobre o seu conselho editorial e a composição do Cebes. A assunção da responsabilidade pela autoria da publicação coincide com a edição da Lei de Anistia. O 10º volume da publicação foi o primeiro a trazer os nomes da diretoria do Cebes, que já estava em sua terceira composição. Participavam da direção do Centro nessa época, Eleutério Rodrigues Neto, como Presidente; José Gomes Temporão, como 1º vice; Paulo Amarante, 2º vice; Eliana Labra, 1º Secretário; e Jaime Araújo Oliveira, como 2º Secretário.

De acordo com Sarah Escorel, embora a unificação do sistema de saúde continuasse a orientar o movimento, o termo “Reforma Sanitária” permaneceu por um curto período como palavra de ordem do Cebes, sendo logo abandonada e só retomada após 1985.

Enquanto isso, a redemocratização passou a ser o objetivo prioritário: “*da democracia tudo dependia*”. Nos anos que se seguiram à sua fundação, o Cebes passou a concentrar-se “*na luta que era a luta fundamental: a luta pela derrubada da ditadura. Então, Saúde e Democracia passa a ser o grande lema do CEBES por um longo período*” (Arouca, 1986 *apud* Escorel, 1999). Com essa proposta, a entidade aderiu e participou ativamente dos demais movimentos sociais da época, tais como o movimento contra a carestia, as campanhas pela anistia¹²¹ e pelas eleições diretas (Escorel, 1999, p. 81).

Seguindo o pensamento de Giovanni Berlinguer, que defendia a relação entre saúde e democracia, para quem “*ditadura e insalubridade caminham sempre juntas*”¹²², o Editorial do 3º número da revista explicava a importância da redemocratização para o Movimento Sanitário:

A extensão do acesso aos serviços de saúde e a participação da população nos níveis decisórios são, como a história nos ensina, conquistas inseparáveis da vigência dos direitos democráticos de reunião, associação, liberdade de pensamento e expressão. A ausência destes direitos, por outro lado, implica a

¹²⁰ Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 5, p. 3, out./nov./dez. 1977.

¹²¹ Cristiano Paixão explica que, embora o significado da palavra “anistia” seja esquecer e perdoar, no Brasil, o movimento da anistia dos fins dos anos 1970 – originado de uma demanda da sociedade – tem por objetivo o retorno dos exilados e o retorno da democracia (*in* O Direito no Regime Militar com Cristiano Paixão (Parte 2). Instituto Brasileiro de História do Direito. Youtube)

¹²² Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 9, p. 43, jan./fev./mar. 1980.

deteriorização do nível de vida do nosso povo, como reflexos diretos em suas condições sanitárias¹²³

Funcionando como um “movimento de opinião”, em torno do qual os profissionais de saúde, independente da origem acadêmica e vinculação institucional, uniram forças e esforços, se aglutinaram e construíram propostas e projetos, o Cebes inspirou e impactou profundamente o setor saúde no período da transição. A partir de suas discussões sobre a condição do médico como empregado, iniciou-se a mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação da Residência Médica – que incluiu a realização de greves a partir de 1978¹²⁴ – expandindo-se posteriormente para o que ficou conhecido como Movimento de Renovação Médica (REME). Esse movimento, após assumir o controle de diversas seções do Sindicato dos Médicos, passou a disputar os Conselhos Regionais de Medicina. De acordo com Rosas, o Cebes atendia duas grandes necessidades da esquerda da saúde, a criação de um local de discussão e a necessidade de um lugar para reunião das oposições sindicais:

de um lado, a criação de um local de discussão onde pudesse ser apresentada sua proposta política. Um espaço que não fosse o institucional nem o acadêmico (...) mas que permitisse a formulação de um projeto alternativo. (...) era um momento em que explodiam os cursos de saúde pública, surgiam vários programas, aumentava numericamente a massa de sanitaristas que sentia a necessidade desse tipo de espaço. Por outro lado, existia a necessidade de um local para reunião das oposições sindicais. As oposições sindicais do Rio e São Paulo surgiram praticamente dentro do CEBES (1986 apud Escorel, 1999, p. 82-83).

Em seus anos iniciais, o Conselho Editorial do Cebes já identificava duas concepções, não excludentes, da atuação da entidade, que polarizavam os interesses de seus associados. A primeira pensava o Cebes como um aglutinador das tendências renovadoras do setor saúde, em nível profissional, com o objetivo de coordenar esforços para desenvolver políticas de saúde mais adequadas à realidade brasileira. A segunda, “*sem subestimar o trabalho realizado nas entidades profissionais de saúde*”, deseja desenvolver atividades voltadas diretamente à comunidade, através de suas várias organizações (entidades estudantis, sindicatos, Sociedades Amigos de Bairro,

¹²³ Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 3, p. 3, abr./maio/jun. 1977.

¹²⁴ De acordo com Sarah Escorel “Em abril [de 1978], a greve dos residentes de São Paulo atingiu 13 hospitais, num total de 1632 profissionais. Em junho, entraram em greve os médicos dos Hospitais das Clínicas e do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. No Rio de Janeiro, todos os residentes dos hospitais estaduais e municipais entraram em greve no mês de julho. Os residentes do Hospital do Servidor Público de São Paulo paralisaram suas atividades entre 30 de agosto e 6 de outubro daquele ano” (1999, p. 96).

Comunidades Eclesiais de Base). Nessa atividade, o Cebes participou de diversos outros movimentos populares no período da transição, como o Movimento pelo Custo de Vida.

A tensão entre essas duas concepções acentuou-se com o passar do tempo. O sucesso do intento de renovação das entidades dos profissionais de saúde acarretou o afastamento de vários membros do Cebes, que passaram a se dedicar às causas corporativas e sindicais. Muitos movimentos sindicais e temáticos, como o Movimento de Renovação Médica e o da saúde da mulher, fortaleceram-se no centro e depois se tornaram independentes ou criaram sua própria plataforma de atuação. Escorel identifica que houve, nesse momento, “*uma crise de projeto*”, resultante da “*discussão se cabia ou não a existência de um núcleo na luta cultural*”¹²⁵. Arouca aponta que essa crise mostrou que o CEBES deveria

(...) ter um certo afastamento do movimento corporativo e procurar ancorar o seu projeto político, no que começa a aparecer como uma força muito grande, a questão da sociedade civil. Começar uma ligação com o trabalho político mais geral e colocar o conhecimento que ele detinha para as associações populares (1986 apud Escorel, 1999, p. 83)

Um dos grupos que se destacou a partir do Cebes tinha o intuito de traçar estratégias e formar alianças políticas que conduziriam a atuação do movimento. As primeiras articulações políticas organizadas, propriamente ditas, do grupo deram-se através de reuniões clandestinas, que receberam o nome de “Projeto Andrômeda”. As reuniões aconteciam em hotéis e saguões de aeroporto, e aglutinava membros do movimento que tinham relevantes posições institucionais. Sérgio Arouca, Nelson Rodrigues dos Santos, Hésio Cordeiro, Carlos Gentile de Mello e Carlyle Guerra de Macedo, são alguns nomes citados nos depoimentos que mencionam a iniciativa.

Embora não tenha tido nenhum resultado prático a curto prazo, esses encontros formaram e fortaleceram conexões entre diversas vertentes do movimento. Márcio José de Almeida, um dos primeiros secretários municipais de saúde ligados ao movimento, recorda-se que

Existia uma articulação, em 1975, por aí. Isto não está registrado em canto nenhum, Reuniam-o-nos em hotéis, geralmente. O nome Andromeda não sei bem de onde veio. Era uma articulação meio clandestina, mas não tinha só pessoas do PCB. Eu participava como Secretário Municipal de Saúde. Estavam sempre lá o (Sérgio) Arouca, Nelsão (Nelson Rodrigues dos Santos), Hésio

¹²⁵ Abrigando diversas vertentes do setor saúde, o Cebes não era homogêneo. No decorrer dos anos, houve diversas fases, crises e divergências sobre a natureza a condução dos trabalhos do centro e as estratégias adotadas pelo movimento. Não sendo esse o objeto do presente trabalho, recomenda-se a leitura de pesquisas que trataram do tema como Escorel (1999) e Rodrigues Neto (2003)

(Cordeiro), Gentile (Carlos Gentile de Mello) e outras pessoas. Carlyle (Guerra de Macedo) da OPAS foi algumas vezes. A preocupação era discutir e articular atuações, via Arouca e Nelsão, entre Tomasini (Niterói), Sebastião (Campinas) e eu, para organizarmos uma reunião de secretários municipais de saúde. (*apud* Goulart, 1996, p. 16).

Carlyle Guerra de Macedo considera que essas reuniões teriam sido precursoras do Movimento Sanitário.

Andrômeda era um movimento, vamos dizer, precursor do movimento sanitário. Precursor no sentido de que ele previa essas coisas, defendia essas teses que o movimento sanitário, depois pôde levantar, as bandeiras que pôde levantar, mas não tinha liberdade de atuar publicamente. Então nós discutíamos isso de noite, escondidos, nas casas dos amigos, publicávamos, e criamos o chamado projeto Andrômeda. Um pouco secretariado pelo pessoal do PPREPS. Aí nós tínhamos um bocado de gente: Hésio [Cordeiro], [Sergio] Arouca, muita gente, Nelsão [Nelson Rodrigues dos Santos], que estavam envolvidos nessa coisa da Andrômeda, nessa conspiração, que felizmente não deu nenhuma.... ninguém foi pra cadeia, nem foi negócio, não ameaçava ninguém (2005).

Essas reuniões, que mobilizavam pessoas de todo o país, serviriam para “conspirar”, pensar e alinhar estratégias de ação voltadas à alteração do sistema de saúde da época, bem como para articular ações para ocupar espaços na estrutura do Estado à medida em que esses espaços se apresentassem, bem como para fabricar espaços de discussão e atuação na sociedade civil. A descrição que Carlyle Guerra de Macedo faz do “Projeto Andrômeda” nos lembra a atuação clandestina do grupo da Unicamp para disfarçar as discussões políticas que não poderiam ser realizadas publicamente naquela época:

Era nacional, tinha gente de todos os estados, que a gente não tinha ... como fazer a coisa, mas tinha de muitas, de muitas partes, nós tínhamos muita gente, muitas dezenas de pessoas trabalhando no Andrômeda, conspirando, pensando, fazendo a coisa, e quando tinha uma oportunidade, a estratégia era essa: conspirar, discutir, e quando tiver uma oportunidade, essa ideia que foi discutida aqui na sombra, “pom”, empurre.

O PPREPS é um misto, ele foi beneficiado por essas ideias, mas ele surgiu às claras, quer dizer, não era...

O Andrômeda foi precursor na sombra do que veio a ser o movimento sanitário, e que depois deu origem ao SUS. Eu quero crer que esse grupo de gente que participou das discussões do Andrômeda, que não eram muito frequentes, mas que tocavam o negócio, teve muita influência nisso. Eu, não, por exemplo, terminei indo embora, mas eles ficaram aqui e continuaram com isso. Foi do Andrômeda que nós criamos, por exemplo, a ABRASCO [Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva], a ideia surgiu, primeiro, era uma maneira de fazer uma coisa visível do que estava sendo discutido na sombra. Criemos uma associação nacional que possa servir de coisa desse negócio, surgiu um pouco por aí (2005).

Alguns entendem que o “Projeto Andrômeda” não passou de uma série de reuniões de cúpula do movimento com participação restrita a pessoas com penetração institucional, ainda raras naquela ocasião. “*As bases do movimento sanitário seriam os núcleos do Cebes; seus intelectuais seriam Carlos Gentile de Mello, Cecília Donnangelo, Sergio Arouca, Carlylle Guerra de Macedo, Eduardo Kertesz e Mário Magalhães; sua cúpula, o Projeto Andrômeda*” (Nogueira, 1986 apud Escorel, 1999, p. 84).

Uma das estratégias traçadas nessas reuniões foi a criação de uma nova instituição, que abrigasse a área acadêmica ligada ao Movimento Sanitário, e que representasse os programas de pós-graduação que derivavam dos Departamentos de Medicina Preventiva.

Nesse contexto, com a necessidade de “*colocar em relevo a sua singularidade*”, membros do Cebes que tinham atuavam nas universidades fundaram a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública (Abrasco).

Durante a 1ª Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal em Nível Superior na Área da Saúde Pública realizada na sede da OPAS, ocorrida no fim de setembro de 1979, cinquenta e três sanitaristas assinaram a ata de fundação da associação científica que declaradamente expressava sua intenção de “*atuar na interseção entre o campo político em processo de transformação; as reflexões e novas concepções sobre a saúde pública; e a formação e especialização profissional na saúde*”.

Reunindo personagens de diferentes matizes, filiações ideológicas e inserções institucionais tanto na vida acadêmica nacional quanto na estrutura da administração pública brasileira, a sua primeira diretoria foi composta por Frederico Simões Barbosa, Guilherme Rodrigues da Silva e Ernani Braga Assim, iniciara-se um empreendimento institucional que alteraria as bases da saúde pública nacional e desempenharia papel protagonista no apoio e na construção de um renovado sistema de saúde (Coimbra Jr., 1997 apud Paiva, 2015).

Diferentemente do Cebes, que era uma instituição financiada tão-somente pelo pagamento da assinatura da revista Saúde em Debate, a Abrasco receberia verbas de organizações internacionais interessadas na modernização do ensino médico, como a fundação Kellogg, e de outros órgãos de financiadores e de fomento à pós-graduação.

É importante notar que o Cebes e a Abrasco apoiavam-se mutuamente. A maioria dos membros da Abrasco continuaria a ser membros do Cebes. As duas instituições desempenhariam importantes papéis na organização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, na formalização da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na Assembleia Nacional Constituinte.

3. O FORTALECIMENTO: AS CONEXÕES POLÍTICAS

Ao ingressar nas estruturas administrativas e aproximar-se das instâncias formuladoras das políticas públicas, as conexões políticas do grupo se intensificaram.

Aproveitando a conjuntura da transição, alianças estratégicas seriam firmadas, o que possibilitaria o acesso de quadros do movimento ao entorno da campanha de Tancredo Neves à eleição indireta para Presidente da República.

Com a vitória da Aliança Democrática, o Movimento Sanitário mobilizou toda a sua base construída por meio do Cebes e dos projetos desenvolvidos por todo o país, para pôr em prática os planos de ocupação de novos espaços, dessa vez na alta administração do governo Sarney. Foi a ocupação desses cargos junto às mais altas autoridades da área da saúde no início da gestão de Sarney viria a possibilitar a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A atuação do Cebes como órgão de assessoramento político, uma das mais importantes estratégias do grupo, que pavimentaria o seu caminho à Assembleia Nacional Constituinte, já era prenunciada no segundo número da Revista Saúde em Debate:

Afora a revista, o Centro tem o dever de participar ativamente da vida, das promoções, de entidades que congreguem profissionais de saúde. Deve igualmente prestar assessoria a organismos diversos, em atividades relacionadas à saúde. Aí incluímos sindicatos, associações de bairro, órgãos de imprensa, entidades estudantis, os diversos níveis do Poder Legislativo, escolas, etc.

A articulação política de alguns de seus membros possibilitou que o Cebes prestasse assessoramento em matéria de saúde para integrantes do legislativo e candidatos da oposição que disputavam as poucas eleições que ainda eram diretas. Além disso, houve significativo empenho militante do grupo nas campanhas eleitorais de parlamentares, federais e estaduais, e de prefeitos e vereadores comprometidos com o movimento, que passaram a ter a questão da saúde em suas plataformas eleitorais. Os membros do movimento que permaneceram no PCB e os que aderiram ao PMDB engajaram-se fortemente na campanha da chapa da Aliança Democrática – que tinha como candidato à presidente da República Tancredo Neves e como vice José Sarney – na eleição, ainda indireta, que devolveria o poder aos civis após vinte anos de regime militar.

Assim como a ocupação de espaços na Administração Pública, essa estratégia não era consenso entre o grupo, e foi alvo de muitas críticas¹²⁶. Entre seus defensores, destacam-se Sérgio Arouca, Eleutério Rodrigues Neto e Hésio Cordeiro, que, não coincidentemente, vêm a ser os mesmos que ocupariam destacadas posições de comando dentro do Estado no governo Sarney.

Justificando a aproximação do grupo com o parlamento, Arouca explica que

A questão da democratização da saúde passa pela política, a política passa por uma luta parlamentar, o CEBES detém o conhecimento técnico na área da saúde, então, ele pode se transformar num elemento de assessoria nas instituições da sociedade civil que estão levando a luta pela democratização. (...) A mudança que o CEBES faz é que além da linha ideológica, de divulgação, ele passa a fornecer a base técnica na área de saúde para os movimentos sociais da sociedade civil brasileira (1986 *apud* Escorel, 1999, p. 85).

Já Rodrigues Neto defende que, se todas as outras formas de atuação do Cebes foram produtivas, em termos de avanços do movimento, “*parece não haver dúvida que a escolha do parlamento como canal para se fazer avançar o processo de democratização da saúde encontrou aí um espaço privilegiado para exploração*” (1997, p. 64).

¹²⁶ As concepções e estratégias do grupo eram influenciadas pelas diferentes correntes ideológicas de esquerda a que se filiavam seus membros, o que gerava dissensos, tensões e disputas. Gastão Wagner (2005) narra um episódio pitoresco desse conflito: “*Em certo congresso organizado pela Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo, montou-se uma mesa para analisar as mudanças no país: caminhava-se para a democracia e o fim da ditadura militar e houvera algum avanço nas políticas de saúde. David Capistrano, dirigente comunista da linha reformista, interpretava essas mudanças como sendo um resultado da pressão exercida pelos movimentos sociais, um fenômeno explicado pela política. Eduardo Jorge, sanitarista que trabalhava na zona leste da cidade de São Paulo, onde liderava um poderoso movimento popular ligado à saúde, e que se apoiava na tradição da medicina comunitária e no marxismo de viés estrutural, pontificava em outra direção. Para ele, as mudanças eram resultantes de uma adaptação a que os governantes foram obrigados em função de determinantes econômicos: a ditadura começara a atrapalhar o crescimento da economia e a ampliação do acesso a ações de saúde se deveria à necessidade de mão obra saudável para a indústria e serviços. Uma interpretação que privilegiava os determinantes macroestruturais econômicos e o papel de controle social do Estado e dos Governos. Fazia frio e chovia na ocasião. Apesar do clima ameno, esquentaram os ânimos entre os debatedores, estimulados que estavam pelo público que também se dividira; primeiro, iniciaram com uma troca de insultos verbais para, logo em seguida, passar a um empurra-empurra que terminou em um duelo de espadachins que usavam seus guarda-chuvas como se fossem espadas. Depois se acalmaram e o encontro prosseguiu. Não me lembro de nenhuma intervenção ponderando que talvez os dois tivessem razão e que se tratasse de um fenômeno complexo, e que poderia ser explicado em função da agregação e da ação simultânea de uma série de fatores, a saber: determinantes econômicos, ação do Estado de cima para baixo e pressão de movimentos sociais em sentido contrário. Não, funcionávamos como torcidas de futebol, já escolhêramos um lado antes de os argumentos serem apresentados*”. Logo na sequência, o autor tem a preocupação de deixar claro que a práxis dos sanitaristas se guiava pela racionalidade: “*apesar de todo esse verniz erudito, estava muito presente, no ambiente cultural sanitário paulista dessa época, a programação em saúde, tida como uma maneira racional e eficaz para se organizar as ações em saúde pública. Além disso, era esse o saber oficial e que orientava o trabalho dos sanitaristas na Secretaria de Estado da Saúde. Por meio dele, nos informávamos sobre novidades em vacinas, controle de doenças infecciosas e métodos para vigilância sanitária e epidemiológica*”

A conclusão do autor-ator decorre do fato de que o *“parlamento sempre foi um espaço de contradições, mesmo nos momentos duros da ditadura em que permaneceu aberto”* (op. cit, p. 64) Por suas características constitucionais, as casas legislativas ofereciam oportunidade ao debate democrático, ainda pouco franqueado em outros espaços institucionais e mesmo públicos, assim como na imprensa.

De fato, uma das características do regime inaugurado em 1964 foi a constante tentativa de revestir de legalidade e juridicidade as medidas de exceção adotadas. Mesmo tratando-se de um governo autoritário, mostrava-se fundamental a manutenção de uma estrutura minimamente similar ao Estado de Direito (Paixão, 2014).

No mesmo sentido, Leonardo Barbosa sustenta que a manutenção de estruturas tradicionalmente identificadas com o regime democrático decorreu da necessidade de legitimação da ditadura e de seu projeto político institucional, centrado no fortalecimento do Executivo. O constitucionalismo, no entanto, funcionou como meio de resistência à investida autoritária do regime contra os princípios estruturadores da experiência constitucional, de modo que a manutenção do funcionamento do Judiciário e, com exceção a alguns períodos, do Congresso não representou uma simples *“fachada”* para o regime (2012, p. 346).

Durante a longa transição, os poucos espaços que se mostravam suscetíveis ao debate passaram a ser disputados pelas forças sociais, que tentava utilizar a Constituição não como um *“instrumento de governo”*, mas como instrumento contra o governo.

Com as eleições de 1974, aumentou-se, em alguma medida, a pluralidade ideológica do parlamento, ainda que os parlamentares permanecessem agrupados sob as duas legendas da ARENA e MDB. Segundo alguns autores, essa mudança se deveu à percepção dos partidos de esquerda de que a luta parlamentar era a única que poderia ser empreendida naquela conjuntura repressiva, o que os levou a mudar a tática até então adotada de boicotar as eleições. Além disso, na nova configuração, podiam ser encontrados diversos parlamentares identificados com as propostas do Movimento Sanitário, ainda que não se identificassem com os partidos de esquerda a que estavam filiados a maioria de seus idealizadores. A escolha da questão democrática como elemento central de sua luta permitiu a formação de um amplo arco de alianças: eram da ARENA, especificamente de uma das vertentes do partido na Bahia, alguns dos principais apoios políticos do movimento, como o Deputado Ubaldo Dantas.

Em um primeiro momento, a *“via do parlamento”* não visou ao processo legiferante, isto é, à proposição e aprovação de leis convergentes com a Reforma

Sanitária. Até porque a legislação relativa à saúde era considerada uma questão eminentemente técnica, a ser tratada e decidida “*na sabedoria e ponderação reinantes nos gabinetes dos senhores coordenadores*”¹²⁷.

E nem mesmo entre os técnicos, havia uma discussão ampla. Isso fundamentava a crítica do grupo contra a “tecnoburocracia” que, em sua visão, estaria comprometida com os interesses das indústrias e empresários de saúde, possibilitando sua atuação nos chamados “anéis burocráticos”.

A principal lei a tratar dos sistemas de saúde no período, Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, é um exemplo disso.

Diante da necessidade de organizar a área de saúde¹²⁸, em fevereiro de 1975, foi convocada a 5ª Conferência Nacional de Saúde¹²⁹ em que seriam colhidos insumos e discutidas propostas que possibilitariam a elaboração da lei que instituiria um Sistema Nacional de Saúde.

Stralen (1995) reporta que a proposta da criação do “Sistema Nacional de Saúde”, foi elaborada por um grupo técnico do MPAS e seria discutida na referida conferência, realizada em agosto de 1975. A proposta instituiu um Sistema Nacional de Saúde composto de três subsistemas: Saneamento e Controle do Meio Ambiental, Atividades de Apoio ao Sistema Nacional de Saúde e Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas. Este último seria coordenado pela MPAS. Apesar de não prever a unificação, a proposta enfatizava a coordenação, integração e regionalização e hierarquização dos serviços, como também o fortalecimento do “subsistema público”. Incorporava ideias da medicina simplificada e da proposta de estender a atenção primária. A medicina privada era considerada complementar ou integrante do subsistema público na forma de concessionária. A proposta rompia, também, com a concepção própria até então à Previdência Social, de proteção social na base contratual, apontando a necessidade de “*assegurar a todo cidadão, acesso aos benefícios da moderna medicina científica*” (MPAS, 1975, p. 75-79 apud Van Stralen, 1995, p. 169).

¹²⁷ Fala do Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado no encerramento da 5ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1975, p. 321).

¹²⁸ No discurso de abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde, proferido pelo Presidente Geisel, foram apresentados os motivos para a elaboração da Lei, nos seguintes termos: “*Nos últimos decênios, caracterizou-se a insuficiência de coordenação e de entrosamento entre entidades e agentes de saúde como causa responsável, em parte, pela baixa produtividade global do Setor. O reconhecimento dessa falha orientou o Governo no sentido de fixar, prioritariamente, uma nítida definição do quadro institucional vigente. Para tanto, foi encaminhado ao Congresso Nacional projeto hoje já transformado na Lei nº 6.229, de 17 de julho último*” (Brasil, 1975, p. 21)

¹²⁹ A convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde se deu pelo Decreto nº 75.409, de 25 de fevereiro de 1975.

Sarah Escorel dá mais informações sobre esse documento, cuja autoria foi atribuída a Murilo Villela Bastos, quadro técnico da Previdência – próximo de Hésio Cordeiro – que defendia, em posição minoritária, a maior participação do setor público na prestação da assistência médica previdenciária. De acordo com Escorel (1999), além de apresentar a proposta, o documento apontava a necessidade de uma maior intervenção estatal para coordenar o complexo sistema de atenção à saúde então existente:

Em 1975 diagnosticou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS) partindo do interior da Previdência Social, em um documento assinado por Murilo Villela Bastos: “[o sistema] *tem como objetivo produzir serviços pagos, satisfazer a clientela e gerar lucros financeiros, suas atribuições são indefinidas, descoordenadas e conflitantes, seu controle é aleatório e episódico, sua avaliação está baseada na produção de atos remunerados e seus gastos são dispersos, mal conhecidos e sua clientela é mal identificada*” (Bastos apud Escorel, 1999)

A proposta não teria obtido aprovação devido à resistência dos interesses entranhados no INPS, especialmente os dos prestadores privados, atores-chaves no processo de formulação das políticas de saúde da Previdência Social.

Sem maiores discussões, nem mesmo com os autores da proposta rejeitada, poucos dias antes da Conferência, o governo instituiria através da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, o Sistema Nacional de Saúde, na forma de “*um extrato magro, que acabou por legitimar o status quo ao definir dois grandes campos institucionais: o Ministério da Saúde, responsável pela saúde coletiva e o MPAS, voltado para as ações individualizadas*” (Van Stralen, 1995, p. 169). Em um procedimento comum no período autoritário, a lei foi aprovada no Congresso Nacional em regime de urgência, sem emendas, com voto de liderança, e sancionada sem vetos pelo Presidente da República, o General Ernesto Geisel (Gentile de Mello, 1977, p. 191 *apud* Escorel, 1999, p. 59). Assim, com o processo de redação e aprovação já concluído, ela foi apresentada à V Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1975.

Diante do ocorrido, a Conferência voltou-se – entre outros objetivos – à reunião de “*subsídios valorosos para a gradual regulamentação da Lei nº 6.229 e para a elaboração da Política Nacional de Saúde a ser submetida ao Conselho de Desenvolvimento Social dentro dos próximos 10 meses*”¹³⁰ (Brasil, 1975, p. 26), o que

¹³⁰ No encerramento do evento, o Ministro Paulo de Almeida Machado fala sobre a regulamentação da Lei: “A partir das opiniões colhidas nesta Conferência, o Ministério da Saúde estará melhor informado para a gradual regulamentação da lei que institucionalizou o sistema nacional de saúde e para a elaboração da Política de Saúde a ser submetida ao Conselho de Desenvolvimento Social. A regulamentação deverá ser gradual e prudente, estabelecendo mecanismos de coordenação, avaliação e intercomunicação, sem

não ocorreu. As ambiguidades e incoerências, assim como a intensa assimetria de forças dos entes subnacionais, e mesmo do Ministério da Saúde em relação ao da Previdência e Assistência Social, na prática, resultariam na inviabilidade da operacionalização do texto da lei.

Em face dessas limitações impostas ao processo legislativo, até a instalação da Constituinte, o parlamento, e em especial a Câmara dos Deputados e sua Comissão de Saúde, foi trabalhado pelo Movimento Sanitário apenas como um espaço privilegiado do debate público sobre a Saúde e “*até mesmo para a ‘organização’ do movimento, com apoio de parlamentares e da infraestrutura da própria Comissão*” (Rodrigues Neto, 1997, p. 64).

Nesse período, foi realizado o primeiro debate sobre saúde, aberto à sociedade e oficialmente organizado pelo movimento, através do CEBES, junto à Comissão de Saúde da Câmara: o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde.

3.1. O I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados

Realizado em outubro de 1979, durante o governo Figueiredo, em meio a uma crise estrutural de financiamento da previdência – que só viria a ser admitida após as eleições de 1980 – o simpósio resultava da adesão de deputados de ambos os partidos sensíveis às questões sociais e de saúde, trazidas pelo movimento sanitário. Organizado com a assessoria direta do Cebes e Coordenado pelo deputado da Arena baiana Ubaldo Dantas, o evento “*onde visões díspares e até conflitantes [eram] bem-vindas*”, contou com uma ampla representação institucional que lhe conferia legitimidade.

Antes de prosseguir, necessário se faz apresentar novos atores que serão importantes no desenrolar da história. Fora do Sudeste, é possível que a Bahia tenha sido

quaisquer veleidades monopolistas e com o absoluto respeito pelas autonomias previstas na Lei. Deverá caracterizar-se pela parcimônia, limitando-se ao essencial, necessário e eficaz. Deverá evitar a abundância de recomendações nem sempre exequíveis e nem sempre capazes de gerar benefícios reais. Semelhante regulamentação seria tarefa das mais difíceis na ausência de uma perfeita sintonia intersetorial que nos assegure a certeza de uma co-autoria esclarecida na redação dos documentos a ser submetidos ao Conselho do Desenvolvimento Social”. De fato, a tarefa da regulamentação não só foi muito difícil, como se mostrou impossível. O ambiente de intensa assimetria de forças dos entes subnacionais, e mesmo do Ministério da Saúde em relação ao da Previdência e Assistência Social, impediu a regulamentação da Lei.

o estado em que o Movimento Sanitário obteve mais apoios. Seja no Departamento de Medicina Preventiva da UFBA – origem do Instituto de Saúde Coletiva daquela universidade –, seja entre relevantes lideranças políticas.

Ubaldo Dantas foi Secretário de Saúde do Estado da Bahia durante a gestão do governador Roberto Santos – indicado ao cargo pelo Presidente Geisel –, e aproximou-se do Movimento Sanitário possivelmente em virtude de suas boas relações com Francisco Machado na fase de expansão do PIASS, programa do qual foi um grande entusiasta e colaborador.

Antes de ser governador, Roberto Santos fora Diretor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – que leva o nome de seu pai – bem como reitor da Universidade Federal da Bahia. Na universidade, foi contemporâneo e professor de Guilherme Rodrigues dos Santos e, anos mais tarde, chefe da sanitarista Fabíola de Aguiar Nunes.

Foi na UFBA, também, que Roberto Santos fez seu maior rival político, Antônio Carlos Magalhães, que lhe sucedeu no governo da Bahia. Tanto Roberto Santos como Antônio Carlos Magalhães eram filiados à Arena, partido que concentrava todas as principais lideranças políticas no estado¹³¹.

Quando estava ainda no último ano de internado do curso de medicina da UFBA, Fabíola Aguiar Nunes foi contemplada com uma bolsa para estudar organização de arquivos médicos na Costa Rica, com o compromisso de que, ao fim do curso, teria que aplicar os conhecimentos adquiridos no Hospital Universitário Edgard Santos. Ao retornar, Fabíola se torna professora assistente da Faculdade. O bom trabalho na organização dos prontuários médicos realizado por Fabíola fez com que a jovem ganhasse a confiança do Reitor Roberto Santos. Quando Santos é escolhido governador, Fabíola é convidada pelo então Secretário de Saúde, Ubaldo Dantas, para dirigir um centro de saúde vinculado a um projeto comunitário. Ao final do governo de Santos e diante das ameaças e perseguição do novo governador, Fabíola torna-se consultora da OPAS na Nicarágua período em que convive e estreita os laços com Sérgio Arouca e Sarah Escorel que estavam na região ajudando a organização dos serviços de saúde do país.

¹³¹ Rafael Machado Madeira, no artigo “O padrão de carreira política dos deputados federais da Arena Baiana: trajetórias estáveis e lealdades pessoais”, traz importantes contribuições para a reflexão sobre o aparente antagonismo existente entre os partidos permitidos e a artificialidade criada pelo bipartidarismo, que obrigava a reunião dentro de uma mesma legenda propostas e personalidades divergentes e, por muitas vezes, inconciliáveis.

Roberto Santos viria a ser o Ministro da Saúde quando da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e do início dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte.

Além de Ubaldo Dantas, compuseram o secretariado da gestão de Roberto Santos no governo estadual, Carlos Sant'anna, como Secretário de Educação – médico com especialização em pediatria, mas que há muitos anos enveredara para a área da educação – e José Alberto Hermógenes, que assumiu a Secretaria de Saúde quando Ubaldo Dantas afastou-se para concorrer à Câmara dos Deputados.

Carlos Sant'anna, que se casara com Fabíola de Aguiar Nunes no início da década de 1980, seria futuramente o mais importante apoiador político do Movimento Sanitário, tanto no Ministério da Saúde, do qual fora o primeiro ocupante no governo Sarney, como na Assembleia Nacional Constituinte, em que foi deputado constituinte e líder do governo.

José Alberto Hermógenes, militante clandestino do Partido Comunista do Brasil desde a universidade – onde fora colega de sala de Fabíola de Aguiar Nunes –, após deixar o cargo de Secretário de Saúde do Estado da Bahia, assumiu a coordenação do PIASS, sucedendo Francisco Machado. Hermógenes foi ainda Secretário-Geral do Ministério da Saúde quando Roberto Santos era ministro. Por conta dessa posição, Hermógenes foi o Coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

A aproximação dos sanitaristas com os políticos da Arena, partido de sustentação do regime, foi fonte de dissensos e brigas dentro do movimento¹³².

¹³² Sobre isso, recorda-se Anamaria Tambellini: “Porque em 79 quando nós fomos pra Itália a gente discutiu muito isso, inclusive no avião. Se caísse aquele avião... a parte da Saúde Pública, 2/3 dela acabava ali, entendeu? Porque estava tudo e estava o Werneck Vianna. E eu lembro que nós tivemos uma briga muito grande com os radicais da Saúde Pública, da Medicina Social que era o Rine Brayon, a Taisa Cristina, o Lidepe, tinha um grupinho ali. Porque nós levamos o Ubaldo. O Ubaldo era um deputado eleito dentro da ditadura, mas era uma pessoa que tinha... Ubaldo Dantas... ele tinha um passado que a gente achava que era um passado recomendável e ele procurava, ele tinha intenção, ele começou a fazer uma aproximação no sentido de se integrar nessa luta e de defender posições que esse grupo tinha, na medida do possível (...) E eles queriam expulsar o Ubaldo da comitiva brasileira e aí deu uma discussão porque nós falamos que se o Ubaldo saísse a delegação brasileira não participaria no congresso. E ele continuou.” (UNIRIO, 2005b, p. 45-46). Jairnilson Paim também menciona o episódio com algumas diferenças circunstanciais (2008, p. 290)

Embora o simpósio tenha sido realizado alguns meses após a promulgação da Lei da Anistia, o medo da repressão ainda era sentido pelos membros do movimento, como se infere do relato de Nelson Rodrigues dos Santos:

Alguns parlamentares, em 1979, organizaram um histórico Simpósio Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados. No início da organização, todos achavam que o simpósio não ia emplacar, porque a ditadura não ia deixar acontecer em pleno Congresso Nacional que, historicamente, nos 20 anos de ditadura esteve de joelhos. E esse Congresso Nacional, já no bojo do movimento pelas liberdades democráticas, em 1979 organizou o simpósio. Correu-se o risco e se jogou e se acertou, quer dizer, a ditadura não fechou o Congresso por causa disso, não impediu o simpósio, pressionou, mas não conseguiu impedir. E aconteceu o simpósio de política nacional de saúde, em que Max Mauro do PMDB, Ubaldo Dantas da Arena e outros deputados federais o bancaram pela comissão de saúde (Brasil, 2006, p. 68).

Na concepção de Rodrigues Neto, o I Simpósio “*ocupa um papel real e simbólico pela precedência histórica no lançamento do projeto do Sistema Único de Saúde*” (op. cit, p. 64). Essa percepção é compartilhada por muitos integrantes do movimento¹³³. Sarah Escorel considera que o evento “*foi um divisor de águas. Ali ficou claro que havia um movimento na área de saúde, nitidamente contra hegemônico, que tinha uma outra forma de pensar, que era minoritário sem dúvida nenhuma, mas ele apareceu na arena setorial com uma proposta*” (UNIRIO, 2005b, p. 95-96).

De fato, é possível entender o Simpósio como um ponto de inflexão na trajetória do grupo. Primeiro, porque ali o grupo se impôs como parte de um movimento reformador da área da saúde, com a clara demarcação de sua posição institucional no cenário setorial. Segundo, porque foi o primeiro fórum em que debateram com seus principais oponentes, representados pela Federação Brasileira de Hospitais¹³⁴. E terceiro, porque conseguiram encampar como documento oficial do evento, texto apresentado pelo Cebes – elaborado por membros ligados ao IMS/UERJ –, intitulado “A Questão Democrática da Saúde”, que consubstanciava as propostas do movimento, que seriam mantidas e defendidas até a constituinte.

¹³³ Temporão relata que “*o Cebes surge em São Paulo e o David era o grande nome, e o Cebes vem para o Rio e aconteceu uma coisa muito importante em 1979 que foi o primeiro simpósio de saúde da Câmara dos Deputados, ou seja, os deputados do MDB, os deputados mais comprometidos com essas ideias, o Ubaldo Dantas é um que eu me lembro, organizam um simpósio que foi um simpósio bastante participativo, tinha 200 ou 300 pessoas em Brasília (...) Na verdade a gente pode dizer que o relatório final do simpósio da Câmara foi o documento do Cebes. Qual a importância disso? É que se nós pegarmos esse documento hoje praticamente tudo, a grande maioria dos princípios aprovados na 8ª Conferência Internacional de Saúde sete anos depois, já estavam ali*” (UNIRIO, 2005b, p.72).

¹³⁴ Nos anos anteriores, os sanitaristas convidaram os representantes das empresas médicas para mesas-redondas, fóruns e debates, sendo ignorados. As negativas de comparecimento eram publicadas na Seção “Cartas à Redação” da Revista Saúde em Debate.

Na abertura do evento – que foi prestigiada com a presença do então Ministro da Previdência e Assistência Social e dos Secretários Estaduais de Saúde de São Paulo e do Ceará –, as falas do Presidente da Câmara e do Presidente da Comissão de Saúde deixavam transparecer que após anos de anulação, o legislativo passaria a disputar espaço em uma seara que havia sido restrita à “tecnoburocracia” do governo militar, exigindo sua participação em discursões democráticas sobre o tema. Para o primeiro, o problema da saúde *“não é apenas um problema que deva ser resolvido por uma equipe médica. Pode ser conduzido por essa. Mas é, sobretudo, um dos grandes problemas de política nacional”*. Já o segundo consignava que *“a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, pelos seus membros, não poderia ficar ausente, quando se trata da formulação de uma política nacional de saúde”*.

Com mais de 900 inscritos, seis conferências foram realizadas ao longo de três dias, com os seguintes temas e expositores: “A saúde no contexto do desenvolvimento social e econômico”, de Roberto Santos, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA); “Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”, de Carlyle Macedo, Consultor da OPAS; “Descentralização e regionalização das atividades de saúde”, de Mozart de Abreu e Lima, Secretário-Adjunto do Centro Nacional de Recursos Humanos da CIPLAN¹³⁵; “A discussão da estatização e privatização dos serviços de saúde”, de Paul Israel Singer, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; “A política de saúde pública no Brasil nos últimos 50 anos”, de Mário Magalhães, sanitarista; e na Seção de tema live, “Democratização e Saúde”, de Sérgio Arouca, do Cebes.

Todos esses expositores se não eram ligados, ou ao menos simpáticos, às propostas do grupo, certamente eram defensores das ideias de fortalecimento do setor público na prestação dos serviços de saúde. Roberto Santos, embora conservador e próximo de Geisel, não tinha boas relações com Figueiredo, que indicou Antônio Carlos Magalhães, seu maior inimigo político, para suceder-lhe no governo do estado. Além disso, era um defensor da expansão da saúde pública, e compusera sua equipe no governo da Bahia com sanitaristas progressistas. Os outros tinham em comum, além das posições favoráveis aos sanitaristas, o fato de terem sido perseguidos pela ditadura militar. Carlyle Macedo – que pode ser considerado um membro do movimento – e Mozart de Abreu e

¹³⁵ Coordenação Interministerial de Planejamento, composta pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República e pelos Ministérios da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Indústria e Comércio.

Lima haviam trabalhado juntos na SUDENE, de onde saíram em decorrência de perseguição política. Na época do simpósio, estavam trabalhando juntos novamente na equipe que formulava o Prevsauúde. Paul Singer, economista e intelectual, foi um dos professores da USP demitidos após o AI-5 que fundaram o CEBRAP. Mário Magalhães, maior nome do sanitarismo desenvolvimentista, cujas ideias inspiravam os membros do movimento, foi alvo de diversos Inquéritos Policial-Militares.

Ainda assim, o caráter democrático da discussão, tão propalado entre os participantes do evento, pode ser aferido na composição da primeira mesa de debates. A primeira conferência foi realizada por Roberto Santos – o mais conservador e próximo ao regime militar, entre os conferencistas – o que deu legitimidade às discussões¹³⁶. Como debatedores, Hésio Cordeiro, representando o IMS/UERJ¹³⁷; Aloysio Fernandes, representante da Federação Brasileira de Hospitais¹³⁸; e Carlos Gentile de Melo, vice-presidente da Associação Médica Brasileira¹³⁹.

¹³⁶ Adotando um discurso dúbio, sua exposição primeiro defendia enfaticamente as medidas adotadas pelo Governo Geisel no setor e refletia o entendimento do regime sobre as condições de saúde da população brasileira, para ao fim criticar a pouca atenção destinada à saúde pública. De acordo com Santos, o grande problema não eram os recursos investidos na área, mas a ignorância do povo, que não praticava as medidas mais básicas de higiene e comprometiam sua própria saúde. Com uma visão elitista, entende que, diferentemente do que ocorre com *“as classes favorecidas que desencadeiam a pronta e brilhante resposta aos estímulos da área econômica e se estão beneficiando dela”*, *“nas áreas sociais (...) em particular, na da saúde, para que melhorem os indicadores, é indispensável a mudança de atitudes profundamente arraigadas em contingentes numerosos e menos favorecidos da população, nas quais se incluem os menos instruídos, os analfabetos, aqueles cujo legado cultural das gerações passadas é mais deficiente”* (Brasil, 1979, p. 23).

¹³⁷ Contraditando os argumentos de Santos, Hésio apresenta exemplos dos efeitos negativos das políticas adotadas pelo Governo Geisel, e justifica *“com esses exemplos quero indicar que, na realidade, as políticas sociais desenvolvidas nos últimos 15 anos, de terem um caráter igualitário redistributivo, têm um caráter reconcentrador e, portanto, antidemocrático e antipopular”* (Brasil, 1979, p. 38)

¹³⁸ Inicia sua exposição afirmando que *“a saúde é um direito; todos os cidadãos devem ter acesso a ela, e essa universalidade constitui-se no seu maior problema”*, e desenvolve sua exposição com críticas à Previdência que *“como contratante, determina as condições de remuneração dos serviços que contrata, pagado quanto quer, o que quer, como quer e quando quer. Ao hospital contratado só resta aceitar”* e ataques ao serviço público (Brasil, 1979, p. 40-41). Denuncia, ainda, a crise financeira enfrentada pelos hospitais diante da política remuneratória adotada pelo governo, finalizando com apelo: *“Os hospitais particulares não precisam de crítica, mas sim de ajuda. Eles estão mais doentes do que os próprios pacientes. Salvem os hospitais brasileiros antes que eles morram!”*

¹³⁹ Histórico crítico das políticas de remuneração dos hospitais, as quais considerava “fator incontrolável de corrupção, Gentile de Melo apontou as incoerências do discurso do representante da FBH de forma irônica e impactante: *“Como não sou “debatedor” do debatedor, mas debatedor do que disse o conferencista, Prof. Roberto Santos, permito-me fazer, apenas, três pequenas ponderações. Primeira: o representante da Federação Brasileira de Hospitais começou dizendo: “A Previdência Social paga aos hospitais o que quer, quanto quer, quando quer e como quer”. Esqueceu ou de propósito deixou de citar o autor dessa frase enunciada, há mais de um ano pelo presidente da Associação Médica do Rio Grande do Sul, Harri Valdir Graeff, atual presidente do INAMPS. Segunda: comparar os hospitais próprios da Previdência Social com essas casas de saúde da rede privada é colocar, no mesmo saco, alhos e bugalhos. Por exemplo: nos hospitais próprios, as atividades cirúrgicas registram um coeficiente de mortalidade que varia entre 3% e 5%, cifra contraditória em todos os hospitais de bom de padrão do mundo. Enquanto isso, nos hospitais de rede contratada do INAMPS, a taxa de mortalidade da clínica cirúrgica é de 0,85%, coincidentemente igual, exatamente igual à taxa de mortalidade de um conjunto de 2 milhões e 300 mil*

O trabalho apresentado por Arouca, na condição de representante do Cebes, na Seção de temas livres, foi considerado por Ubaldo Dantas, coordenador do evento, “o cerne do próprio simpósio”, e “pelo seu caráter englobador e pela lucidez do diagnóstico da situação da saúde e da crise das instituições de saúde no Brasil”, foi considerado como parte do Relatório do Simpósio (Brasil, 1979, p.225).

O documento, elaborado por Hésio Cordeiro, José Luís Fiori e Reinaldo Guimarães, submetido a uma ampla discussão nos diferentes núcleos do Cebes e em outras entidades da área da saúde, como o Sindicato Médico do Rio de Janeiro, foi apresentado como uma “proposta que não pretende ser definitiva, mas que visa exatamente a abrir um debate sobre as questões políticas ligadas à área da saúde” (op. cit., p. 226).

O trabalho indicava as grandes linhas das propostas do movimento, fruto da maturação e sedimentação de conhecimentos e experiências acumulados pelo grupo durante a sua trajetória. Seu conteúdo representava a convergência das discussões havidas nos anos anteriores sobre a questão pelos setores de oposição ao regime, mas tinha uma característica inovadora para a época entre os movimentos sociais de oposição, que era o caráter propositivo (Rodrigues Neto, 1997, p. 65).

De forma bastante sistemática e articulada, apresentava os elementos conceituais de uma “saúde autenticamente democrática” e as medidas políticas e administrativas necessárias para alcançá-la, entre as quais a criação de um Sistema Único de Saúde.

De acordo com o documento, por uma “saúde autenticamente democrática”, entendia-se: i) o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens; ii) promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde; iii) o reconhecimento do caráter socioeconômico global dessas condições, emprego, salário, nutrição, saneamento, habilitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; iv) o reconhecimento e a responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; v) o reconhecimento do caráter social desse direito; e vi) a responsabilidade

intervenções cirúrgicas consideradas desnecessárias, em estudo realizado por- comitê técnico do senado nos Estados Unidos da América (Palmas). Terceira: o representante da Federação Brasileira de Hospitais falou e insistiu no sacrifício dos donos dos hospitais privados como decorrência do tratamento dado pela Previdência Social. Confesso que, quando o Presidente João Baptista Figueiredo, certa feira, recentemente, ficou na dúvida entre os Ministros Mário Henrique Simonsen e Antônio Delfim Netto, tive vontade de sugerir que escolhesse para os ministérios do Planejamento e da Fazenda, empresários hospitalares, os únicos, neste País, que conseguem progredir, a olhos vistos, com prejuízos permanentes. (Risos. Palmas)” (Brasil, 1979, p. 45).

que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supracitadas”.

Para conquistá-la, consideravam necessárias medidas que i) impedissem “os efeitos mais nocivos da lei do mercado na área da saúde”, isto é, que detivessem o “*empresariado da medicina*”; ii) transformassem “os atos médicos lucrativos em um bem social gratuito à disposição de toda a população”; iii) criassem “um sistema único de saúde”; iv) atribuíssem “ao Estado a responsabilidade total pela administração desse sistema”; v) delegassem “ao sistema único de saúde a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde que incluísse a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida”; vi) estabelecessem “mecanismos eficazes de financiamento do sistema, que não fossem baseados em novos impostos fiscais sobre a maioria da população, nem em novos impostos específicos para a saúde.” O financiamento deveria ser “baseado numa maior participação proporcional do setor Saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais, bem como no aumento da arrecadação, decorrente de uma alteração fundamental no vigente caráter regressivo do sistema tributário”; vii) organizassem “esse sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do País, em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas coincidentes ou não com os municípios, constituídos por aglomerações de populações” que, eventualmente, reuniriam “mais de um município, ou desdobrariam outros de maior densidade populacional”. Essa medida teria por objetivo “viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações de partidos políticos representados no Governo, assembleias e instâncias próprias do sistema único de saúde”. Atingir-se-ia, assim, uma maior eficácia, “permitindo maior visualização, planejamento e alocação dos recursos segundo as necessidades locais”, com o fim de “ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas da política de saúde”¹⁴⁰; viii) estabelecessem “o estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao sistema único de saúde e a autêntica prática da medicina de

¹⁴⁰ Para evitar “soluções meramente administrativas ou estatizantes”, propunham “canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias”. Com isso, buscava-se evitar uma participação centralizadora, “tão cara ao espírito corporativista e tão apta às manipulações cooptativas de um Estado fortemente centralizado e autoritário, como tem sido tradicionalmente o Estado brasileiro” (op. cit. P. 229).

consultórios particulares, que têm tradição na medicina brasileira”; e ix) definissem uma “*estratégia específica de controle sobre a produção, distribuição de medicamentos, assim como a produção, a importação e consumo de equipamentos médicos*”. Essa estratégia deveria ser balizada “*pelas necessidades reais majoritárias e regionalizadas da população, reduzindo ao mínimo os gastos e a sofisticação desnecessários*”.

As opções políticas sugeridas conduziriam a “*uma proposta de transformação profunda*” no sistema de saúde existente à época. E, para que essas mudanças fossem concretizadas, o movimento também tinha sugestões de medidas administrativas, como, a criação do sistema de saúde único, a ser dirigido pelo Ministério da Saúde, “*com a tarefa de planificar e implantar, em conjunto com os governos estaduais e municipais, a política nacional de saúde*”. A Pasta deveria ter “*poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população, através de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados*”. Sugeria-se, também, a redefinição da política de assistência médica, então sob a responsabilidade do INAMPS, mediante a suspensão imediata dos convênios e contratos de pagamento por unidades de serviço.

O documento previa, ainda, outras providências administrativas e algumas demandas corporativistas.

As propostas apresentadas pelo Cebes naquele simpósio gradativamente ganharam mais espaço político, influenciando ou, ao menos, informando, a maioria dos projetos de reforma setorial que foram elaboradas desde então, inclusive aqueles apresentados como subsídio à Assembleia Nacional Constituinte.

3.2. As articulações políticas: do movimento municipalista à Nova República

A partir de 1978, por articulação de integrantes do movimento, são realizados os primeiros encontros municipalistas de Teresina e Campinas, onde se passou a discutir o engajamento dos municípios no processo de estruturação da saúde de suas populações. Inicialmente com um viés técnico, esses encontros se politizaram, e passaram a denunciar o alijamento dos municípios do processo de formulação e execução das políticas sociais, particularmente a da saúde, e o atrelamento da mudança desse quadro à redemocratização do país. Esses encontros foram ganhando força a partir dos que se sucederam, o de Niterói, 1979, o de Belo Horizonte, 1981 e o de São José dos Campos, em 1982.

Um fato que galvanizou essas discussões foi o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS). Originadas no âmbito do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), no contexto da crise da previdência da década de 1980¹⁴¹, as AIS apresentavam-se, entre diversas alternativas, como um mecanismo para reorientar a assistência médica previdenciária, por meio da assinatura de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e os governos dos Estados, de forma a racionalizar os recursos utilizando a capacidade pública ociosa. Incorporando estados e municípios como fornecedores de serviços da Previdência, as AIS acabavam por restringir a atuação dos fornecedores privados. Com isso, propunha-se fortalecer o setor público municipal e expandir os serviços. A estratégia permitiu que estados e municípios assumissem um papel mais efetivo no tocante à atenção básica em saúde.

Idealizada pelos primeiros membros do movimento que conseguiram ocupar postos no Ministério da Previdência e Assistência Social – participavam da equipe Eleutério Rodrigues Neto, José Gomes Temporão, entre outros – a implementação das AIS ganhou força com o apoio dos governos eleitos em 1982. A maior legitimidade e autonomia dos governadores, especialmente nos estados em que a oposição foi vitoriosa, conferiram às pressões uma força que possibilitou a celebração dos convênios “em cadeia”¹⁴². Iniciando por São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, em maio de 1984

¹⁴¹ De acordo com Sarah Escorel: “O Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado a partir da grave crise financeira da Previdência Social que veio a público em meados de 1981. (...)O plano do CONASP foi traduzido institucionalmente pela Direção Geral do INAMPS em uma proposta de ação envolvendo 32 programas – dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que, a partir do segundo semestre de 1983, passou a ser implementado em alguns estados do Brasil através da assinatura de convênios e termos aditivos. É natural que o contexto institucional em que o PAIS se desenvolveu refletisse de forma particular a crise governamental, com a falta de recursos financeiros e de coordenação por parte do governo. Além dessas dificuldades, a proposta enfrentou grandes resistências internas por parte de um aparelho de Estado fortemente hegemônico pelas posturas privatizantes, favorável à manutenção da política até então vigente de compra de serviços na rede privada de saúde. Representantes orgânicos e independentes desses interesses estavam em determinados loci de poder na Direção Geral do INAMPS e priorizavam a implementação das propostas relativas ao setor privado (novo sistema de contas hospitalares e projeto de racionalização ambulatorial) em detrimento da assinatura de convênios com os governos estaduais recém-empossados” (1999, p. 190).

¹⁴² Marta Arretche explica que “durante o regime militar, as relações intergovernamentais do Estado brasileiro eram, na prática, muito mais próximas às formas que caracterizam um Estado unitário do que àquelas que caracterizam as federações. Com efeito, governadores e prefeitos das capitais e de cerca de 150 cidades de médio e grande portes foram destituídos de base própria de autonomia política: selecionados formalmente por eleições indiretas e, de fato, por indicação da cúpula militar, sua autoridade política não era derivada do voto popular. Além disso, todos os governadores e prefeitos detinham escassa autonomia fiscal: a centralização financeira instituída pela reforma fiscal de meados dos anos 60 concentrou os principais tributos nas mãos do governo federal e, ainda que tenha ampliado o volume da receita disponível dos municípios, uma vez realizadas as transferências, estas estavam sujeitas a estritos controles do governo federal”. (1999, p. 113)

todos os estados brasileiros já participavam das AIS, que passava a ser adotada como estratégia federal oficial de reordenamento da política nacional de Saúde (Rodrigues Neto, 2019, p. 88).

Essa pressão “de baixo para cima” foi possível pelas alianças e conexões feitas pelo movimento com forças políticas locais, a partir da instalação dos serviços de medicina comunitária e programas com o de Montes Claros, o PIASS e o PPREPS.

Já em 1976, havia três secretários municipais de saúde identificados com o movimento: Sebastião de Moraes, que assumiu a Secretaria de Saúde em Campinas; Hugo Tomassini, de Niterói; e Márcio Almeida, um dos fundadores do Cebes, em Londrina.

Na eleição de 1976, em Londrina, Nelson Rodrigues Santos e outros sanitaristas haviam assessorado o candidato do MDB em seu plano de governo com uma linha programática que destacava a instalação de postos de saúde (Conasems, 2007, p. 74). Vencidas as eleições, o grupo pode indicar o ocupante da Secretaria de Saúde, o último cargo a ser preenchido por não haver interessados¹⁴³.

A estratégia de assessorar e formular planos de governo para candidatos a prefeitos, governadores, e presidente passou a ser usada regularmente pelo grupo a partir das eleições 1982. Com o êxito dos candidatos apoiados, vários sanitaristas tornaram-se secretários municipais e estaduais de saúde.

Utilizando essa estratégia, o grupo de Montes Claros obteve importantes conquistas. Saraiva Felipe, sanitarista que substituiu Francisco Machado na coordenação do Centro Regional de Saúde, foi coordenador político da candidatura da chapa do MDB, composta por Luiz Tadeu Leite – um jovem e popular radialista que em seu programa criticava a gestão municipal – e pelo médico Mário Ribeiro, anistiado em 1979. Com a vitória da chapa, o “grupo da saúde” ligado ao Projeto Montes Claros ficou com quatro secretarias: Governo, Saúde, Ação Social e Planejamento. Na gestão que se iniciou em 1983, Saraiva Felipe foi nomeado Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social do Município.

Assim como o seu irmão mais velho Darcy Ribeiro, Mário Ribeiro havia sido cassado ainda no início do regime militar e afastado da direção da Faculdade de Medicina de Montes Claros. Ao retornar ao Brasil em 1976, Darcy permaneceu exilado em sua terra natal, onde se tornou amigo de Saraiva Felipe. Essa proximidade facilitaria o acesso de

¹⁴³ Monika Dowbor pondera que a falta de interesse dos políticos e das elites locais pelo setor municipal de saúde refletia o papel secundário, senão irrisório ou inexistente, que o município assumia naquela época na prestação desses serviços (2012, p. 115).

Saraiva Felipe a um importante cargo no Ministério da Previdência e Assistência Social na gestão de Waldir Pires¹⁴⁴, de quem se tornaria homem de confiança.

Saraiva Felipe foi, também, coordenador regional da campanha a governador e, com isso, aproximou-se de Tancredo Neves, o que teve desdobramentos em sua própria carreira política. Além dele, boa parte dos sanitaristas ligados ao movimento, com exceção daqueles que se filiaram ao Partido dos Trabalhadores, engajaram-se na campanha de Tancredo.

Com a perspectiva do fim da ditadura e a instituição de um governo democrático, os membros do Movimento Sanitário intensificam sua batalha pela ocupação de espaços na arena política. Naquele contexto, a partir de algumas discussões promovidas pelo Cebes, o movimento sanitário traçou a estratégia de participar de todas as oportunidades de discussão possíveis, articular-se com as lideranças da Aliança Democrática e promover encontros, com a finalidade não só de obter clareza sobre o plano de governo desejável na área da Saúde, como também de influir na sua adoção.

Assim, além de promover e participar das numerosas mesas-redondas que se sucederam ao longo do segundo semestre de 1984, discutindo as alternativas técnicas, na área de saúde, para o governo da Nova República, o movimento investiu em algumas frentes principais: a elaboração da proposta do governo da Assessoria Parlamentar do PMDB, sob coordenação do deputado Carlos Sant'Anna; a Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves (Copag); a realização do encontro de prefeituras municipais com a divulgação da Carta de Montes Claros; e o trabalho de busca de apoio parlamentar para as propostas e para a indicação de representantes do movimento para o provimento de cargos na nova administração. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) também tomou iniciativa discutindo e divulgando sua proposta. Considerando-se os quatro documentos – do PMDB, do Conass, de Montes Claros e da Copag –, é possível verificar as semelhanças das propostas neles contidas (Rodrigues Neto, 2019, p. 89).

A edição da Revista Saúde em Debate de nº 17, publicada em julho de 1985, traz um apanhado dos diversos eventos promovidos pelos membros do Movimento Sanitário – e os textos dos documentos deles resultantes –, com o fim de ocupar os espaços que se

¹⁴⁴ Darcy Ribeiro e Waldir Pires foram, respectivamente, Chefe da Casa Civil e Consultor-Geral da República do governo João Goulart. Últimos membros do governo a sair do Palácio do Planalto após o golpe, e constantes na primeira lista de cassadas pelo regime, partiram juntos para o exílio no Uruguai em 4 de abril de 1964.

abriam naquele momento determinante, em que uma Assembleia Nacional Constituinte decidiria os rumos do país . O editorial desse número destaca que

Os avanços dos movimentos de oposição, o processo de transição democrática acelerado no ano de 1984 com a mobilização popular em prol das Eleições Diretas para Presidência da República, a sucessão presidencial, a morte do idealizador da Nova República, Tancredo Neves e a mobilização pela Constituinte tem tido fortes repercussões no setor saúde (p. 3).

Com o objetivo de iniciar a discussão em torno da plataforma de saúde de um governo de transição, em fins de 1983, no IV Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, o Cebes reapresentou o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”. Com o amadurecimento das discussões, em julho de 1984, um documento mais amplo, intitulado “A Questão da Saúde no Brasil e Diretrizes de um Programa para um Governo Democrático”, é elaborado pela regional sudeste do Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS) – fundado em fevereiro de 1982 – e subscrito pelos Secretários de Saúde de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

A partir das repercussões desse documento, e das discussões realizadas durante a reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada no mesmo mês, o Cebes, a Abrasco e a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – todos ligados ao movimento – organizaram a “Reunião de Trabalho sobre Ações Integradas de Saúde (AIS)”, realizada em Curitiba em julho de 1984. A reunião, que contou com a participação de técnicos da área de vários estados, deliberou sobre a atuação do movimento em face da conjuntura da transição. Decidiu-se pela necessidade de se organizar fóruns e debates sobre uma política de saúde para um governo de transição democrática¹⁴⁵. É interessante observar que, como os membros do movimento ostentavam diversas filiações, era comum que em um mesmo evento diversos integrantes se apresentassem defendendo um mesmo discurso, mas representando diferentes instituições.

Nesse interregno, por intermédio de Fabíola de Aguiar Nunes, esposa do então deputado Carlos Sant’anna, Eleutério Rodrigues Neto assessorou a campanha da Aliança Democrática sobre questões de saúde.

Carlos Sant’anna, que após o fim do bipartidarismo migrou para o PMDB – juntamente com o grupo político baiano de Roberto Santos – tornou-se um homem de confiança de Tancredo Neves, após atuarem juntos na campanha das Diretas. Hábíl

¹⁴⁵ Revista SAÚDE EM DEBATE, CEBES, n. 17, p. 3, jul. 1985.

articulador político, Sant’anna foi um dos principais organizadores da campanha na eleição indireta, trabalhando no convencimento de Ulisses Guimarães e Severo Gomes a aceitar a candidatura de Tancredo, bem como apoiando a formação da chapa da Aliança Democrática com José Sarney, como vice. Com isso, ganhou a confiança também de Sarney.

Vencida a eleição, Tancredo incumbiu Carlos Sant’anna de elaborar o plano de trabalho na área da saúde para a “Nova República”, missão compartilhada com o grupo de sanitaristas liderados por Eleutério Rodrigues Neto. Como se recorda Fabíola de Aguiar Nunes,

quando Tancredo já estava eleito em outubro, ele criou um grupo para fazer um plano de trabalho, porque umas das coisas que o Maluf dizia era que Tancredo não tinha plano de trabalho. (...) Aí Tancredo botou Carlos para fazer o programa de saúde. (...) Eleutério [Rodríguez Neto] entrou também, foi uma intermediação importante com o movimento de... Era da reforma sanitária. Trouxe várias versões que a gente discutia altas horas, nós três, depois foi agregando mais gente... até que Carlos um dia virou para ele e disse: “Bom, agora aqui já está muito pronto do que a gente quer”, que era a tal da formação do sistema único, aquelas propostas iniciais (2004, p. 34).

O então Deputado Carlos Mosconi, que seria o relator da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte, também participou desse grupo. Na constituinte, Mosconi foi um dos maiores defensores das propostas do Movimento Sanitário. Em entrevista, concedida a Luiz Maklouf Carvalho, anos depois, o ex-deputado lembraria:

O Covas também sabia que eu estava muito ligado à área da saúde, desde antes da 8ª Conferência Nacional, com boa relação com o pessoal de São Paulo. Cheguei a participar do grupo que elaborou o plano de saúde para o Tancredo. (...) A 8ª Conferência ajudou demais. Levou para a Constituinte uma plataforma moderna. Era um pessoal muito ativo e intelectualmente muito preparado. Estou falando de Sérgio Arouca, Eleutério Rodrigues Neto, Hésio Cordeiro, Eduardo Jorge [PT-SP, constituinte integrante da subcomissão], e dezenas de outros (2017, p. 107).

No documento apresentado como subsídio ao Grupo de Trabalho da Assessoria Parlamentar do PMDB/Saúde, ainda em 1984, Eleutério Rodrigues Neto expõe importantes questões para a compreensão das propostas sobre reorganização do setor que estavam em disputa no início da Nova República. Eleutério identifica três diferentes propostas: a “conservadora”, defendida pelos opositores do movimento, o chamado “complexo médico-industrial”, cujo maior representante era a Federação Brasileira de

Hospitais; a “modernizante/privatista”, defendida por empresas de medicina de grupo e por muitos sindicalistas ligados aos trabalhadores; e a “racionalizadora”, que traduzia as reivindicações do Movimento Sanitário.

A proposta “conservadora” defenderia, basicamente, a manutenção do modelo plural então existente, baseado na compra de serviços pelo setor público, especificamente pela Previdência Social, ao setor privado. Ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde caberia o papel complementar de promoção de ações coletivas e assistências às populações carentes. Atribuiria as insuficiências do modelo então vigente à conjuntura econômica, que contraiu o orçamento do setor, e à deficiência técnica do controle dos serviços por parte do poder público, que seria ineficiente. Essa proposta seria sustentada pela aliança entre dois elementos: o dos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos, e o dos profissionais médicos neo-liberais que, defendendo uma relação médico-paciente individualizada, encontrariam no Estado a única possibilidade de a viabilizarem financeiramente, através do credenciamento de médicos e odontólogos pela Previdência Social. Os defensores dessa proposta defenderiam a assistência individual e curativa como um direito securitário, advindo do fato de se ser contribuinte da Previdência Social. Com isso, contestariam a universalização da atenção à saúde como direito de cidadania, para que tivessem assegurados os recursos oriundos da Previdência Social, para viabilização do empresariado médico-hospitalar.

A proposta “privatizante/privatista” que ofereceria uma “modernização” do setor, do ponto de vista de sua maior organicidade com as regras capitalistas de mercado, defenderia uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados, supondo, com isso, uma melhoria das relações custo-benefício do setor. Concretamente, a proposta pretenderia um afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e regularmente inserida no mercado formal de trabalho. Ao Estado competiriam as ações de alcance coletivo, e a prestação de serviços à população rural e carente, uma vez que esses seguimentos não conseguiriam assegurar – fosse por seus rendimentos baixos, fosse por sua dispersão – a lucratividade estimuladora da organização empresarial. Eleutério entendia que as implicações negativas dessa concepção para a democratização do setor eram inúmeras, sendo a mais grave a discriminação da população em dois seguimentos: o dos segurados e o dos carentes, em flagrante negação da saúde como direito de cidadania. Contraditoriamente, ressaltava, no entanto, que apesar de seus inconvenientes como modelo hegemônico de prestação de serviços, corrigidas certas distorções, especialmente as de caráter ético, através de um

controle social mais efetivo, pelos usuários e pelos profissionais, seria possível, e até desejável, que essa modalidade pudesse ser objeto de eleição de agrupamentos populacionais que tivessem condições de sustentar, individual ou coletivamente, os seguros, assim como poderiam ser oferecidas por empresas que assim o desejassem a seus empregados. Nesses termos, a iniciativa privada poderia desempenhar o papel de uma força auxiliar no setor, desde que não fosse uma alternativa excludente do sistema de saúde oficial.

A proposta “racionalizadora,” por sua vez, seria aquela defendida pelo Movimento Sanitário. Tendo suporte na ideia de que a saúde é um direito de cidadania, defenderia: a responsabilidade do Estado sobre o setor saúde, cabendo à iniciativa privada um papel complementar e subordinado; a integração interinstitucional; a organização dos serviços em rede única, regionalizada e hierarquizada; a universalização e equidade no atendimento à população, com garantia de acesso a todos os níveis de atendimento; descentralização do planejamento e execução, com papel fundamental dos níveis estaduais e municipais; a participação social, entendida como mecanismo de controle social sobre o setor, com definição de necessidades e controle da qualidade; o planejamento das ações a partir de necessidades epidemiologicamente determinadas; a integralidade das ações de saúde, com eliminação da dualidade, inclusive institucional, entre ações individuais e coletivas, preventivas e terapêuticas; e a articulação conceitual, programática e metodológica entre os setores de formação educacional e de prestação de serviços, de pessoal de saúde. Na concepção do movimento, essa proposta dependeria, para sua efetivação, de condições que somente poderiam ser encontradas em um governo democrático: um financiamento mais adequado do setor, derivado de uma política salarial mais justa; uma real descentralização administrativa, com valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços.

Assumindo o modelo “racionalizador” como o mais adequado para um governo de transição democrática, Eleutério apresenta as seguintes questões estratégicas para implementá-lo: a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde; a descentralização; o financiamento; o relacionamento do setor público e do setor privado; a política de pessoal e o corporativismo; e a saúde do trabalhador.

Como conclusão, defende que um real equacionamento do sistema de atenção à saúde somente poderia advir a médio prazo e permeado por uma nova ordem

constitucional que colocasse a questão social como centro das preocupações da nação e do governo.

A despeito disso, Eleutério aponta diversas medidas que, a seu ver, poderiam ser adotadas de forma imediata. Repetindo em sua maioria propostas já formuladas pelo Movimento, uma, em especial, chama a atenção: a realização de uma Conferência Nacional de Saúde, que se voltasse a subsidiar os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte sobre questões de saúde. Propõe Eleutério

- o desencadeamento imediato de um amplo estudo que promova a sistematização de experiências, pesquisas e debates sobre a organização e funcionamento do setor, a ser culminado com a realização de uma grande Conferência Nacional de Saúde, altamente representativa e que tenha por objetivo subsidiar, no correspondente setor, a Assembleia Nacional Constituinte. Essa tarefa poderia ser conduzida conjuntamente pela ENSP/FIOCRUZ/MS, e pelo IPEA/SEPLAN, que se articulariam com as demais instituições do setor, num prazo determinado (1 ano), e com recursos especialmente alocados para esse fim. Nesse período deverão, além da realização de estudos e pesquisas, ser desenvolvida ampla consulta entre as entidades representativas do setor, organismos comunitários e políticos, em todos os níveis – local e regional, sendo que a Conferência Nacional de Saúde representará a instância mais global. (Cebes, 1985a, p. 17).

Como se vê, antes mesmo da eleição de Tancredo, os sanitaristas já almejavam conquistar espaço na Assembleia Nacional Constituinte, utilizando como estratégia para isso a realização de uma grande e inovadora Conferência Nacional de Saúde, a ser conduzida pela ENSP/FIOCRUZ/MS, ou seja, por Sérgio Arouca. Chama atenção, também, a semelhança entre as propostas ali apresentadas e o texto aprovado pela Assembleia Nacional Constituinte.

Por iniciativa do deputado Carlos Sant’anna, o programa formulado pelos sanitaristas foi discutido no V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em novembro de 1984, que teve como objetivo declarado “*estabelecer propostas de diretrizes para o programa de saúde do futuro governo*” (Cebes, 1985a, p. 3). O simpósio, compreendido “*como parte do resgate das prerrogativas do Poder Legislativo*”, contou com ampla participação de técnicos de saúde, parlamentares, secretários estaduais e municipais de saúde, assim como entidades representativas do setor saúde e outras áreas da sociedade. Cerca de quinhentos participantes discutiram

questões relacionadas ao tema desde a estrutura, funcionamento até financiamento do setor.

O relatório final, consistente no documento intitulado “Proposta Política para um Programa de Saúde”, e as proposições aprovadas pelo V Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, foram encaminhadas por uma comissão da qual faziam parte membros da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, do Parlamento Brasileiro da Saúde¹⁴⁶, do Cebes e da Abrasco, ao então candidato à Presidente da República pela Aliança Democrática, Tancredo Neves.

Ao receber as conclusões, Tancredo Neves se comprometeu com a proposta de que, com a sua eleição, as questões afetas à área da saúde seriam encaminhadas à apreciação da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que, até então, mantinha-se como mera espectadora, quando muito, dessas discussões.

Após o sucesso do simpósio, a Federação Brasileira de Hospitais enviou carta a seus associados¹⁴⁷, em que informou os principais itens do relatório final aprovado no evento e deixou clara a necessidade de contra-atacar “o grupo estatizante que montou o referido simpósio”, por meio da formação de uma “*Frente com as Lideranças Sindicais, e, mais objetivamente, armar uma Bancada de Parlamentares, no mínimo de 20 Deputados, para que possamos influenciar decisivamente nas discussões que irão se travar no Parlamento Nacional*” (Cebes, 1985a, p. 41). A FBH, que ignorara a movimentação dos sanitaristas nos anos anteriores, ali percebia que suas negociações apenas com os altos técnicos da Previdência não seriam suficientes na conjuntura política que se iniciaria.

Entre 5 e 8 de fevereiro de 1985, data que se situava entre a eleição no colégio eleitoral e a aguardada posse, impedida pela trágica morte, de Tancredo Neves, foram realizados dois importantes eventos em Montes Claros, Minas Gerais, o “IV Encontro Municipal do Setor Saúde” e o “III Encontro Nacional de Secretários de Saúde”.

¹⁴⁶ Entidade que congregava membros das Comissões de Saúde do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e das Assembleias Legislativas dos Estados que buscava ampliar os debates sobre os problemas de saúde do povo brasileiro e formular e propor políticas de saúde. (Diário do Congresso Nacional, Seção I, 11 abr 1984, p. 1729).

¹⁴⁷ A carta foi reproduzida no nº 17 da Revista Saúde em Debate, que sobre ela comentou: “*Enquanto setores progressistas tem se mobilizado por uma democratização das políticas de saúde, aqueles que se beneficiaram ao longo dos anos das políticas de saúde autoritárias e privatizantes não tem ficado impassíveis ante um movimento que ameace seus lucros. Não apenas continuam agindo firmemente através dos tradicionais “anéis burocráticos”, mas acomodando-se à nova conjuntura política, procuram também representar seus interesses particularistas ao nível do Congresso. Isto tornou-se evidente numa carta da Federação Brasileira de Hospitais a seus associados*”.

Participaram do Encontro de Montes Claros mais de quinhentas pessoas, entre secretários municipais, profissionais de saúde, políticos, e representantes de entidades sindicais¹⁴⁸. Com a presença de quase cento e cinquenta secretarias municipais de saúde, além das Secretarias Estaduais de Minas, novamente ocupada por Dario Faria Tavares; de São Paulo, titularizada por José Yunes; e do Paraná, ocupada por Luiz Cordoni Júnior, esse evento situou-se entre os mais representativos do setor. O presidente eleito Tancredo Neves, convidado a participar do evento, enviou o Senador Marco Maciel como seu representante. José Saraiva Felipe, então secretário municipal de Montes Claros e organizador do evento, lembra-se que

Ainda que o tema central fosse a municipalização, as discussões transbordaram para a análise do momento político (a conferência do senador Marco Maciel foi sobre a conjuntura política da transição) e a importância da unificação dos serviços de saúde, o que pode ser atestado pelo documento final da reunião, a Carta de Montes Claros (...) Falaram, como conferencistas ou debatedores, representantes dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, secretários estaduais e municipais, do CEBES e da ABRASCO, de universidades e representantes da sociedade civil. Os expoentes do movimento sanitário apresentaram as suas críticas e erigiram os preceitos para a reorganização do sistema de saúde brasileiro (2021, p. 142-143)

Concluindo as discussões e a apresentação das propostas em debate, esses encontros aprovaram um documento final, intitulado “Carta de Montes Claros”, redigido por Hésio Cordeiro, que continha as principais questões, ideias e propostas consensuais do Movimento Sanitário quanto a uma nova política a ser implantada no setor. Reforçava e enfatizava, assim, os documentos anteriores apresentados pelo CEBES, pelo CONASS e pelo V Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados. Além disso, o evento é considerado um importante passo na trajetória que, alguns anos depois, resultaria na criação do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde, o CONASEMS¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Em suas memórias, Saraiva Felipe lembra: “fiz a articulação com os secretários municipais e estaduais de todo o país, com os parlamentares envolvidos, desde 1979, com a realização dos Simpósios sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, como Carlos Mosconi, Euclides Scalco, Raimundo Bezerra, Ubaldo Dantas, Eduardo Jorge, Almir Gabriel, dentre outros. Guardo com carinho as gravações das participações do Arouca, do Hésio, do João Yunes, do Nelsão, do Chicão, do Dario Tavares, do Eugênio Vilaça, do José da Silva Guedes, do Mozart Abreu e Lima, e de outros batalhadores pela construção do SUS. (...) Mas a presença de gente interessada na discussão das questões de saúde na Nova República fugiu ao controle. Só de secretários municipais de Saúde, tivemos a presença de 150, representando todas as regiões do país (2021, p. 141-142).

¹⁴⁹ Na obra “Municipalização: Veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil”, o Flávio Goulart, participante do movimento, afirma que “consolida esta etapa de primeiros passos, ao dar dimensão nacional para a discussão municipalista, além de lançar as bases para a institucionalização do movimento. Tal encontro coincide, propositalmente aliás, com um momento político particularmente efervescente, com as discussões sobre o plano de governos de Tancredo Neves e, principalmente, com a disputa pelos cargos no governo que iria se iniciar no mês seguinte ao do evento. A energia do movimento municipalista de saúde canaliza-se, então, para garantir o avanço das AIS no novo governo, preparar terreno

O encontro foi importante para apresentar ao governo eleito não apenas as propostas de reformulação setorial, mas também a fatura pelo apoio na campanha: o movimento queria se fazer presente na composição da nova administração. Saraiva Felipe lembra-se de ter falado com Marco Maciel sobre a ocupação dos cargos, enfatizando “*a importância do Hésio Cordeiro ocupar a presidência do INAMPS e do Arouca presidir a FIOCRUZ*”. Embora a lista das pretensões fosse maior, não teria havido outros encaminhamentos, “*até porque nesses espaços, caso vigessem as indicações, muita gente poderia ser abrigada*”.

3.3. A ocupação de cargos no Governo Sarney

A morte de Tancredo Neves comoveu o país. No velório, diante do caixão, José Sarney, seu vice e sucessor, prometeu: “*O seu compromisso, já o disse, será o nosso compromisso: a sua promessa será a nossa promessa; o seu sonho será o nosso sonho*”¹⁵⁰. De fato, Sarney manteve os compromissos e os escolhidos para compor os ministérios por Tancredo. Assim, assumiram o Ministério da Saúde o deputado Carlos Sant’anna, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, o ex-Consultor-Geral da República no governo João Goulart, Waldir Pires.

Embora Carlos Sant’anna estivesse na ala conservadora do governo e Waldir Pires na progressista, no início do governo o movimento tinha maior proximidade com o primeiro, que já o tinha como um forte aliado.

A ocupação de relevantes cargos, no entanto, aconteceu em ambos os ministérios. Por dependerem apenas da indicação do Ministro, foram nomeados no âmbito do Ministério da Saúde Eleutério Rodrigues Neto, como Secretário-Geral, o que corresponderia hoje ao cargo de Secretário-Executivo; Fabíola de Aguiar Nunes, como Secretária Nacional de Programas de Saúde; José Agenor, Secretário de Planejamento; Francisco Campos, Secretário de Recursos Humanos.

No Ministério da Previdência e Assistência Social foram nomeados, não necessariamente por indicação do movimento, José Saraiva Felipe, como Secretário de Serviços Médicos – “*uma estrutura que acompanhava e era um elo entre o ministério e*

para a VIII Conferência Nacional de Saúde, conquistar alianças internas e externas à saúde... (Goulart, 1996, p. 21)”

¹⁵⁰ JORNAL DO BRASIL. “Sarney: “Tancredo, seu sonho será o nosso”, Rio de Janeiro. 25 abr 1985.

o Inamps” (Felipe, 2021, 150); e Sônia Fleury, convidada para um cargo de assessora por já ser, à época, professora da Fundação Getúlio Vargas.

Os cargos mais cobiçados pelo movimento devido à sua relevância, no entanto, precisavam ser nomeados pelo Presidente da República – após vencida a disputa com fortes concorrentes –, o que exigiu a busca do apoio político das bancadas estaduais dos partidos da base do governo.

As articulações para conquistar a presidência do Inamps, órgão mais importante na assistência à saúde do país, começaram antes da morte de Tancredo. Logo que se soube da possibilidade de Waldir Pires vir a ser Ministro da Previdência e Assistência Social, formou-se um movimento no grupo do PMDB em São Paulo, com Guilherme Rodrigues da Silva, chefe do Departamento de Medicina Preventiva da USP; e no PMDB do Rio de Janeiro, com Hésio Cordeiro, José Luis Fiori, José Carvalho Noronha e Reinaldo Guimarães – todos do IMS/UERJ – para indicar ao eventual ministro um presidente para a autarquia. Noronha lembra de uma reunião, da qual participaram outros membros do movimento, em que ficou decidido que se tentaria trabalhar as candidaturas de Hésio Cordeiro e Guilherme Rodrigues de forma simultânea:

A gente fez a reunião com Nelsão [Rodrigues dos Santos], Hésio, eu, Luís Humberto [Pinheiro], Eleutério [Rodrigues Neto], Ardoni, Carvalheiro, prof. Guilherme [Rodrigues da Silva]. Dessa reunião com o Waldir [Pires – Ministro da Previdência e Assistência Social] sai a tentativa de trabalhar as candidaturas de Hésio e de Dr. Guilherme como simultâneas. Muito bem, ai nesse momento a gente começou a desenvolver um lobby parlamentar, parlamentar no sentido de apoio a Hésio. A gente sabe que a coisa vem pela política (Noronha, 1987-1988, p. 16 *apud* Dowbor, p. 139)

Após a desistência de Guilherme Rodrigues¹⁵¹, forma-se o consenso em torno de nome de Hésio Cordeiro, e a partir daí intensificam-se as articulações políticas¹⁵². A ideia

¹⁵¹ Hésio explica que “houve uma coisa desastrosa, que foi aquele acidente do Tancredo Neves e o Tancredo ficou internado no Hospital das Clínicas. E o Guilherme Rodrigues da Silva era, na época, o diretor Superintendente do HC. Então ele mandou dizer “Hésio, eu, com essa situação de Superintendente, é antiético eu pleitear...” Aquela coisa do Guilherme... “Eu vou usar o meu cargo para ficar próximo ao Presidente e ser indicado para presidente do INAMPS? Então, você tem que assumir” (2022, p. 98).

¹⁵² Aí eu fui a São Paulo, o (José da Silva) Guedes e o (Edmur Flávio) Pastorello fizeram lá uma reunião como Grupo de Saúde do PMDB. Na época, antes do Guilherme mencionar isso, eles tinham me indicado para diretor da CEME (Central de Medicamentos), então eu estava indo para a questão dos medicamentos - a tese do mestrado tinha sido medicamentos e eu tinha participado muito do trabalho com a CEME. Em São Paulo, da reunião com o Grupo de Saúde do PMDB de São Paulo, o Guedes, o Pastorello e uma série de pessoas, a CEME era o meu objetivo e o Guilherme iria para o INAMPS. Com doença do Tancredo mudou tudo. E o Gilvan Chaves, eu acho, já havia sido indicado, então eles disseram “não Hésio, você vai para o INAMPS”. Aí houve um consenso no sentido da minha indicação para o INAMPS e aí o Luiz Humberto, que era deputado federal pela Bahia, também já vinha articulando como Movimento Sanitário e tal, então levou meu nome ao Waldir Pires. Eu nem conhecia o Waldir Pires, era muito distante. (2022, p. 98- 9)

da candidatura de Sérgio Arouca, diferentemente, surge dentro de ENSP/Fiocruz¹⁵³. Após um processo de convencimento interno das outras unidades da fundação sobre a viabilidade do nome do sanitarista, iniciou-se a campanha para obtenção de apoio dos políticos da base governista.

A “ocupação” do Inamps e da Fiocruz tornou-se a bandeira do movimento. As chances de êxito não eram elevadas: Hésio, embora ligado ao PMDB do Rio de Janeiro, à época, não era um quadro expressivo do partido; Arouca era um reconhecido comunista¹⁵⁴. Ambos enfrentavam, entre outras resistências, a oposição ferrenha dos empresários ligados à área da saúde, principalmente daqueles ligados à Federação Brasileira de Hospitais, seus antagonistas históricos¹⁵⁵.

As campanhas de Arouca e Hésio foram trabalhadas estrategicamente, mobilizando seus aliados a pressionarem políticos, sindicatos, confederações de trabalhadores, associações de bairro. A missão era encarada como uma conquista coletiva, que exigia o comprometimento emocional e político dos militantes. Pela atuação

¹⁵³ Ary Miranda relata que “*internamente, aqui na FIOCRUZ, não tinha eleição pra presidente, mas houve um enorme movimento no sentido de questionar a gestão que estava estabelecida aqui dentro, e o Arouca surge como um nome. Discussão em toda a FIOCRUZ, abaixo-assinado, um apoio vigoroso interno da FIOCRUZ, ao mesmo tempo em que o movimento da reforma sanitária se propagava nacionalmente. Então ele vem também com enorme apoio nacional pra assumir a Presidência da FIOCRUZ*” (UNIRIO, 2005b, p.254).

¹⁵⁴ Fabíola de Aguiar Nunes recorda o episódio da seguinte forma: “E Arouca também, não só tinha a história d’eu ter estado na Nicarágua quando ele estava lá, ele já conhecia tudo isso, mas também a nomeação dele foi complicada, porque ele veio indicado pela Fiocruz e começou haver uma reação enorme ao nome dele, porque era comunista. Aí Carlos chegou para ele e disse: “Olha, você tem que fazer sua base política, você vai ter que ter uma apresentação dos deputados e de preferência vou fazer com você o que Tancredo fez comigo. Pegue todos os deputados do Rio de Janeiro, independente de coisa para lhe indicar para a Fiocruz”. Arouca conseguiu isso e a nomeação não saía. Aí um dia Arouca entrou no meu gabinete e disse: “Olhe, Fabíola, me desculpa eu não queria lhe meter nisso, mas agora... Eu posso até não ser nomeado, mas eu quero saber porque.” Eu tive que chegar lá e disse: “Olha, Carlos, eu gosto muito de Arouca, você pelo menos tem que dizer a ele porque é”. Ele disse: “É porque eu ainda não consegui a hora certa de falar com o Sarney, mas não diga isso a ele não, que eu próprio falo”. Carlos foi pra Sarney e disse o seguinte: “Olha eu tenho duas nomeações”. Uma era o próprio Guilardo [Martins Alves] que estava brigando para ficar e o outro era Arouca. “Eu gostaria de nomear o Arouca que me ajudou na programação, tem me ajudado em várias coisas. Então eu gostaria de nomear ele. Ele está com a indicação da bancada inteira. Agora eu quero lhe dizer logo uma coisa, para o senhor depois não ter desculpa de falar: Arouca é comunista de carteirinha do partido comunista do Brasil. Eu aposto nele, meu voto é nele, o Guilardo eu nem conheço porque eu não trabalhei com ele. Agora o senhor tem que nomear ele sabendo disso”. Ele olhou e disse: “Se ele vai para uma área técnica eu tenho vários amigos nessa situação, e se você se responsabiliza por ele e acha que está certo, tudo bem.”. Passado um tempo, [Luiz Carlos] Borges da Silveira quis demitir ele. Aí chegou para Carlos e disse: “Você sabia Carlos, que Arouca é comunista?”, ele disse: “Eu sabia e não use isso como desculpa porque o presidente Sarney também sabe. Exatamente eu não queria que depois demitisse Arouca por comunista. Eu disse a ele que eu abalizava Arouca. Aliás, ele estava abalizado pela bancada inteira do Rio de Janeiro, mas que ele era comunista. Portanto, por isso você não vai conseguir demitir ele”.

¹⁵⁵ Monika Dowbor cita, em tom de anetoda, que o assessor de um dos concorrentes de Hésio ao cargo, representante da FBH, Francisco Bedusque Xavier, tentava dissuadir os deputados a apoiarem o sanitarista, mostrando que em seus livros, ele dizia que tinha que estatizar o Ministério da Saúde, que ele seria comunista (p. 139).

coordenada nessas campanhas, fortaleceu-se a ideia de “Partido Sanitário”, alcunha que acompanhou o movimento quando de sua atuação na Assembleia Nacional Constituinte¹⁵⁶.

Após três meses de intenso trabalho de convencimento¹⁵⁷, entre avanços e recuos, o movimento conseguiu a direção da mais importante estrutura de serviços de saúde do país, o Inamps, e da principal instituição e ensino e pesquisa da área, a Fiocruz.

No comando dessas estruturas, ambos formaram suas equipes com membros do movimento. Com Hésio Cordeiro, foram trabalhar José Gomes Temporão e os integrantes ligados ao IMS/UERJ – Eduardo Levcovitz, Reinaldo Guimarães, José Carvalho Noronha. Na Fiocruz, compunham o núcleo mais próximo de Sérgio Arouca: os seus apoiadores na busca à presidência, Arlindo Fábio Gómez Souza, Carlos Morel e Luís Fernando Ferreira, que ocupavam a vice-presidência da instituição; o sanitarista Ary Carvalho de Miranda, nomeado seu chefe de gabinete; a jornalista Christina Tavares, assessora de comunicação; e Mario Hamilton, sanitarista argentino que havia prestado assessoria ao Projeto de Montes Claros, nomeado superintendente de Administração Geral.

Após conseguir chegar à direção dos mais importantes órgãos da área de saúde do país, o Movimento Sanitário deparou-se com um grande desafio, que ameaçou a sua continuidade: a discordância acerca da incorporação do Inamps pelo Ministério da Saúde, uma das principais pautas do movimento.

Envolvendo muito poder político e financeiro, o Inamps passou a ser alvo de disputa dos dois ministros da área, Carlos Sant’anna e Waldir Pires, e com isso, criou-se um racha entre os respectivos grupos. Os alinhamentos corporativos resultaram em enfrentamentos técnico-políticos entre as equipes do INAMPS e do MS, o que ameaçou

¹⁵⁶ Fernando Henrique Cardoso (2013), em entrevista sobre a constituinte, recorda-se: “Outra área que foi importante foi a questão da previdência, a noção de seguridade deu uma briga imensa, havia o partido sanitarista, você lembra, que eram médicos e que tinham um papel importante”

¹⁵⁷ Segundo Hésio, “o Waldir recebeu meu currículo, levou ao Sarney e o Sarney nada de nomear. Não era só eu não. Não nomeava o do INPS, que era o pai do líder o PSDB... Arthur Virgílio! O Arthur Virgílio Filho (pai do atual Arthur Virgílio, que é Neto), é que foi nomeado para o INPS. E o Paulo Baccarini para o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social). O Paulo Baccarini e o Arthur Virgílio tinham sido cassados em 1964 e o Waldir levou a indicação deles e a minha – que não tinha sido cassado em nada ainda – mas o Sarney não nomeava. Ficaram três meses as indicações lá e então o Waldir Pires, um belo dia, pressionou: “Ou o senhor nomeia estas três indicações do PMDB para a Previdência, ou eu é que me demito agora!” *Aí o Sarney acabou nomeando, em 20 de maio de 1985.*” (2022., p. 99)

dividir o Movimento Sanitário, “*drenando energias em favor das transformações e avanços realmente importantes e factíveis*” (Felipe, 2021, p. 160).

Embora Sant’anna não fosse um militante do movimento, nem considerado um progressista, compartilhava das ideias e tinha relações próximas com alguns dos ativistas. Tendo encampado a proposta por eles defendida com afinco ao longo dos anos, fez da incorporação administrativa do Inamps pelo Ministério da Saúde a sua bandeira política.

Político influente e bem articulado, Sant’anna conseguiu que o Presidente do Senado José Fragelli promulgasse a Resolução nº 01, de 1985 – CN, delegando poderes ao Presidente da República para a elaboração de uma lei que iria dispor sobre a reestruturação dos Ministérios da Saúde e da Previdência.

Por determinação da citada resolução, a lei delegada deveria i) dar ao Ministérios da Saúde a denominação de Ministério da Saúde Pública e Assistência Social e ao Ministério da Previdência e Assistência Social a denominação de Ministério da Previdência, além de criar a estrutura básica dos dois ministérios; ii) estabelecer que a atuação do Ministério da Previdência Social ficaria adstrita aos problemas previdenciários; iii) estabelecer que o Ministério da Saúde Pública e Assistência Social seria responsável normativo e executivo por toda a Política Nacional de Saúde, em seus aspectos preventivos e nos de assistência médica em todos os níveis; iv) estabelecer que o Ministério da Saúde Pública e Assistência Social deveria articular-se estreitamente com as Secretarias de Saúde Estaduais, devendo abrigar, além dos órgãos pertencentes à atual estrutura do Ministério da Saúde, os seguintes: Inamps, com toda a sua estrutura; o Conselho Nacional de Serviço Social atualmente subordinado ao Ministério da Educação e Cultura; a CEME - Central de Medicamentos; e outros, que se fizerem necessários para a plena execução das finalidades do novo Ministério; e por fim, v) determinar que as respectivas dotações orçamentárias deverão deslocar-se com as unidades orçamentárias, de acordo com a estruturação definida.

A manobra de Carlos Sant’anna instaurou uma crise com Waldir Pires, que não aceitou a espoliação de seu ministério. O Ministro da Previdência considerou acintosa a edição da Resolução do Congresso, por considerá-la desnecessária: o Presidente não precisaria fazer uso de uma lei delegada para reestruturar administrativamente os ministérios. Essa alteração poderia ser feita por decreto-lei, instrumento ainda válido naquele momento. Saraiva Felipe, que era um assessor direto de Waldir Pires, relata

Cheguei a tratar desse assunto com o ministro Waldir Pires. Ele foi taxativo: disse-me que não admitiria a transferência do órgão. Preferia deixar o cargo se

fosse pressionado a fazê-lo. Argumentou que, no âmbito do ministério, o único espaço onde havia alguma flexibilidade para atendimentos políticos era o da saúde previdenciária. Politicamente, o INAMPS era a joia da coroa do sistema previdenciário (2021, p. 158).

Os ministros das duas pastas tinham razões políticas e pessoais para, de um lado, pressionar pela transferência do INAMPS para o MS e, de outro, para resistir à proposta. Apesar de inúmeros documentos formulados pelo movimento sugerirem a medida, o conflito se configurou como um embate entre conservadores e progressistas, tornando fácil a neutralização da sua consecução, pois Waldir Pires tinha maior trânsito entre as esquerdas¹⁵⁸. Representações classistas dos trabalhadores, parte significativa do clero, as associações que congregavam prestadores de serviços privados, os funcionários públicos do INAMPS e muitos políticos, com Ulysses Guimarães à frente, posicionaram-se contra a adoção da medida naquele momento. José Gomes Temporão, que trabalhava com Hésio Cordeiro no Inamps, explica a situação nos seguintes termos:

O Ministério da Saúde defendia a unificação imediata pelo alto, ou seja, o Ministério da Saúde e Previdência compondo um único ministério – ou da Seguridade Social ou da Saúde –, e o Inamps defendia a unificação por baixo, ou seja, avançando na questão da descentralização. (...) Havia claramente uma luta política entre Waldir Pires [Previdência] e Carlos Sant’anna [Saúde], em que ninguém queria abrir mão do seu espaço, o que atrasou a discussão da unificação por cima. Depois entrou o Rafael de Almeida Magalhães [Previdência] que radicalizou o processo. Essa é uma discussão interessante porque a possibilidade de transformação daquela conjuntura estava marcadamente dada pelo fato de que o Inamps, paradigma do espaço conservador, tinha sido penetrado por um grupo progressista, que trouxe para dentro do Inamps as novas ideias. E isso é polêmico porque é aí que se dá o embate (Brasil, 2006, p. 78).

O argumento principal para a postergação da medida era o de que essa, por envolver o patrimônio dos trabalhadores, não poderia ser tomada por determinação de técnicos ligados a um ministro conservador, sem que aqueles fossem ouvidos. Além disso, a Constituinte, que se aproximava, seria a ocasião adequada para a redefinição do perfil do novo arcabouço político administrativo da área da saúde.

¹⁵⁸ De acordo com Sérgio Arouca “nessa época, eu me torno presidente da Fundação Oswaldo Cruz, o Hésio Cordeiro se torna presidente do Inamps, Renato Archer começa a atuar na Ciência e Tecnologia e Waldir Pires assume a Previdência Social. Há um núcleo de pensamento da esquerda em conflito com um núcleo conservador. Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. Começa aí a discussão em torno do primeiro passo a ser dado. O marco era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde, e qualquer reforma deveria começar pela integração. Mas havia um problema: a Saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, o Carlos Santana consegue um decreto que autoriza o Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires então veta o decreto, dizendo que “o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles”. (AROUCA, 2003, p. 356)

A crise que se instaurou deixara expostas algumas contradições do movimento. Enquanto o grupo da Previdência, liderado por Hésio Cordeiro, após ingressarem no comando do Inamps, passou a rechaçar as propostas por ele defendidas até pouco tempo antes, resistindo às tentativas de incorporação da autarquia pelo Ministério da Saúde, o que os fez serem vistos por muitos como “traidores”¹⁵⁹; o grupo da Saúde, liderado por Arouca, e formado por Eleutério Rodrigues e outros, pretendeu realizar a reformulação da estrutura e das política setoriais como verdadeiros “tecnoburocratas”, seguindo o modelo usado durante a ditadura – e que tanto era criticado pelo movimento –, em que as decisões eram tomadas dentro dos gabinetes, sem envolvimento dos diversos atores interessados.

Foi nesse contexto de tensão interna que surgiu a oportunidade para se realizar a grande e inovadora Conferência Nacional de Saúde, a que Eleutério Rodrigues Neto já se referia na proposta de plano de governo do candidato Tancredo Neves. De acordo com Fabíola de Aguiar Nunes¹⁶⁰, partiu de Sérgio Arouca, em uma reunião em que se discutiam soluções para o impasse havido com a Previdência, uma solução democrática e que preservaria a união do movimento: por decreto, seriam passadas estruturas menores do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, e a incorporação do Inamps seria decidida em uma Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação popular.

¹⁵⁹ Eleutério Rodrigues Neto entende que “a compreensão do processo não se dá sem traumas. O próprio movimento sanitário saiu “chamuscado” do embate entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social, na tentativa daquele de incorporar o Inamps em 1985. Muita emoção foi gasta na ocasião comprometendo os argumentos de um e outro lado. De uma parte havia a acusação de açodamento, e de outra era notória a manipulação da opinião do movimento sindical, numa defesa corporativa da previdência incoerente com os postulados até então defendidos.” (2019, p. 90)

¹⁶⁰ Em seu depoimento, a sanitária lembra: “O Arouca chegou e disse o seguinte: ‘Ministro, eu acho que a gente não deve perder o que ganhou no Ministério da Saúde. Um ano do senhor no Ministério da Saúde dando força a gente isso vai ter uma revolta, uma revolução que é muito importante, a gente não pode perder. Acho também importante o que está sendo feito na Previdência, o Dr. Waldir não vai ceder, o senhor, mesmo que a gente consiga que o movimento sanitário venha pra cá, apoie, Hésio tem uma boa liderança...’. Tinha outras pessoas que tinham lá, que ele citou várias pessoas que estavam lá com o Hésio “também têm boa liderança, então vai ser uma... O senhor vai dividir o movimento sanitário, primeira coisa. E segunda coisa, se o senhor conseguir, o senhor vai conseguir mais tarde, eu acho que o senhor deve tentar e deixar realmente, deixar, mas sem muito entusiasmo. Agora, se vier a decisão do presidente dizer ao senhor que não vai conseguir enfrentar e botar a previdência pra cá, a alternativa que o senhor vai dar é o seguinte: Está bom, então o senhor bota a CEME, bota o Conselho Nacional de Desenvolvimento Social... A CEME, o movimento... E o INAMPS nós vamos decidir na Conferência. Então o senhor faz uma conferência. Agora, essa Conferência tem que ser de Nova República, é diferente”. Ele disse: “Como diferente?”, “Ela não vai ser uma conferência de (inaudível), o senhor vai ter que botar uma pessoa que venha da base do município pra cá, com as conferências todas, chega aqui vamos discutir do município pra cá, se quer ou não quer unificar, e hoje ..” (2004, p. 63)

3.4. A Oitava Conferência Nacional de Saúde

Instituída pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que deu nova organização ao Ministério de Educação e Saúde, a Conferência Nacional de Saúde – assim como a Conferência Nacional de Educação – tinha por objetivo inicial facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à área, realizadas em todo o país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais. Pela lei, as conferências seriam convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos, e dela tomariam parte autoridades administrativas que representassem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.

Na exposição de motivos do Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941, que convocou a 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde, o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, indicava serem esses “*órgãos destinados a promover o permanente entendimento deste Ministério com os governos estaduais no terreno da administração dos negócios de sua competência*”.

Nessa perspectiva, o papel atribuído às conferências quando de sua institucionalização foi o de promover o intercâmbio de informações e por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros, não havendo qualquer menção à processos deliberativos. Ainda assim, as Conferências Nacionais de Saúde, com maior ou menor grau de intensidade, interferiram nas políticas de saúde e no Sistema Nacional de Saúde (Escorel, 2005, p. 101).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde somente foi realizada em 1950, e teve como objeto de discussão o tema “Legislação referente à Higiene e à Segurança do Trabalho”. Realizada 13 anos após a 2ª, em dezembro de 1963, poucos meses antes do golpe que derrubaria o Presidente João Goulart – um momento de intensa crise política, com posições polarizadas em torno dos modelos de desenvolvimento social e econômico a serem implementados no país –, a 3ª Conferência, promovida pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul, foi coordenada por Mário Magalhães da Silveira, expoente do pensamento do sanitarismo desenvolvimentista, e figura recorrente nos eventos e publicações do Movimento Sanitário. Essa conferência objetivava, segundo o decreto que a convocou¹⁶¹,

¹⁶¹ Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963.

tratar da situação sanitária da população brasileira; da distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; da municipalização dos serviços de saúde e da fixação de um plano nacional de saúde. Extrapolando os limites da discussão técnica, a 3ª Conferência apresentou um caráter político.

Sob o regime militar, a realização das conferências não teve regularidade. A 4ª Conferência, realizada entre 30 de agosto e 4 de setembro de 1967, foi presidida pelo Ministro da Saúde Leonel Miranda. Apresentando em sua gestão propostas opostas as dos sanitaristas da conferência anterior, Miranda era considerado um “*representante dos interesses da mercantilização dos cuidados à saúde*” (Gadelha *et al.*, 1988, p. 79).

Após quase dez anos, durante o governo Geisel, refletindo a maior atenção que se passou a dar à área social e a renovação dos quadros do Ministério da Saúde, foram realizadas a 5ª e a 6ª Conferências, em 1975 e 1977, respectivamente. A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1980. Essas conferências, de forma geral, discutiram e fortaleceram as propostas de extensão do atendimento à saúde primária relatadas no capítulo anterior, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), objeto da 6ª Conferência, e a proposta do Prev-Saúde, discutido na 7ª. À medida que o regime se enfraquecia – e que a crise econômica aumentava – as conferências passavam a incorporar novos atores, como pesquisadores, parlamentares e outros segmentos de representação – sem, no entanto, abrir-se para a participação dos movimentos sociais – e mostravam-se mais permeáveis às ideias racionalizadoras apresentadas pelos adeptos do movimento, que apresentavam o fortalecimento do serviço público de saúde como uma alternativa aos altos custos da medicina previdenciária.

Até a 7ª Conferência Nacional de Saúde os delegados eram escolhidos pelo ministro da Saúde ou autoridades administrativas como seus representantes, o que ao mesmo tempo em que permitia a participação de técnicos intimamente ligados à construção de propostas para a política de saúde, provocava um afastamento da população, das administrações locais e mesmo dos envolvidos com o movimento sanitário, dos processos decisórios

É nessa perspectiva que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco significativo. Alterando a composição e escolha dos delegados e incorporando a participação da sociedade civil organizada, inaugurou uma “nova institucionalidade” das conferências ao se caracterizar como um fórum – ainda que convocado pelo Executivo federal e destinado a dar respostas a essa instância governamental – autônomo e

independente (Escorel, 2005). Além disso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve o êxito de institucionalizar a proposta de Reforma Sanitária.

A ideia de se realizar uma conferência diferente das anteriores já constava nos documentos formulados pelos sanitaristas quando da campanha de Tancredo. A simbologia da conferência como o espaço em que eram definidas as políticas de saúde fazia com que esse evento fosse o lugar ideal para se apresentar as propostas do grupo à constituinte que acabara de ser convocada.

Embora estivessem ocupando cargos importantes na estrutura do governo, a posição do grupo era de constante fragilidade. Com exceção de Carlos Sant'anna, não havia nenhum outro grande nome da política nacional que tivesse o compromisso com a reforma sanitária como sua principal bandeira política. Com isso, era necessário legitimar não só a transferência do Inamps, como declarado, mas todas as suas propostas, e a sua própria consagração como um interlocutor que tivesse voz dentro da Assembleia Nacional Constituinte. E isso teria que ser feito com o apoio de toda a massa de sanitaristas mobilizada ao longo dos anos e, o mais importante, com intensa participação popular.

Surgida a oportunidade ideal para apresentar a ideia, Sérgio Arouca, lembrado como alguém que promovia o consenso entre as diversas correntes e visões existentes dentro do movimento, propõe a Carlos Sant'anna a realização de uma conferência não apenas inovadora, mas completamente diferente das já realizadas. As discussões começariam de baixo para cima, iniciando nos níveis locais, em pré-conferências, para somente ao final chegar ao nível federal, e seria composta por um mínimo de mil delegados indicados metade pelos governos federal e estadual e metade pela sociedade civil.

Fabíola de Aguiar Nunes explica que Sérgio Arouca convenceu Carlos Sant'anna a adotar sua ideia, garantindo-lhe que a Fiocruz assumiria a organização do evento:

O que Arouca propôs foi (...) começar de baixo para cima. E dizia: 'Se a gente tem realmente um argumento bom, a gente vai poder começar a discutir do município para cá e quando chegar aqui a força do movimento social vai viabilizá-lo. Carlos Sant'anna, considerando que administrar essa conferência ia ser muito difícil, perguntou a Arouca se a assumia, como Presidente da FIOCRUZ. Arouca disse que sim, propôs e defendeu um mínimo de mil delegados, mesmo com o argumento de que era um número muito elevado, sendo contra a sugestão para reduzi-lo. Arouca achava que mil delegados era o mínimo para legitimar a conferência, começando dos municípios – as pré-conferências – que agora são históricas e um fato dado na organização das conferências. Ou seja, a ideia original foi de Sergio Arouca e a força política que fez isso acontecer foi de Carlos Sant'anna.' (BRASIL, 2006, p.83).

Daí decorre outro marco dessa conferência, a intensa participação da comunidade. De maneira inédita, na 8ª Conferência Nacional de Saúde contou-se com a presença e a participação de diferentes representantes do clero, de associações de bairro, de sindicatos, enfim da sociedade como um todo nas deliberações da política de saúde. Uniram-se ao Movimento Sanitário os movimentos sociais que ao longo da transição atuaram conjuntamente com o Cebes. Essa organização concretizou a proposta do debate democrático, uma das mais fortes bandeiras do movimento, e possibilitou o confronto de opiniões e de ideias entre os atores participantes, ajudando a materializar o processo de construção da sociedade que se idealizava.

Por esforço dos membros do movimento dos grupos da Saúde e da Previdência, a ideia contou com o apoio político de ambos os ministros. Convencido da importância política e da viabilidade da proposta, Carlos Sant'anna conseguiu que Sarney convocasse a 8ª Conferência Nacional de Saúde, nos moldes sugeridos por Sérgio Arouca, por meio do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985.

O decreto que convocou a 8ª Conferência dava sinais das mudanças. Como participantes, estavam previstos – além dos habituais técnicos e representantes dos estados e dos ministérios afetos à área da saúde – parlamentares estaduais, representantes de organizações sindicais de empregados e empregadores; de associações, conselhos e sindicatos dos profissionais de saúde; de entidades prestadoras de serviços de saúde; e de outras entidades representativas da sociedade civil.

Como temas a serem debatidos, três das principais bandeiras do movimento: i) Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; ii) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de: integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde; e iii) Financiamento setorial.

Os dois primeiros temas já vinham sendo desenvolvidos pelos intelectuais do movimento desde o seu início. A luta contra o modelo fortalecido na ditadura, que destinava a assistência médica curativa individual ao Ministério da Previdência e as campanhas preventivas de saúde coletiva ao Ministério da Saúde, segregando a população em filiados da previdência e indigentes, é uma pauta recorrente desde as primeiras manifestações públicas do grupo. Entendia-se que era necessário conceber a saúde como um direito social, e não previdenciário, destinado a toda a população. Esse direito deveria

ser garantido pelo Estado, para evitar que sua efetivação ficasse sujeita aos interesses econômicos do mercado, impedindo a “mercantilização da saúde”.

O terceiro tema, diversamente, começa a surgir com mais intensidade no discurso do movimento com a crise econômica que se instala no país nos fins da década de 1970, e que em 1981 faz eclodir a “Crise da Previdência”. Na impossibilidade de se cortar outros benefícios previdenciários por estarem previstos em lei, o governo reduziu consideravelmente as verbas destinadas à assistência médica previdenciária. Essa redução, que atingiu tanto os prestadores privados quanto a extensão de atendimento primário que timidamente se desenvolvia, ambos dependentes dos recursos da previdência, acendeu o alerta para os membros do movimento quanto à necessidade de se fixarem fontes perenes de financiamento para a saúde.

A 8ª Conferência não poderia se dar em momento mais significativo. Pouco menos de um mês antes de assinar o decreto que a convocava, Sarney havia encaminhado ao Congresso a Proposta de Emenda à Constituição nº 43, de 28 de junho de 1985, que, transformada na Emenda Constitucional nº 26, em 27 de novembro daquele ano, convocava a tão aguardada Assembleia Nacional Constituinte. Além disso, em 18 de julho de 1985, Sarney havia editado o Decreto nº 91.450, que instituía, junto à Presidência da República, uma Comissão Provisória Estudos Constituintes¹⁶². O Movimento Sanitário não aceitaria que um anteprojeto elaborado por notáveis fosse adotado em detrimento do seu. Para isso, precisava que suas propostas fossem legitimadas por técnicos, acadêmicos, políticos, grandes lideranças de outros movimentos sociais, e principalmente, pelo apoio popular.

Na condução do evento, o Movimento Sanitário foi hegemônico. Por designação do Ministro da Saúde, coube a Sérgio Arouca, como presidente da Fiocruz, a presidência da comissão organizadora da Conferência. Para a comissão de relatoria, foram designados Guilherme Rodrigues da Silva, do Departamento de Medicina Preventiva da USP, como relator geral, e Solón Magalhães Viana, do IPEA/SEPLAN e Roberto Passos Nogueira, da OPAS, como relatores. No Comitê Executivo, Hésio Cordeiro, do Inamps; José Saraiva Felipe, do Ministério da Previdência e Francisco Campos, do Ministério da Saúde – os dois últimos organizaram a I SESAC, encontro estudantil tratado no primeiro

¹⁶² Composta por 50 membros de livre escolha do Chefe do Executivo, a comissão de notáveis tinha a missão de desenvolver pesquisas e estudos fundamentais, no interesse da Nação Brasileira, para futura colaboração aos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte. Apesar do texto do anteprojeto ter sido publicado no suplemento especial do Diário Oficial da União de 26 de setembro de 1986, o documento não foi enviado oficialmente ao Congresso Nacional.

capítulo deste trabalho, e atuaram no Projeto de Montes Claros, descrito no segundo capítulo. No Comitê Assessor, coordenado por Eric Jenner Rosas, então presidente do Cebes, estavam David Capistrano Filho, Cristina Possas, além muitos integrantes da Fiocruz que compunham a administração de Sergio Arouca, destacando-se Arlindo Fábio Gomez de Souza, Ary Carvalho Miranda, Paulo Buss e Thereza Christina Tavares.

Muitos outros membros do movimento, que atuaram nos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades; nos programas de extensão de cobertura, como o Projeto de Montes Claros, PESES, PPREPS; na OPAS; além dos grupos da Saúde e da Previdência, participaram da conferência, como assessores, debatedores, ou apresentado trabalhos. A Abrasco¹⁶³ e o Cebes também participaram ativamente da organização e divulgação da conferência.

Inicialmente marcada para 2 a 6 de dezembro de 1985, a conferência foi adiada para março do ano seguinte, devido à realização de pré-conferências estaduais. De acordo com Arouca, as pré-conferências estaduais de saúde “*nasceram num movimento quase que próprio, quando os estados começaram a ter interesse em se preparar para a conferência*” (1987, p. 40). O objetivo desses encontros era – além de reunir propostas, elaborar documentos técnicos e relatórios para serem utilizados como subsídios durante o debate na Conferência Nacional – conquistar o apoio político das lideranças da área da saúde em diferentes estados do país.

Por isso, no processo preparatório da 8ª Conferência, os organizadores estimularam e apoiaram a realização de pré-conferências estaduais. Todos os estados realizaram esses encontros, sendo que alguns deles – Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará – tiveram conferências municipais antes do evento estadual (Radis, 1986). Ary Miranda, chefe de gabinete da presidência da Fiocruz na gestão de Sérgio Arouca e um dos organizadores da 8ª Conferência considera que

A 8ª Conferência foi um processo de mobilização da sociedade brasileira do qual todos os estados participaram, uma quantidade enorme de municípios, com o qual a sociedade organizada de maneira geral se envolveu. Se você pensar que está discutindo um projeto de saúde público... Sindicatos rurais do interior do Maranhão participaram! Na época eu fiquei três dias enfiado num convento lá discutindo com mais de 38 sindicatos rurais, naquele processo de preparação da 8ª Conferência. Enfim, de tudo isso nasceu uma proposta que se consubstanciou claramente na Constituição brasileira de 88.

¹⁶³ Especialmente a ABRASCO desempenhou um papel de protagonismo tanto na organização quanto na condução dos temas a serem discutidos na 8ª Conferência, com especial destaque à formulação do documento “Pelo direito universal à saúde”, que também serviu de documento base para o debate do evento. (Rodrigues Neto, 2003; Escorel e Bloch, 2005).

Por intermédio de Hésio Cordeiro, o Inamps realizou convênios com a Fiocruz que viabilizaram a transferência de recursos financeiros para fazer frente às despesas de viagens e mobilização de pessoas nas etapas de pré-conferência. Na mesma época, por convênio, o Inamps também financiou o desenvolvimento do Projeto Radis, programa de comunicação da ENSP/Fiocruz, e a criação do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, dirigido por Eleutério Rodrigues Neto, que iniciou suas atividades de extensão assessorando a Comissão Organizadora da 8ª Conferência.

O grande comprometimento profissional e emocional da equipe organizadora fez com que o evento tomasse grandes proporções. Na tentativa de chamar a atenção da população para uma discussão que costumava se restringir a técnicos, e atingir os mais diferentes públicos, Christina Tavares, assessora de comunicação da Fiocruz conseguiu inserir chamadas da Conferência em novelas e comerciais exibidos em horário nobre¹⁶⁴. A estratégia foi bem-sucedida: as mais diversas associações e entidades de todo o país entravam em contato com a Fiocruz buscando informações sobre como participar do evento¹⁶⁵.

Paulo Gadelha indica que a atração do maior número de participantes se devia à importância dada pelo grupo de envolver a população nas discussões que em breve se iniciariam na constituinte:

entre os organizadores da 8ª Conferência, havia os que consideravam que o seu produto final não seria tão relevante como foi o uso deste espaço para influência na Constituinte. Assim, o importante seria a abertura para um grande número de delegados visando à politização do eleitor. O peso político mais definitivo ficaria por conta de outros fóruns, como a Comissão de Saúde da

¹⁶⁴ Na semana que antecedeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, os organizadores conseguiram veicular, em horário nobre, propaganda sobre a realização do fórum. Protagonizada por Milton Nascimento, o cenário era uma favela e os figurantes uma mulher grávida e crianças em meio à miséria. Em meio a essa realidade, o roteiro dizia: “saúde é dever do Estado e um direito do cidadão, que não termina mesmo que você esteja desempregado. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde vamos definir esta e muitas outras questões para que todos os nossos direitos ligados à saúde sejam garantidos”. O esforço de divulgação conseguiu, inclusive, ainda, inserir na novela Roque Santeiro, um cartaz sobre o evento e fala do Padre Albano para os fiéis de Vila Miséria sobre a importância do encontro e a necessidade de todos se organizarem para a solução dos problemas de saúde.

¹⁶⁵ FIOCRUZ, Casa de Oswaldo Cruz preserva memória da Oitava Conferência. 29 ago 2016. Saltam aos olhos, por exemplo, indícios da enorme força atrativa que a Conferência exerceu sobre pessoas e entidades no país todo. Na visita aos papéis da Oitava, a ideia de “participação popular”, tão comumente associada ao evento, ganha volume, forma e textura: calhamaços de folhas ofício registram pedidos de esclarecimento sobre como integrar o encontro. Algumas mensagens averiguam a possibilidade de apoio financeiro; outras sugerem temas que deveriam entrar na pauta de debates. São missivas que chegam de diversos cantos do Brasil, assinadas por entidades tão variadas entre si quanto a União Nacional dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem, a Associação de Diabéticos de Nova Iguaçu, o Conselho Indigenista Missionário e o Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade de São Carlos. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/casa-de-oswaldo-cruz-preserva-memoria-da-oitava-conferencia>.

Câmara dos Deputados” (1988, p.83).

Como resultado de todo esse esforço, reuniram-se, no período de 17 a 21 de março de 1986, no ginásio de esportes de Brasília, mais de 4.000 mil pessoas, para discutir a concepção de direito à saúde que iria ser levada à apreciação da Assembleia Nacional Constituinte. Entre essas, 1000 eram delegados escolhidos ou indicados representantes de instituições, organizações e entidades segundo critérios definidos internamente por cada uma delas (RADIS, 1986).

Inicialmente, a comissão organizadora havia previsto que durante a conferência os trabalhos de grupo dos delegados aconteceriam separadamente dos participantes e que estes teriam direito à voz em plenário, mas apenas os delegados votariam. Entretanto, em função da reivindicação dos participantes, esta decisão se modificou, estabelecendo-se que os participantes também se reuniriam em grupos, apresentariam seus relatórios e uma comissão constituída por relatores dos dois grandes grupos – delegados e participantes – compatibilizaria o relatório final a ser aprovado em plenário (Escorel, 2005, p. 118).

A repartição proporcional das vagas de delegado entre as diferentes categorias representantes gerou diversos conflitos, externos e internos ao movimento, e houve a necessidade da convocação de uma plenária extraordinária para a discussão do assunto.

Os prestadores privados de serviço, representados pela Federação de Hospitais Brasileira – antagonista histórico do Movimento Sanitário – sentiram-se prejudicados e boicotaram a Conferência alegando que sua participação era desproporcional à sua importância no setor, e em relação à participação da sociedade civil.

Após pressionarem o Ministro da Saúde Roberto Santos para aumentar sua representatividade, condicionando sua participação na conferência à divisão que entendiam justa – de modo que o setor privado ficasse com um terço das vagas para delegado, o governo, com outro terço e a representação popular, com o terço restante – as entidades do setor privado de saúde publicaram manifesto datado de 11 de março, informando que não participariam da conferência, por causa do regulamento que lhes reservara “*vinte das mil vagas com direito a voto pelo setor privado o qual, segundo elas, responde por 80% da assistência médica brasileira*”¹⁶⁶. Segundo eles, a medicina privada, apesar de ser responsável por 80% do atendimento médico-hospitalar do país não teve na conferência representação condizente com sua importância. Em outros

¹⁶⁶ Folha de São Paulo. Setor Privado de Saúde terá seu próprio congresso. 18 mar 1986, p. 31.

documentos, a informação constante é a de que teriam sido destinadas ao setor privado 75 vagas, número, de qualquer forma, muito aquém das cerca de 330 vagas pretendidas.

Essas mesmas entidades, que congregavam hospitais, laboratórios e serviços, decidiram realizar o seu próprio congresso, o 1º Congresso Nacional de Saúde das Entidades não Governamentais, entre os dias 13 e 15 de agosto daquele ano, em São Paulo. O objetivo era apresentar à Constituinte propostas que, no entender do setor, se levadas à 8ª Conferência Nacional de Saúde, não teriam o apoio da maioria dos mil delegados com direito a voto presentes ao encontro do Distrito Federal. O vice coordenador do evento previu como principais teses a serem defendidas no 1º Congresso do setor privado

a participação efetiva no convênio das Ações Integradas de Saúde (os serviços particulares ocupam o terceiro lugar, depois dos órgãos públicos e entidades filantrópicas), melhor remuneração dos serviços e participação real do governo federal no orçamento da Previdência Social – segundo Farhat, subvencionam a Previdência apenas empregados e empregadores. O coordenador do Congresso, que é também vice-presidente do Sindicato dos Hospitais do Estado de São Paulo e diretor da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo e diretor da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, alegou que, se o governo remunerasse melhor os hospitais e serviços conveniados, seria possível dar melhor atendimento aos segurados da Previdência. “Em serviços públicos próprios”, diz ele, “o atendimento fica 6,8 vezes mais caro do que no setor privado”¹⁶⁷.

Em sua fala durante a Conferência, Arouca destacou a ausência dos representantes das empresas privadas:

Há uns dias atrás, algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande porcentagem dos serviços de saúde prestados ao País, deviam ter maior número de delegados. Mas se equivocaram. No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. E esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviços. Mas eu lamento profundamente a sua ausência, porque nesta Conferência está se tratando de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro. Assim, a eles queria deixar uma mensagem: que, mesmo na sua ausência, vamos estar defendendo os seus interesses, desde que estes não sejam os interesses da mercantilização da saúde. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque vai ser defendido (Brasil, 1986, p. 39).

Não só os antagonistas do movimento, mas também membros e aliados se sentiram alijados no que toca à representatividade. Nelson Rodrigues do Santos reitera em vários depoimentos que os secretários municipais teriam sido prejudicados por terem

¹⁶⁷ Folha de São Paulo. Setor Privado de Saúde terá seu próprio congresso. 18 mar 1986, p. 31.

sido destinadas a eles apenas 12 vagas. Ao contrário do que ocorreu com os representantes da iniciativa privada, os apelos do movimento municipalista da saúde tiveram êxito, obtendo um total de 82 vagas¹⁶⁸.

Em entrevista concedida à equipe do NESP/UnB, durante o evento, Sergio Arouca justificou a divisão das vagas de delegado, ao argumento de que, naquele momento, o fundamental era escutar os trabalhadores e os usuários. Portanto, das vagas destinadas à sociedade civil, foram priorizados os sindicatos e as associações de bairro, distribuídas da seguinte forma: 50 vagas à Confederação Nacional da Classe Trabalhadora (CONCLAT), 50 vagas à Central Única dos Trabalhadores (CUT), 50 vagas à Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) e 50 vagas para a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). Já as outras 300 vagas foram distribuídas entre instituições da sociedade civil que de alguma forma poderiam contribuir com propostas para a reformulação do Sistema de Saúde do Brasil, tais como representantes de instituições religiosas, representantes dos direitos da mulher, entre outros.

As outras vagas, correspondentes a 50% do total, foram atribuídas ao setor saúde, aqui compreendidos os órgãos governamentais – ministérios e secretarias de saúde, associações, conselhos e sindicatos de profissionais de saúde, além dos empresários ligados ao setor. Foram representados todos os ministérios, independente da área de atuação, e todas as instituições que em nível estadual, municipal ou federal tratavam da saúde.

A conferência contou também com ilustres participantes que não eram esperados. O deputado Ulysses Guimarães compareceu ao evento pouco antes do início da cerimônia

¹⁶⁸ Nelson Rodrigues dos Santos relembra que “*Quando chegou a VIII Conferência – os próprios organizadores que eram companheiros nossos da reforma sanitária, companheiros do Cebes -, deram 12 vagas para os secretários municipais de saúde, porque era aparentemente desconhecido que existia não só responsáveis pela saúde dos municípios, mas que várias cidades estavam criando secretarias municipais de saúde e já estavam se organizando em colegiados estaduais. Quando nós soubemos das 12 vagas, começamos a telefonar – naquela época só tinha telefone, não tinha e-mail; para viajar, era um desespero, fazíamos uma viagem ou outra – mas começamos a rapidamente fazer uma pressão muito grande, e fizemos pressão indireta também através dos prefeitos, deputados e conseguimos que a comissão organizadora da VIII Conferência passasse de 12 para 82 vagas. E os 82 foram! Cada colegiado foi integralmente e completava a distribuição. Mas chegamos na VIII Conferência e a questão municipal não estava em nenhuma das pautas, não estava no programa. Então nós nos dividimos: numa parte do tempo, íamos para o plenário, para os grupos de trabalho, para cumprir a pauta da VIII Conferência; em outra, adotamos uma escada muito grande, de degraus muito largos, e ali virou uma espécie de anfiteatro. Ali fizemos muitas assembleias para discutir as nossas posições na pauta da VIII Conferência, eu era o porta-voz, e no fim nós fizemos um relatório, uma proposta nossa, e pressionamos o Guilherme Rodrigues, relator da Conferência, para anexar no relatório final as nossas duas páginas. Um dos tópicos era a necessidade imperiosa de se criar uma organização nacional de secretários municipais. Mas não nasceu a sigla Conasems aí, não” (2008).*

de abertura. O Presidente José Sarney, que também não estava previsto na programação do evento, compareceu no dia seguinte à abertura, acompanhado dos Ministros da Casa Civil, Marco Maciel, e da Casa Militar, Rubem Baima Denys. Sarney, que gozava de boa popularidade naquele momento de euforia e otimismo, proferiu um empolgante discurso em defesa da Reforma Sanitária e foi ovacionado pela multidão que lotava o auditório¹⁶⁹.

Quando a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada Carlos Sant'anna e Waldyr Pires não mais compunham a equipe ministerial de Sarney. Ambos se desincompatibilizaram dos cargos de ministro, pouco antes da realização do evento, para concorrer às eleições que aconteceriam em novembro de 1986. Carlos Sant'anna conseguiria a reeleição para deputado federal, e atuaria como constituinte. Waldyr Pires seria o governador da Bahia. Substituiu Carlos Sant'anna no comando do Ministério da Saúde, por sua indicação, Roberto Santos. Waldyr Pires foi substituído por Raphael de Almeida Magalhães, por indicação de Ulysses Guimarães.

Assim, a conferência foi inaugurada com os discursos dos novos Ministros Roberto Santos e Raphael de Almeida Magalhães; e do então Diretor-Geral da OPAS, Carlyle Guerra de Macedo. Os discursos dessas autoridades ressaltavam a ideia – reiterada em praticamente todas as falas do evento – de que a saúde seria um direito de cidadania a ser conquistado e positivado na Constituição.

Em sua fala, Roberto Santos destacou a proximidade da instalação da Assembleia Constituinte, *“razão a mais e de fundamental importância para a convocação de Conferência que se diferisse das anteriores em sua composição”*, e avalizou as propostas dos membros do Movimento Sanitário, a quem considerou *“estudiosos do assunto afinados com as ideias políticas vitoriosas”*, que antes da implantação do governo Tancredo Neves-Sarney, *“produziram documentos da mais alta valia, acerca das relações entre o Brasil que renascia e a saúde do seu povo”*.

Em seguida, Raphael de Almeida Magalhães afirmou que aquela conferência tendia a *“tornar-se um marco histórico”*, *“um divisor de águas entre a precariedade da assistência ou quase desassistência”* e uma nova situação em que *“um sistema de saúde de abrangência universal, sem discriminações, acabará reconhecendo à cidadania*

¹⁶⁹ O GLOBO. Sarney na Conferência de Saúde: um basta ao Brasil de contrastes. 20 mar 86, p. 7.

brasileira, também, o direito inalienável à saúde, um direito fundamental da pessoa humana". Sendo contrário à unificação pleiteada pelos sanitaristas ligados ao Ministério da Saúde, o ministro concentrou sua fala na exaltação da política econômica recém-adotada pelo governo Sarney, o plano Cruzado.

Carlyle Guerra de Macedo, um integrante do movimento, destacou a importância do encontro, que pela primeira vez contava com a participação de diversos segmentos da sociedade, e abordou a saúde como direito, bem público e valor. Sob essa perspectiva, Carlyle defendeu que a saúde *"sendo um bem público é, evidentemente, um direito de cada homem, de cada mulher, de cada criança; de todos e de cada um"*.

Realizado no dia seguinte à abertura do evento, o cerne do discurso do Presidente José Sarney eram as ideias de democratização do setor de saúde, a qual era assumida como um compromisso de governo, e da importância do evento na definição dos rumos das políticas de saúde do país. O evento que havia mobilizado *"todas as classes e as instituições representativas de todo o universo social brasileiro"*, definiria *"os rumos de uma nova organização do sistema de saúde no Brasil"* e haveria de ser *"um marco decisivo na redenção da saúde nacional"*. Ao final, o Presidente faria votos de que a 8ª Conferência de Saúde *"pela abrangência de seus temas, pela profundidade de seus debates, pelo clima de devotamento que está presidindo as suas discussões, há de representar a pré-Constituinte da saúde no Brasil"*. Segundo depoimentos de Sérgio Arouca (2003), Fabíola Aguiar Nunes (2005) e Maria Inês Bravo (2013), Eleutério Rodrigues Neto teria sido o responsável pela redação do discurso proferido por Sarney naquela ocasião.

O apoio das mais altas autoridades do governo e do organismo internacional atuante na área à conferência e às ideias centrais nela defendidas fortaleceria a atuação do Movimento Sanitário, e legitimaria o discurso adotado por seus membros de que as conclusões da conferência eram as diretrizes oficiais do governo para a área da saúde e nessa condição deveriam ser recebidas pela Assembleia Nacional Constituinte.

A imagem do consenso sobre as propostas seria fortalecida, também, pelo diversificado perfil dos atores convidados a se apresentarem na conferência. Além de intelectuais, técnicos e políticos ligados ou próximos ao movimento sanitário – como ocorrido no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em 1979 – foram convidadas a falar personalidades ligadas aos mais diversos setores da sociedade, o que reforçava a ideia, defendida pelo movimento, de que a saúde não seria restrita a condições biológicas, mas seria influenciada pelos condicionantes sociais, que,

por sua vez, demandavam vontade, comprometimento e atuação política para serem melhorados. Assim, saúde seria uma questão política.

Participaram das conferências e palestras destacados atores atuantes junto a movimentos sociais, à academia, e representantes sindicais, como o Padre Pedrinho Guarechi, assessor da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) para assuntos da área social; Néio Lúcio Fraga Pereira, representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), Carmem Barroso, representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Arlindo Chinaglia, representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT), Cristovam Buarque, reitor da Universidade de Brasília, José Luiz Clerot, representando a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e Francisco Antonio Lacaz, presidente do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). Como representante dos empresários, o único a se apresentar foi Bernardo Bredrikow, representando a Federação das Indústrias de São Paulo (FIESP).

Em comum, esses atores defenderam a constitucionalização de um direito social à saúde, garantido a todos e proporcionado pelo Estado, a forma como esse seria prestado, no entanto, não foi um consenso. Verifica-se na fala desses atores, também, a preocupação em se qualificar a saúde em termos jurídicos, seja em sentido estrito, relacionando-a à prestação de atendimento curativo, seja sentido amplo, relacionando-a às condições de vida dos indivíduos – moradia, alimentação, trabalho, lazer¹⁷⁰. As maiores divergências relacionavam-se à questão da reformulação administrativa dos órgãos envolvidos nos serviços de saúde, especialmente à incorporação do Inamps pelo Ministério da Saúde, e das fontes de financiamento que seriam destinadas para garantir aquele direito.

A preocupação com a conformação jurídica do direito à saúde e a possibilidade de constitucionalizá-lo fica patente no Painel “Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade”. Apresentado por dois juristas – o Professor José Geraldo de Sousa Júnior, então Assessor Jurídico da Fundação Universidade de Brasília, que já nessa época militava junto aos movimentos populares, e Hélio Pereira Silva, Assessor Jurídico do Ministério da Saúde –, e por dois membros do movimento Jairnilson Paim, Professor

¹⁷⁰ Na conferência que proferiu, Sérgio Arouca discorre sobre essa ideia de saúde, que seria ainda mais ampla que aquela que vinha sendo difundida há alguns anos pela Organização Mundial de Saúde, para quem saúde deveria ser entendida como bem-estar físico, mental e social. Para Arouca, *“a saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente uma questão de hospitais, de medicamentos. Ela se supera e quase que significa, num certo instante, o nível e qualidade de vida, algumas vezes qualidade de vida ainda não conseguida, mas sempre desejada”* (Brasil, 1986, p. 36).

Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da UFBA, e Sônia Fleury, Professora da FGV e da ENSP/Fiocruz.

Na Conferência intitulada “Democracia é Saúde”, presidida pelo Deputado Carlos Mosconi (PMDB-MG), que viria a ser o relator do anteprojeto da Subcomissão de Saúde, Previdência e do Meio Ambiente da Comissão da Ordem Social na Assembleia Nacional Constituinte, Sérgio Arouca faz um apanhado sobre as condições de saúde, a origem do movimento e suas aspirações naquele momento. O próprio título da conferência, uma espécie de lema do movimento do período pré-constituinte, remete ao daquela proferida por Arouca no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em 1979, “Saúde e Democracia”. Enquanto na década de 1970, o movimento lutava para conquistar a possibilidade de tratar a saúde como uma questão política, em 1986, a luta era para que a nova ordem democrática reconhecesse a saúde não apenas como um direito de cidadania, mas anteriormente a isso, como um tema digno de ser tratado pela Assembleia Nacional Constituinte.

Nessa perspectiva, outra apresentação que merece destaque, foi aquela conduzida pelo deputado Carlos Santa’anna. Utilizando a mesma expressão constante no discurso de Sarney, Sant’anna confirma que aquela conferência teria sido convocada “*para ser um pré-Constituinte da Saúde*”. Previa, entretanto, que, para que as conclusões alcançadas no evento chegassem à Constituinte, seria necessária a força e a ampla participação dos segmentos sociais ali mobilizados¹⁷¹.

É aqui, na abrangência deste amplo foro de debates, que serão caldeadas as matérias que deverão ser conduzidas à Assembleia Nacional Constituinte, como resultante da vontade de todo os profissionais de saúde e de todos os segmentos da sociedade que, ao longo de 17 pré-Conferências e mais desta Conferência Nacional estão debatendo amplamente todas as questões e estes temas. É um alerta que seve ser dado para que, evidentemente, das conclusões, que se extraiam daqui se consiga, também, a força indispensável para que o assunto chegue à Constituinte como resultante da ampla participação de todos os senhores.

¹⁷¹ Essa ideia se repete nas conclusões do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que consignou: “É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscreva na futura Constituição: - a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; - a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional. - a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais” (Brasil, 1986b, p.8-9).

Carlos Sant'anna aproveitou a oportunidade para apresentar uma proposta de redação ao capítulo constitucional que trataria da saúde, ponderando que a maior parte do que se debatia naquela conferência era objeto de legislação ordinária. Diante disso, o deputado ressaltou a importância de serem trabalhados, também, projetos de lei que regulamentassem os preceitos inseridos no texto constitucional, transformando em regras jurídica as propostas do movimento.

A Assembleia Nacional Constituinte deverá preparar uma nova Constituição. É indispensável, então, que possamos definir, durante os trabalhos de hoje e de amanhã que matérias devem ser inseridas na Constituição e quais aquelas que serão matérias de legislação ordinária e de legislação especial.

Todos os senhores sabem que a Constituição é a Lei Maior, é a Lei Magna. De modo que só se deve inserir na Constituição a norma maior, a norma axial, aquilo que representa o eixo, a doutrina mais importante; o detalhamento e o desdobramento desta norma deverão vir em legislação especial.

É de boa regra, e conselho a todos que ao mesmo tempo em que possam definir a matéria constitucional propriamente, isto é, o que os senhores acham que se deve inserir no texto constitucional, também trabalhem na elaboração dos projetos de lei que deverão regulamentar e definir o desdobramento desse próprio texto constitucional.

É indispensável que os senhores compreendam que na matéria que vou propor a ser inserida na Constituição haja um novo conceito de saúde, a saúde considerada como um bem social. Este conceito deve estar inserido na matéria constitucional, mas dentro de uma técnica legislativa adequada, e, ao mesmo tempo, com o que diz respeito, na essência basilar, ao financiamento e à reformulação do setor saúde.

A atual Constituição brasileira é extremamente pobre no que diz respeito à saúde. Apenas uma referência à assistência médica ao trabalhador e à competência da União para planejar no setor saúde (Brasil, 1986, p.330).

De acordo com o relatório final da Conferência (Brasil, 1986b), o processo de debates “*altamente participativo, democrático e representativo*” ocorrido no evento permitiu um alto grau de consenso, “*caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de proposta quanto às formas de implementação*”, sobre a necessidade de se iniciar o que se convencionou chamar Reforma Sanitária.

Essa Reforma Sanitária exigiria modificações do setor saúde que transcenderiam aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, que ampliaria o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Para tanto, seria necessário rever a legislação relativa à promoção, proteção e recuperação da saúde.

A questão relatada como de maior polêmica entre os participantes e delegados foi a relativa à natureza do novo Sistema Nacional de Saúde, se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata, defendida pelos integrantes

do PT e do PDT no evento, foi rechaçada pelos militantes do PCB, PC do B e demais partidos, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Entendeu-se, porém, que em qualquer dessas situações, a participação do setor privado deveria ocorrer sob o caráter de serviço público concedido e o contrato regido por normas de Direito Público.

Outro tema apontado como gerador de embate entre os participantes foi a separação da Saúde e da Previdência. De acordo como o relatório, o entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social deveria se encarregar das ações próprias do “seguro social” – pensões, aposentadorias e demais benefícios –, enquanto a saúde deveria ser conduzida, em nível federal, por um único órgão com características novas. O setor deveria ser financiado por receitas diversas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. A Previdência Social deveria repassar ao novo órgão os recursos então destinados ao Inamps, que se retrairiam à medida em que houvesse o crescimento das novas fontes.

Sobre o tema do financiamento, o próprio relatório considerou-se “mais indicativo do que conclusivo”, revelando que essa discussão exigiria um maior aprofundamento.

Além desses apontamentos gerais, o relatório apresentou diversas conclusões e recomendações acerca dos três temas específicos da Conferências. Entre elas, uma se destaca por suas decorrências práticas: a proposta de que fosse constituído o Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária. Esse colegiado teria por finalidade garantir a efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão que aprofundaria as teses debatidas e o estudo dos temas específicos, como forma de subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional.

O 1º Congresso Nacional de Saúde das Entidades Não Governamentais, encontro do setor privado, ocorreu na data marcada. Entre as propostas apresentadas por empresários da medicina e donos de hospitais como “recomendações à Constituinte”, constavam a criação de um sistema nacional de saúde com a participação do setor privado e a previsão do direito do segurado da Previdência a optar pela assistência médica de sua conveniência. O encontro concluiu também pela participação do setor privado no

planejamento e gestão em todos os níveis na área da Saúde, pela adoção de um modelo de “*planejamento centralizado e execução descentralizada*” e pela definição das responsabilidades das entidades participantes do sistema de Saúde. Em comum com o Movimento Sanitário, propunham a unificação da coordenação das ações de saúde por um único órgão governamental e a fixação de um percentual mínimo no orçamento público para aplicação na área da Saúde¹⁷².

Reportagem publicada na edição de 16 de agosto de 1986 do Jornal Folha de São Paulo evidenciava a diferença entre o tamanho do público do Congresso e o da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao informar que o evento, “*realizado em um auditório do Palácio das Convenções do Anhembi*”, reuniu durante dois dias cerca de setecentos participantes, “*embora terminasse com o plenário esvaziado, com cerca de 250 pessoas*”.

A única autoridade do governo presente ao encerramento do 1º Congresso foi o superintendente regional do Inamps em São Paulo, Roberto Lago, que contestou o item relativo ao direito de opção do segurado pelos serviços médicos. Para ele, a questão essencial a ser tratada na Constituinte diria respeito ao direito à cidadania com acesso garantido com serviços públicos da rede própria e contratada, independentemente de a pessoa ser segurada da Previdência. De acordo com a matéria jornalística acima mencionada, o superintendente teria questionado também a forma como foram elaboradas as conclusões do congresso, comparadas com “*as muitas horas de discussões que antecederam o relatório da Conferência Nacional de Saúde*”.

3.5. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária

Quatro dias depois da realização do evento da iniciativa privada, acontecia no Palácio do Itamaraty a solenidade na qual foi assinada a Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986, que constituiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Presente ao evento, João Yunes, Secretário de Saúde de São Paulo, afirmou que havia “*entre os órgãos ligados ao setor de saúde do governo federal e dos governos regionais, uma vontade política que certamente viabilizará a reformulação de todo o sistema de saúde do país*”. Com a criação do colegiado, Sérgio Arouca considerou que “*o governo assumiu, definitivamente, a reforma do setor de saúde que será feita por três ministérios*

¹⁷² Folha de São Paulo. Congresso propõe privatizar medicina. 16 ago 1986, p. 12

– Saúde, Previdência Social e Educação – garantindo, dessa forma, o encaminhamento das propostas aprovadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde”¹⁷³.

Apesar da propalada vontade política do governo exaltada por membros e aliados do movimento em entrevistas, Eleutério Rodrigues Neto revela que o período que se seguiu à realização da conferência foi de retração das instituições, especialmente o Ministério da Saúde e o Inamps, “*nos seus esperados papéis de organizadores dos desdobramentos da 8ª Conferência e, em particular, a criação e funcionamento da proposta da Comissão Executiva da Reforma Sanitária*” (2019, p. 91).

Ao contrário de Carlos Sant’anna, o Ministro Roberto Santos – que o substituiu na condução do Ministério da Saúde –, se não era um adversário do movimento tampouco era um grande aliado. Embora visse com bons olhos a perspectiva de sua pasta incorporar uma das mais importantes autarquias da estrutura federal, após a realização da conferência, Santos diminuiu os espaços e o poder concedidos na gestão de Sant’anna aos membros do movimento que atuavam naquele ministério.

Em decorrência da saída de Sant’anna, Eleutério Rodrigues Neto também havia deixado o Ministério, passando a ocupar o cargo de Assessor da Presidência da República para Assuntos de Saúde. Embora José Alberto Hermógenes, que lhe sucedera como Secretário-Geral do Ministério da Saúde fosse um membro do movimento, a falta de vontade política do ministro impedia qualquer ação da pasta visando à concretização da reforma sanitária.

No Ministério da Previdência e Assistência Social tampouco havia vontade política de se levar adiante, antes da constituinte, as discussões sobre a Reforma Sanitária. Os membros do movimento que permaneciam no Ministério da Previdência e Assistência Social, por sua vez, trabalhavam para intensificar a adesão dos Estados às Ações Integradas de Saúde e assim expandir o atendimento médico financiado pelo Inamps à população não previdenciária.

Jairnilson Paim relata que, diante do “*imobilismo do governo e da falta de compromisso com o projeto*”, as entidades ligadas ao Movimento Sanitário, em especial a Abrasco¹⁷⁴, realizaram eventos e reuniões com o fim de pressionar o governo e de firmar acordos entre os representantes das duas pastas ligados ao movimento – José Alberto

¹⁷³ Folha de São Paulo. Criada comissão nacional para a reforma sanitária. 20 ago 1986, p. 16.

¹⁷⁴ Eleutério Rodrigues Neto corrobora a informação: “*a Abrasco, desempenhando o papel de “superego” do movimento, realizou uma histórica reunião em 5 de julho de 1986 em que se firmou um acordo entre os representantes das duas instituições para que os respectivos ministros fossem convencidos a convocar a referida Comissão*”. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.50).

Hermógenes, Secretário Geral do Ministério da Saúde, e Hésio Cordeiro, presidente do Inamps, no sentido de convencerem os respectivos ministros a instituírem o Grupo Executivo da Reforma Sanitária (2007, p. 114).

Como resultado dessas pressões, foi editada a citada Portaria pelos Ministros da Educação, da Saúde e da Previdência e Assistência Social, que constituiu a Comissão da Reforma Sanitária, com a finalidade de: i) analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema; ii) examinar os instrumentos de articulação entre os setores de governo que atuam na área de saúde, e propor o seu aperfeiçoamento; e iii) apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.

Na concepção de alguns membros do movimento, essas finalidades não encontravam pertinência com a recomendação exarada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Eleutério Rodrigues Neto considera que os objetivos e a composição da Comissão ficaram “*aquém do esperado pelo Movimento Sanitário*” (2019, p. 92). Sarah Escorel defende que “*a ideia do relatório da 8ª CNS era que fosse criado um Grupo Executivo da Reforma Sanitária para implementá-la*”, um órgão dotado de “*poder deliberativo, executivo e maior perenidade*”, diversamente ao papel que fora atribuído à Comissão Nacional da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006, p. 87).

A despeito disso, não se pode dizer que a composição da Comissão, formada por representantes de órgãos governamentais, do Congresso Nacional e da sociedade civil, não tenha sido representativa dos atores envolvidos na área.

Representando os órgãos governamentais foram chamados a participar, pelo Ministério da Saúde, o Secretário Geral, José Alberto Hermogenes e Presidente da FIOCRUZ, Sérgio Arouca. Pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, o Secretário de Serviços Médicos, Saraiva Felipe e o Presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro. Representando a Secretaria de Planejamento da Previdência da República, Solon Magalhães Viana. Representando as Secretarias Estaduais de Saúde, Roney Edmar, Secretário de Saúde de Goiás e Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, e João Yunnes, Secretário de Saúde de São Paulo. Representando as Secretarias Municipais de Saúde, Nelson Rodrigues dos Santos. Além desses e dos Ministérios da Educação e Cultura, Trabalho, Desenvolvimento Urbano, e Ciência e Tecnologia.

Representando o Congresso Nacional, foram convidados um membro da Comissão de Saúde do Câmara dos Deputados, e um do Senado Federal.

Da sociedade civil, deveriam indicar um representante as Centrais Sindicais, sendo um da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); um da Central Geral dos Trabalhadores (CGT); um da Central Única dos Trabalhadores (CUT); das Centrais Patronais, um da Confederação Nacional da Indústria (CNI); um da Confederação Nacional do Comércio (CNC); um da Confederação Nacional da Agricultura (CNA); dos Prestadores Privados de Serviços de Saúde, um da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) e um da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); dos Profissionais de Saúde, a Federação Nacional dos Médicos (FNM); e das Associações de Moradores, um do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM).

A Secretaria Técnica da Comissão foi formada por membros do movimento ligados à Fiocruz: Arlindo Fábio Gomez de Sousa, vice-presidente da instituição foi nomeado Coordenador Geral; Christina Tavares, assessora de comunicação, foi a Coordenadora Técnica. Além disso, Eleutério Rodrigues Neto e Luiz Cordoni Júnior foram designados como Assessores Técnicos¹⁷⁵.

Como se vê, a participação dos membros do movimento na Comissão se deu exclusivamente em decorrência dos cargos que ocupavam na estrutura da administração. É possível afirmar que essa composição embora não constituísse um cenário hegemônico do movimento, como foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela difusão de seus membros e aliados nos diversos órgãos da administração federa, estadual e municipal, ainda lhe era muito favorável.

Dessa vez, – e possivelmente diante do quadro de amplo consenso desenhado pelo sucesso da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que institucionalizou as Reforma Sanitária – os representantes das empresas médicas aceitaram participar das discussões. Ainda que não tivessem mais o espaço privilegiado de outrora, mostrava-se necessário se fazer presente para refrear a ameaçadora tendência estatizante que se fez sentir na conferência. O Presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Sílio Andrade do Nascimento, um dos membros da comissão, declarou que *“desta vez o Ministério da Saúde abriu espaço para*

¹⁷⁵ Eleutério Rodrigues Neto destaca a importância da criação da Secretaria Técnica, que foi formada exclusivamente por membros do movimento para o teor das conclusões a que chegou a Comissão da Nacional da Reforma Sanitária *“O fato de ter sido levada a bom termo [a Comissão] pode ser atribuído à postura decidida e corajosa do seu presidente, o secretário geral do Ministério da Saúde, que, a respeito das adversidades agravadas pela composição limitada e limitante da Comissão, criou uma Secretaria Técnica, ligada ao movimento, que conseguiu subsidiá-la e influir sobre seus resultados”* (2019, p. 101)

a participação da iniciativa privada ao garantir sem radicalismos sua sobrevivência como uma das prestadoras de serviço de saúde, mesmo que sob o controle do Estado”¹⁷⁶.

A participação da Federação Brasileira de Hospitais e dos membros do movimento na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, proporcionou um dos primeiros – se não o primeiro – fórum de debates entre os antagonistas, antecipando questões e tensões que de outra forma só teriam surgido na arena da Assembleia Nacional Constituinte, onde definitivamente se resolveriam os principais contornos do direito à saúde.

É importante observar, também, que nesse momento, não havia uma unidade em relação às pautas, planos e aspirações dentro do próprio movimento. À medida em que se aproximavam das instâncias decisórias e formuladoras das políticas públicas, as divergências sobre estratégias e prioridades geravam tensões e conflitos entre os membros. Todavia, no âmbito da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, diante do inimigo comum que defendia a manutenção do sistema de saúde da forma como estava – a Federação Brasileira de Hospitais – o movimento, com a ajuda da Abrasco, conseguiu se manter coeso e fortificar sua agenda propositiva (Paim, 2007, p. 114). Eleutério Rodrigues Neto acredita que

A natureza institucional da Comissão limitou a sua ação política de mobilizar a sociedade em torno da Reforma Sanitária. Por outro lado, essa mesma característica praticamente obrigava a busca de consenso e um esforço para evitar rupturas que desqualificassem a própria Comissão. Desde o início dos trabalhos houve conflitos entre os que defendiam a adoção dos princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde e as forças que a estes se contrapunham, sob o argumento de não terem participado da 8ª Conferência por discordar dos critérios utilizados para o estabelecimento do número de delegados (2019, p. 102).

Arlindo Fábio Gomes de Sousa, Coordenador Geral da Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, aponta que

a CNRS é um espaço político onde o setor público vai se reencontrar com o setor privado, onde o Ministério da Educação, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde vão voltar a dialogar com algum tipo de objetivo, e a comissão sai com uma portaria assinada pelos três ministros, como uma comissão nacional para dar andamento às resoluções da 8ª CNS. Então, na verdade, não é uma instância burocrática, mas marcadamente política, com a discussão de três áreas governamentais que, de alguma forma, estavam disputando espaço, disputando poder no que diz respeito às questões da saúde. Então já se pode dizer que a CNRS não era meramente burocrática, mas também não chegava a ser propositiva, combatente e popular, como desejava grande parcela do MSB, configurando-se como uma instância política para

¹⁷⁶ O ESTADO DE SÃO PAULO. Veto à radicalização na Saúde, 11 set 1986. Recorte extraído da Hemeroteca Radis.

discussão e deliberação de três setores governamentais ligadas à “questão saúde”. (BRASIL, 2006, p. 86).

Durante o período compreendido entre a realização da 8ª Conferência e o início dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, a Abrasco e o Cebes realizaram eventos e promoveram publicações com o intuito de garantir que as propostas que surgissem sobre o tema da saúde estivessem de acordo com o que fora deliberado naquela conferência.

Nesse esforço, foi realizado pela Abrasco, em setembro de 1986, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com a participação de dois mil profissionais ligados à área. No evento, foi identificada, como uma necessidade imediata, a construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizaria as mudanças requeridas.

Colocando-se como “*a associação que expressa o pensamento da comunidade acadêmica em Saúde Pública*”, a Abrasco, com o intuito de “*impedir, com vigilância constante, qualquer retrocesso no curso do processo*” em direção à Reforma Sanitária, emitiu documento em que defendia a necessidade da continuidade do processo de mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de reforma e pela garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado. Na oportunidade, manifestava seu total apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que ela se legitimasse e ganhasse força para propor as transformações que fazem necessárias. (Radis, 1987).

Além disso, no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, foram discutidas publicamente, pela primeira vez, uma proposta de conteúdo para a área de Saúde, baseada nas recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, para ser remetida à Assembleia Nacional Constituinte, assim como as posições dos partidos políticos sobre o assunto. O debate nessa ocasião concluiu que a proposta do movimento com base no relatório final da 8ª Conferência teria de incidir sobre os seguintes pontos: i) o direito universal e igualitário à Saúde; ii) o papel do Estado, tanto em relação às ações específicas setoriais, quanto às políticas econômicas e sociais; iii) a natureza pública das ações de Saúde e o papel supletivo do setor privado; iv) a criação do Sistema Único de Saúde, com suas características e conteúdo, inclusive a Saúde Ocupacional; v) o financiamento ampliado e diversificado do Sistema Único de Saúde; e iv) as relações de subordinação das políticas de insumos (medicamentos, sangue etc.), de equipamentos, de ciência e tecnologia, e de recursos humanos em relação à política de Saúde (Rodríguez Neto, 2019, p. 92-93).

Como um dos resultados das discussões promovidas pela Comissão, com base em estudos realizados por oito grupos técnicos, foi elaborada proposta do conteúdo saúde para a constituinte (Anexo I)¹⁷⁷.

Eleutério Rodriguez Neto aponta como principais pontos de discordância entre os componentes da Comissão, em relação ao texto aprovado como subsídio à Constituinte, o nível de detalhamento a ser explicitado na proposta. Optando a maioria da Comissão por um texto não tão extenso, alguns conteúdos considerados relevantes acabaram por ser deixados de lado. Rodrigues Neto explica que

Não havendo consenso nem entre constituintes nem entre os constitucionalistas a respeito do tipo de conteúdo e do grau de detalhe convenientes para a nova Constituição, houve também polêmica na CNRS a respeito do assunto. Entre os membros da Comissão que endossavam o relatório da 8ª Conferência, não houve divergência quanto ao conteúdo. Os demais, que tinham reservas quanto ao relatório da 8ª Conferência, como os representantes da área privada de prestadores de serviço, permaneceram na defensiva, tentando inviabilizar qualquer formulação que fosse contrária aos interesses do setor que representavam (2019, p. 93).

A proposta apresentada pela Comissão, “*que não conseguiu ser consensual, mas apenas majoritária*”, teve por base as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Enviada como subsídio para a análise da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte, a proposição foi considerada radical pelos representantes da iniciativa privada e insuficiente pelos representantes do movimento sindical. Para os membros do movimento como Eleuterio Rodriguez Neto, ali constava o “conteúdo mínimo aceitável” a ser positivado na Constituição.

Na percepção de Nelson Rodrigues dos Santos¹⁷⁸, ativo personagem da história do Movimento Sanitário, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária deu governabilidade às deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e seu relatório final constitui “*quase*

¹⁷⁷ De acordo com Eleutério Rodriguez Neto, “*o anteprojeto elaborado pela Comissão Afonso Arinos sequer foi considerado nesse processo de análise por ser reconhecido por todos como totalmente alienado em relação ao momento que se vivia, que não podia desconsiderar a 8ª Conferência Nacional de Saúde como fez aquela Comissão*” (2019, p. 93).

¹⁷⁸Relatando o processo que se seguiu à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Nelson Rodrigues da Silva considera que “*na 8ª CNS foi aprovado que os ministérios implicados criassem a CNRS para dar encaminhamento ao relatório final da conferência, o que de mostra cuidado e competência política, porque um relatório final, por melhor que fosse, poderia se tornar um documento a mais, guardado. Então, a 8ª CNS teve a sabedoria política muito grande de conseguir o compromisso das autoridades políticas da época, do próprio Presidente da República e dos ministros envolvidos na nomeação da CNRS, que daria um tratamento ao relatório da 8ª CNS, no sentido de criar governabilidade para aqueles pleitos. Felizmente foi o que ocorreu, potencializado pela Assembléia Nacional Constituinte, a quem a CNRS entregou o seu relatório final no início de 1988, após ter trabalhado todo o ano de 1987. O relatório final da Comissão Nacional da Reforma Sanitária é quase cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituição Federal de 1988*” (BRASIL, 2006, p. 85-86).

cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituição Federal de 1988”
(Brasil, 2006, p. 85-86).

CONCLUSÃO

O reconhecimento de um direito social à Saúde, garantido a todos pelo Estado, foi uma das mais importantes inovações do texto constitucional promulgado em 1988. A atuação de um grupo organizado de pessoas e entidades que compartilhavam o mesmo discurso em defesa da constitucionalização daquele direito – inclusive com a apresentação do anteprojeto que serviu de base para os trabalhos da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente –, é reconhecida como de fundamental importância para que sua positivação fosse possível.

O presente trabalho propôs-se a analisar como esse grupo, que se autointitulou Movimento Sanitário, um movimento social eminentemente progressista, conseguiu ter tamanha força e protagonismo na definição do desenho constitucional do direito à saúde, em um congresso constituinte composto por uma maioria conservadora.

A partir da investigação sobre as pessoas, instituições e eventos que apareciam nos Anais da Assembleia Nacional Constituinte – sejam como participantes nas audiências públicas ou como representantes da sociedade civil que entregaram o anteprojeto da comissão temática à comissão de sistematização e, ainda, que defenderam a proposta de emenda popular da área da saúde – identificou-se que a ligação entre esses atores tinha origem nas faculdades de medicina, nos últimos anos da década de 1960.

No contexto da Reforma Universitária de 1968, alguns docentes da área médica, muitos dos quais jovens recém-formados que encontravam na expansão do ensino superior as primeiras possibilidades de trabalho, aproveitaram as oportunidades surgidas em treinamentos e encontros técnicos desenvolvidos por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para trocarem bibliografias, ideias e experiências sobre serviços comunitários de saúde vinculados a suas faculdades.

Por trás dessas iniciativas, camuflavam-se as intenções daqueles professores, em sua maioria militantes ou apoiadores de partidos de esquerda, de discutir as relações existentes entre as condições de saúde da população e as políticas repressiva e autoritária do regime militar, e a proposta de pensar soluções alternativas ao quadro então vivenciado. Essas discussões – que, naquele contexto, poderiam caracterizar condutas tipificadas como crime por serem consideradas subversivas – alcançaram profissionais e estudantes de todo o país por meio de encontros estudantis.

Apesar da origem acadêmica, o Movimento Sanitário caracterizou-se por “*aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma*

nova consciência sanitária” (Teixeira, 1989, p. 205). Prova disso foi o desenvolvimento dos projetos de medicina comunitária, no âmbito das universidades, criados como alternativas às práticas então adotadas nos serviços de saúde, bem como a introdução dessa “nova consciência” em serviços experimentais instalados em regiões carentes por meio de convênios firmados entre secretarias de saúde locais executoras e organismos internacionais financiadores, cujo exemplo mais famoso foi o Projeto Montes Claros.

Tais iniciativas, no entanto, não estiveram imunes ao arbítrio do autoritarismo – em seus diversos níveis e formas. Necessário ter-se em mente que nesse período, conforme apontam Almeida e Weiss (1998), os limites dos espaços abertos à oposição ora se ampliavam, ora se retraíam, não havendo a definição de parâmetros do que seria tolerado ou proibido. Constantemente ameaçada pela truculência do regime, a prometida abertura política mostra sua fragilidade com a tortura e morte de Vladimir Herzog, em 1975 e a Chacina da Lapa, em 1976, quando militantes e dirigentes do Partido Comunista do Brasil foram presos e mortos.

Exemplo marcante desse cenário foi o chamado “expurgo de Campinas”, ocorrido entre 1974 e 1975. Consistente na cassação velada de parte do corpo docente e discente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) em retaliação a suas atividades tidas como subversivas, o evento foi, paradoxalmente, o ponto de partida da dispersão de um dos mais proeminentes grupos representantes dessa nova forma de pensar a saúde, contribuindo para a expansão e o adensamento do movimento.

A primeira incursão dos integrantes do movimento nos quadros da Administração Pública, excetuada a docência universitária, foi propiciada por um contexto de crise da saúde pública, amplificado pela repercussão social de uma grave epidemia de meningite que durou a maior parte da década de 1970.

Tendo o seu auge em 1974, é possível relacionar essa epidemia, e o uso político que se fez dela – como se vê, por exemplo, no emblemático pronunciamento do então Senador Franco Montoro realizado em 1974 –, com a maior atenção destinada à área social pelo governo Geisel, em comparação a seus antecessores.

Essa mudança de visão quanto à importância da área social, aliada à visão técnica desenvolvimentista da equipe do então Ministro da Secretaria do Planejamento João Paulo dos Reis Veloso, materializou-se por meio da implementação de diversos programas e projetos de expansão da assistência de saúde pública a partir de 1975. Essas iniciativas, que passaram a dispor de substanciais financiamentos públicos, precisavam

de mão-de-obra qualificada e interessada na área da saúde pública, principalmente nos campos de administração, planejamento e desenvolvimento de recursos humanos. Apresentaram-se para ocupar esses postos os recém-formados e residentes dos Departamentos de Medicina Preventiva que viram ali a oportunidade de “trabalhar por dentro” do aparelho do Estado.

A inserção de pessoas desse grupo em posições de liderança dentro de projetos desenvolvidos pelo governo permitiu a expansão e o fortalecimento das ideias gestadas nas universidades. Ao mesmo tempo em que a execução desses projetos tornava possível a aplicação prática das teorias por eles elaboradas, permitia a absorção de um amplo número de outros membros, que ali poderiam ser empregados a despeito das restrições impostas pelo Serviço Nacional de Informações.

Nessa perspectiva, as relações do grupo com a ditadura militar, em seus diversos níveis, mostram-se muito relevantes para a pesquisa. É possível afirmar que, nesse momento inicial, e principalmente a partir do início do governo Geisel, a despeito da constante ameaça e violência psicológica – e algumas vezes física¹⁷⁹ –, a que estavam submetidos aqueles acadêmicos, as políticas adotadas pelo regime militar possibilitam a formação e o fortalecimento de um movimento organizado na área da saúde. Em suas memórias, os integrantes do movimento frequentemente reconhecem esses fatos e os relatam como “paradoxos” da ditadura.

A expansão do ensino superior decorrente da reforma universitária de 1968, promoveu a organização da carreira docente, a criação de departamentos em substituição a cátedras e o fomento à pesquisa e à pós-graduação. Embora tenham coincidido com um dos momentos de maior recrudescimento da violência, em virtude da edição do Ato Institucional nº 5, essas alterações, decorrentes da política racionalizadora implantada pelos militares, possibilitaram o ingresso de diversos quadros contrários ao regime nas universidades.

Os recursos financeiros oriundos das fundações internacionais, principalmente as americanas, que custearam os programas de saúde comunitária ligados às universidades e a implantação de programas de pós-graduação, como o mestrado em medicina social do IMS, poderiam, em alguma medida, ser creditados à proximidade do regime com os

¹⁷⁹ Com exceção do caso específico de Davi Capistrano Filho, que por seu nome e história, era considerado um inimigo incontestado da ditadura, e por isso foi preso e torturado, por mais de uma vez, as maiores violências contra o grupo tomaram a forma de ameaças à atuação profissional, com a cassação e expulsão de Universidades, a censura e o impedimento de ser contratados.

Estados Unidos. Como destaca Regina Célia dos Santos, ao analisar o Projeto de Montes Claros, “o golpe militar veio facilitar os entendimentos para as doações e empréstimos de ajuda do USAID ao nordeste” (1995, p. 25).

Além disso, unidades de planejamento, avaliação e pesquisa em matéria de saúde, e programas de capacitação de técnicos, que embora estivessem previstos desde o início da década de 1960, nunca tinham sido implementadas, e foram retomadas no governo militar (Santos, 1995, p. 25).

Também se relacionam ao esforço da burocracia do governo Geisel a iniciativa de recuperação da Fiocruz e a implantação dos projetos de extensão da cobertura.

No contexto de um regime autoritário, que mitigava a atuação do Parlamento e que privilegiava o critério técnico em detrimento do político, a ainda farta disponibilidade financeira decorrente do “milagre econômico”, no início da segunda metade da década de 1970, possibilitou que técnicos da Secretaria de Planejamento destinassem consideráveis recursos financeiros para as áreas da pesquisa e do ensino, beneficiando diretamente o ENSP/Fiocruz e o IMS. A necessidade de se fabricar vacinas em decorrência da epidemia de meningite, que se tornou um problema social e político para o governo, também colaborou para o alto investimento na Fiocruz.

Assim, é possível afirmar que, de modo geral, a atuação desses setores burocráticos proporcionou os meios para a articulação das oposições ligadas área da saúde dentro de suas estruturas.

Contudo, é preciso ter em mente as complexidades que envolvem a ditadura militar brasileira, e as diversas camadas que se sobrepõem para formar um contexto. A longa duração e a diversidade do perfil de seus apoiadores, impede uma análise simplória do período.

Ademais, ao mesmo tempo em que as políticas racionalizadoras da ditadura permitiram o ingresso dos membros do movimento em seus quadros, impediam a consecução de uma efetiva reforma sanitária. O acesso que se conseguia no âmbito do Ministério da Saúde, uma pasta desprestigiada¹⁸⁰, não era o mesmo no Ministério da Previdência e Assistência Social – segundo maior orçamento do governo que só ficava atrás do próprio orçamento da União, que lhe incluía – em cujos domínios se entranhavam

¹⁸⁰ Elio Gaspari (2014) ao falar de Paulo de Almeida Machado, ministro da Saúde no governo Ernesto Geisel, de 15 de março de 1974 a 15 de março de 1979, observa que ele era desconhecido de Geisel antes da nomeação, e durante seu mandato não teve muita interação com o presidente. Em 1976, foi o ministro que menos teve audiências com Geisel, num total de oito horas e quarenta.

os interesses das empresas médicas prestadoras de serviço para o Inamps, apoiadoras do regime. Por isso, todas as propostas apresentadas pelo grupo, na época, de uma reformulação no sistema de saúde foram rechaçadas. A reforma sanitária somente ganharia força na redemocratização.

Essas propostas, ainda que engendradas pelas expectativas de mudança suscitadas no processo de transição do regime autoritário para o regime democrático, foram marcadas, nesse momento, pela posição marginal dos sanitaristas no sistema de saúde. O desprestígio da Saúde Pública e a exclusão dos sanitaristas das mais importantes decisões sobre as políticas públicas de saúde, tomadas geralmente pela “tecnoburocracia” da Previdência Social em articulação com os prestadores privados sem consideração de outros grupos de interesse, provocaram uma profunda polarização entre os sanitaristas e os prestadores de serviço privado e seus aliados no estrutura da Previdência Social. Esse órgão era visto, pelos membros do movimento, como o agente da consagração e perpetuação de práticas médicas curativas e da mercantilização do atendimento médico-hospitalar – expressão, no setor saúde, de uma política econômica privatizante e concentradora de renda – em detrimento de ações preventivas.

Ademais, é importante considerar que a inserção de quadros de esquerda em projetos e pesquisas financiadas pelo governo somente era possível pela forma como esses se apresentavam publicamente. Militantes ou apoiadores de partidos clandestinos de esquerda, aqueles que viriam a formar o movimento mantinham suas posições políticas sob intenso sigilo, afinal, disso dependia a sua segurança. As publicações e os pronunciamentos públicos do grupo em suas atividades no serviço público seguiam a linha do primeiro e do segundo discurso, usado nas universidades para camuflar o caráter político de suas colocações “técnicas”. Ressalte-se que até o início de 1980, as edições da revista Saúde em Debate, editada pelo Cebes, não faziam qualquer referência aos responsáveis pela publicação, nem à composição da diretoria da entidade.

O Cebes, por sua vez, mostra-se imprescindível ao desenvolvimento do movimento. Atraindo novos e velhos críticos do sistema de saúde adotado pelo regime militar, aproxima-os e possibilita um grande intercâmbio de ideias e experiências. Tiveram espaço privilegiado nas publicações e eventos promovidos pela entidade nomes do sanitarismo desenvolvimentista do início da década de 1960, perseguidos e silenciados pela repressão do regime desde os primeiros momentos do pós-golpe¹⁸¹, como Mário

¹⁸¹ Em artigo intitulado “Vigiar e, depois de 1964, punir: Sobre Samuel Pessoa e o Departamento Vermelho da USP” (2014), Gilberto Hockman mostra que os docentes do Departamento de Parasitologia da USP,

Magalhães, Samuel Pessoa – a quem fora dedicado *in memoriam* o primeiro número da revista –, Wilson Fadul – último Ministro da Saúde de João Goulart –, e Carlos Gentile de Mello. Esse último, além de médico era jornalista. Polêmico e enfático em suas colocações, foi um grande crítico do modelo que privilegiava a prestação dos serviços de assistência médica previdenciária por empresas médicas em detrimento dos hospitais públicos, a que chamavam de “privatização da saúde”. Era dele, também, a ideia muitas vezes repetida pelos integrantes do movimento: o sistema de pagamento adotado pela previdência era um “fator incontrolável de corrupção”.

Nessa época, delineiam-se com maior clareza as principais pautas do movimento. O fortalecimento do setor público nas ações de assistência à saúde, a formação de um profissional generalista e envolvido com os problemas sociais da comunidade que atende, a descentralização dos serviços por meio da municipalização, as ideias de integralidade, universalidade eram ideias que há muito circulavam no âmbito da saúde pública internacional e nacional¹⁸². As teses e práticas dos chamados sanitaristas desenvolvimentistas, que conduziram a 3ª Conferência Nacional de Saúde, constituíam o espaço de experiência que inspirava o Movimento Sanitário. A diferença entre esse e aquele foi a reformulação dos conceitos já existentes em um novo contexto histórico, de transição de regime e luta pela redemocratização, o que possibilitava um horizonte de expectativas em que seria possível a elaboração de um direito social à saúde em que a participação popular fosse a tônica do planejamento das ações, além da transformação do Estado e da própria sociedade: a nova Constituinte que se aproximava. O texto de apresentação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, confirma essa impressão:

Finalmente, é a vez da 8ª Conferência, que se realiza num ambiente de expectativa de mudança para a sociedade. Por isso, a 8ª Conferência deverá refletir, na sua estrutura de temática, aspectos eminentemente doutrinários, tentando um resgate histórico das preocupações da 3ª Conferência, acrescida dos avanços ocorridos nos últimos 20 anos.

Disso decorre o razoável consenso, e o apoio, que se formou acerca das propostas defendidas pelo movimento entre técnicos do governo militar que não necessariamente compartilhassem das mesmas filiações ideológicas e partidárias dos membros do movimento.

comandado pelo Professor Samuel Pessoa, já vinham sendo monitorados pela polícia política desde antes do golpe de 1964.

¹⁸² Em pesquisa sobre a história dos conceitos na saúde pública, Guilherme Arantes Mello e Ana Luiza d’Avilla Viana (2012), constatam que algumas dessas propostas remontam à década de 1930.

Muitos desses agentes participaram de eventos promovidos pelo Cebes e, aqueles que atuavam na área acadêmica se filiaram à Abrasco, ampliando, com seu apoio, a capacidade política dos membros do movimento.

Ao longo dos anos, as atividades e relações político-institucionais do grupo se intensificaram. Percebe-se que parte dele tinha como um de seus principais objetivos a institucionalização de suas propostas – que apesar de já circularem há muito tempo não eram colocadas em prática –, e sabiam que para tanto precisariam transformá-las em normas jurídicas. Assim, o núcleo de Brasília do Cebes iniciou sua atuação junto a parlamentares de ambos os partidos, principalmente no âmbito da Câmara dos Deputados, onde prestavam assessoria técnica e passaram a organizar simpósios sobre a política de saúde nacional.

A aproximação e alianças com políticos da Arena é um ponto obscurecido nas narrativas tradicionais a respeito do Movimento Sanitário. Mesmo os membros mais envolvidos na estratégia de alianças políticas não assumem de forma clara que essas alianças envolviam políticos provenientes da ARENA, preferindo referir-se a “políticos progressistas”.

Esse apagamento da memória fez com que, em uma primeira leitura, o pronunciamento do então ex-governador da Bahia Roberto Santos, um dos líderes da ARENA naquele Estado, no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados ocorrido em 1979, parecesse-nos como o de um antagonista do movimento. A impressão açodada decorria da ideia de que, sendo ARENA o braço político do regime militar, seria incompatível que um de seus quadros se aliasse a um movimento que fosse contrário ao regime. No entanto, após nos aprofundarmos nas conexões institucionais e políticas dos atores estudados, identificamos que não só Roberto Santos, mas seu grupo político da Arena da Bahia – Ubaldo Dantas, Carlos Sant’anna, José Hermógenes – tiveram uma contribuição essencial na narrativa que se constrói. Essa percepção, ainda durante o trabalho, que só foi possível pelo acesso a entrevistas e depoimentos, permitiu refletir sobre o caráter, os limites e as possibilidades do evento promovido pelo legislativo.

O I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados mostra-se extremamente relevante na trajetória do Movimento pois marca o início de um relacionamento institucional entre a Câmara dos Deputados e o Cebes, que vai permitir o fortalecimento político do grupo. A partir dos contatos feitos no Parlamento, os membros do movimento expandem sua influência e constroem alianças que reverberarão ao longo de toda a sua trajetória. O evento ficou consagrado também por ter sido a ocasião em que

se apresentou o documento que balizaria a atuação do grupo desde então. A previsão da construção de um Sistema Único de Saúde, constante nesse documento, é apresentada até hoje como uma prova da influência do movimento na definição da remodelagem jurídico-político-administrativa do setor saúde na Constituinte.

Além disso, não só o texto, mas a própria formatação do simpósio, seria replicada nos outros eventos realizados pelo movimento a partir dali, incluindo a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Podemos destacar como elementos comuns desses eventos: o esforço para se fabricar uma imagem de consenso técnico e forte apoio político às propostas apresentadas, que nem sempre era tão amplo como se fazia parecer; a restrição do espaço de fala e debate a membros, apoiadores – ou mesmo adeptos das propostas – do movimento; a apresentação de um mesmo discurso por diversos membros do movimento que se apresentavam sob diferentes qualificações. Como exemplo, no Simpósio realizado em 1979, Hésio Cordeiro apresentou-se como um acadêmico representante do IMS/UERJ, Cecília Donnangelo, como professora da USP; Carlos Gentile de Mello, como representante do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, e Sérgio Arouca como representante do Cebes. Embora só Sergio Arouca se apresentasse naquela arena como um membro do Cebes, todos os outros também eram.

As alianças estratégicas com políticos de ambos os partidos, ainda na década de 1970 – forjadas não só em Brasília, mas em diferentes contextos nos mais diversos lugares do país –, pavimentaram o caminho que levou membros do movimento a participar da equipe que elaborou o plano de governo do então candidato Tancredo Neves à presidência da República e, posteriormente, à ocupação de destacados cargos nas mais importantes instituições de saúde no início do Governo Sarney.

A campanha para que Hésio Cordeiro e Sérgio Arouca fossem nomeados pelo Presidente da República para os cargos de presidente do Inamps e presidente da Fiocruz, respectivamente, mobilizou toda a base do movimento construída ao longo dos anos. Essa base, formada por movimentos sociais, associações de bairros, sanitaristas e os diversos secretários municipais e estaduais que a essa altura já estavam ligados ao movimento, imprimiram uma pressão de baixo para cima que, ao lado do apoio político de que já dispunham esses nomes, foram capazes de suplantar as resistências e oposições por eles enfrentadas.

Com o sucesso da estratégia adotada, no início do governo Sarney, Eleutério Rodrigues ocupava o cargo de Secretário-Geral do Ministério da Saúde – o segundo na hierarquia da Pasta –, Sérgio Arouca, o de Presidente da Fiocruz e Hésio Cordeiro, o de

Presidente do Inamps, todos eles fundadores do movimento. Além disso, o Ministro da Saúde, Carlos Sant'anna, era um dos mais importantes apoiadores do movimento. Essas pessoas estiveram à frente da convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento que institucionalizou a Reforma Sanitária.

A realização dessa conferência, nos moldes como ocorreu, somente foi possível por uma conjuntura muito específica que lhe favoreceu. A força política de Carlos Sant'anna, que à época dispunha de grande prestígio junto ao Presidente José Sarney, foi imprescindível para que o evento acontecesse.

Durante o evento, o movimento, por meio de seus diversos membros, apresentou suas formulações teóricas, que vinham sendo gestadas desde os Departamentos de Medicina Previdenciárias das faculdades de medicina. Demonstrou que seu modelo tinha aplicabilidade prática, mostrando sua principal vitrine, o Projeto de Montes Claros, que depois foi estendido para todo o país por meio do PIASS, e fez surgir nos presentes a vontade política da mudança, da implantação de uma Reforma Sanitária.

Todas essas propostas foram legitimadas pelos diversos atores que compuseram a conferência. Os técnicos, aliados conquistados ao longo dos anos, participaram conferindo confiabilidade às propostas. Os juristas atestavam a viabilidade jurídica. A atuação dos membros do movimento junto aos ministros e políticos a que estavam subordinados possibilitou que o apoio externado por essas autoridades quando da realização da conferência fosse apresentado como a chancela do governo às propostas do Movimento Sanitário. A ampla rede de atuação do movimento, conseguiu mobilizar diferentes representantes de movimentos sociais e populares, proporcionando um público que conferia a legitimidade do apoio popular. Como afirmado por Sarah Escorel, a conferência foi “*o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais*” (1999, p. 193).

A participação popular, aliás, foi desde o início uma grande preocupação do movimento. Se não há dúvidas de que alguns dos outros conceitos que integravam as suas propostas já existiam, é possível afirmar, também, que a participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde tomou uma outra proporção e assumiu um novo conteúdo na teoria e na prática do Movimento Sanitário. Inspirado na filosofia e metodologia pedagógica de Paulo Freire, o movimento entendia que as ações de saúde deveriam ser construídas a partir das demandas da comunidade, que precisariam estar conscientes da importância dos condicionantes políticos e sociais em seu quadro de saúde.

Essa metodologia emancipatória e participativa seria aplicada, também, na formação dos auxiliares de saúde.

Além disso, a 8ª Conferência teve o inegável mérito de colocar o tema da saúde na pauta do dia. A ampla divulgação e a necessidade de apoio popular também decorriam da necessidade de tornar o tema saúde importante a ponto de ser tratado pelos deputados e senadores constituintes. Não se deve esquecer que a realização da conferência se dá em um momento de diversas disputas em torno da Constituinte. Não se sabia se seria exclusiva, não se sabia se o texto a ser elaborado seria longo ou conciso, se seria adotado o anteprojeto da comissão de notáveis formada poucos dias antes, tampouco quais matérias seriam consideradas como aptas a integrar o texto constitucional.

Em relação a todos esses pontos, a Conferência se manifestou. Além de exigir a constitucionalização de um direito social à saúde e discutir suas diretrizes, recomendou-se a constituição de um grupo executivo que desse forma às propostas de Reforma Sanitária ali consagradas, com o fim de subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte.

O movimento foi hábil em vender a ideia do direito social à saúde, destinado a todos e de responsabilidade do Estado, com os atributos da universalidade, integralidade e participação popular, e fez nascer na sociedade a vontade política de realizá-lo. Se não existisse vontade política dos ocupantes dos altos cargos do governo, caberia ao movimento, por meio de suas instituições, inculcar essa vontade no povo, que pressionaria seus representantes no Congresso Constituinte.

O plano, até certo ponto, foi acertado. A falha estava na falta de percepção de que não existe uma única vontade política. Trabalhadores formais que tinham direito à assistência previdenciária, lutavam para conseguir acesso a planos de saúde privado. Funcionários públicos ligados ao Inamps resistiram à passagem da autarquia para o Ministério da Saúde, com receio de prejuízos de sua situação funcional. A desigualdade regional do país impedia que as mudanças ocorressem da forma imaginada. Parte dos membros do movimento que foram para o Inamps passaram a adotar o discurso de manutenção do órgão, em contradição a tudo o que antes haviam defendido. Para além de interesses egoísticos, como aventado na época dos fatos, é necessário considerar que os membros do movimento não tinham experiência na alta gestão da administração pública nem conhecimento de seus entraves e interesses condicionantes. Ao se depararem com os desafios concretos, viram que não seria possível realizar tudo o que imaginavam, da forma como sugeriam enquanto eram somente acadêmicos.

Assim, embora a 8ª Conferência tenha marcado o ápice da trajetória do movimento, por outro lado, nesse momento, o grupo atravessava uma grave crise. Além dos grupos ligados ao PT, que já vinham se afastando gradativamente desde o início da década de 1980, e defendiam posições mais radicalizadas – rechaçadas pelos líderes do movimento que se radicaram no Rio de Janeiro, moderados e reformistas –, as discordâncias sobre as estratégias de implementação da transferência do Inamps para o Ministério da Saúde – uma pauta histórica do movimento –, entre os grupos que agora compunham o governo, por pouco não ocasionou a cisão do movimento.

Apesar dos conflitos e discordâncias, no entanto, os líderes do movimento, por meio de suas instituições, mostraram a capacidade de manter as alianças e de chegar a um consenso interno sobre os seus valores inegociáveis: a constitucionalização de um direito social a saúde.

Como recomendação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi instituída – não sem resistência –, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta em sua maioria por integrantes do movimento e seus aliados. Representantes das empresas prestadoras de serviço privado à previdência, dessa vez, participaram do fórum de discussão. A diversidade da composição da Comissão, que agora incorporava os interesses do setor privado, conferiu, ainda mais, legitimidade a suas conclusões.

Diante do inimigo comum, que defendia propostas diametralmente opostas àquelas que eram consenso dentro de todo o grupo, o movimento se uniu e conseguiu que o anteprojeto apresentado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária refletisse as suas mais importantes demandas.

A proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi recebida pelos membros da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte, como o anteprojeto oficial do governo relativo à área da saúde. E de fato o era, pois foi produzido por um órgão colegiado instituído por três ministros de Estado. Eleutério Rodriguez Neto afirma que a área da Saúde *“foi o setor que conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que continha o ideário do movimento sanitário”* (Rodriguez Neto, 2019, p. 51).

Nessa proposta, estavam reproduzidas muitas das ideias defendidas pelo movimento desde o 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, e reafirmadas em diferentes documentos elaborados desde então, como no plano de governo do candidato Tancredo Neves, e consagradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Com poucas alterações de redação e supressão de alguns dispositivos, o texto constitucional promulgado em 1988, refletiu o conteúdo dos anteprojetos apresentados pelo Movimento Sanitário, tanto o da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (Anexo II), quanto o da Abrasco (Anexo I), produzido pouco antes. Assim como acontecia nos eventos, as diversas instituições ligadas ao movimento apresentaram propostas com o conteúdo semelhante à apreciação da constituinte.

Mais do que a luta pela constitucionalização do direito universal à saúde a trajetória do Movimento Sanitário denota a luta de um grupo pela democracia, entendida essa como a possibilidade de participar e influir na vida pública. Uma luta tenaz para acessar às arenas decisórias e para difundir ideias e ideais, direitos que foram suprimidos pela ditadura militar.

ANEXOS

Anexo I - Proposta de anteprojeto à Constituição para a área da Saúde aprovada pelo I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) em setembro 1986¹⁸³

Art. 1º - A atenção à saúde é um direito assegurado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de discriminação, de acordo com o conhecimento científico, a tecnologia e os recursos disponíveis, com vistas a assegurar a conquista progressiva dos melhores padrões de saúde para a população.

§ 1º - O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os seus níveis.

§ 2º - São consideradas ações próprias de proteção, promoção e recuperação da saúde:

I - Saneamento ambiental;

II - Controle das condições do ambiente de trabalho;

III - Vigilância sanitária sobre alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano;

IV - Controle das condições ambientais;

V - Vigilância epidemiológica e nutricional;

VI - Medidas preventivas específicas contra doenças;

VII - Atenção médico-hospitalar individual;

VIII - Atenção odontológica;

IX - Assistência farmacêutica;

X - Medidas de reabilitação e reintegração;

XI - Educação para a saúde;

XII - Outras pertinentes.

Art. 2º - O conjunto das ações de promoção, proteção e recuperação de saúde é uma função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização e execução.

§ 1º - O setor privado de prestação de serviços de saúde poderá ser chamado a colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público.

¹⁸³ A proposta aqui apresentada foi reproduzida a partir do Anexo II da obra “Saúde: promessas e limites da Constituição” (RODRIGUEZ NETO, 2019, p. 286-289).

§ 2º - A fim de assegurar a continuidade e qualidade dos serviços, o poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional de saúde.

§ 3º - É assegurada a livre organização dos serviços médico odontológicos, desde que não subsidiados, subvencionados ou financiados com recurso público e obedecidas as normas técnicas e os preceitos éticos vigentes.

Art. 3º - As ações e serviços de saúde são organizados sob a conformação de um sistema único de saúde com as seguintes características:

I - integração dos serviços, com comando administrativo único em cada esfera de governo, de acordo com as ações de âmbito nacional, de âmbito estadual e de âmbito municipal;

II - integralidade e unidade operacional das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, em termos de promoção, proteção e recuperação da saúde;

III - descentralização político-administrativa, observado o princípio da proximidade entre a ação administrativa e o ato finalístico, assim como as autonomias estaduais e municipais;

IV - reconhecimento da legitimidade das entidades representativas da população na formulação e controle da política e das ações de saúde em todos os níveis com garantia de canais de acesso para essa participação;

V - regionalização e hierarquização da rede de serviços, com adscrição de clientela aos serviços básicos de saúde.

Art. 4º - O financiamento do setor saúde será provido com recursos regulares da União, da previdência social, assim como dos Estados e Municípios.

§ 1º - A previdência social alocará vinte e cinco por cento (mais a porcentagem correspondente a “acidentes de trabalho”) da receita do Fundo de previdência e assistência social (FPAS), ao Setor saúde.

§ 2º - A União, os Estados e os Municípios destinarão doze por cento das suas receitas tributárias ao setor saúde.

§ 3º - A União poderá estabelecer tributos vinculados, destinados ao financiamento do setor.

§ 4º - A integração dos recursos das várias fontes se dará através de Fundo de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, administrados de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores e por representantes de usuários.

Art. 5º - As atribuições do poder público nos níveis federal, estadual e municipal assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do sistema único de saúde serão definidos em uma lei do sistema nacional de saúde e outras leis ordinárias destinadas à normatização de aspectos específicos, especialmente aqueles que dizem respeito à articulação intersetorial.

§1º - As políticas de insumos para o Setor saúde, como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico assim como a de recursos humanos deverão sempre se subordinar aos interesses e diretrizes da política do setor.

§ 2º - O controle estatal sobre a produção de insumos críticos do setor, como sangue, medicamentos e imunobiológicos deve ser objetivo permanentemente colimado com vistas à preservação da sabedoria nacional.

Art. 6º - A política nacional de saúde deve ser objeto de um plano nacional de saúde plurianual, consolidado, aprovado em todas as instâncias legislativas da União, dos Estados e dos Municípios.

Parágrafo único - O plano nacional de saúde deverá conter, para cada período de vigência as metas, os recursos e a estratégia político-operacional para sua implementação.

Anexo II - Proposta de anteprojeto à Constituição aprovada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária em 3 de março de 1987¹⁸⁴

Art. 1º - A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção.

Parágrafo único - O direito à saúde implica:

I - condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer

II - respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;

III - informações sobre os riscos de adoecer e morrer incluindo condições individuais e coletivas de saúde;

IV - dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito a escolha e a recusa;

V - recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso ou que represente grave e iminente risco à saúde quando não forem adotadas medidas de eliminação ou proteção nos riscos;

VI - opção quanto ao tamanho da prole;

VII - participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde e na gestão dos serviços.

Art. 2º - É dever do Estado:

I - implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II - assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;

III - assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.

Art. 3º - O conjunto de ações de qualquer natureza na área de saúde, desenvolvidas por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado a sua normatização e controle.

§ 1º - A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação intersetorial do sistema nacional de saúde, constituindo-o como sistema único segundo as seguintes diretrizes:

¹⁸⁴ A proposta aqui apresentada foi reproduzida a partir do Anexo II da obra “Saúde: promessas e limites da Constituição” (RODRIGUEZ NETO, 2019, p. 291-294).

I - integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada nível de governo;

II - integralidade e unidade operacional das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;

III - descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios de forma a definir como de responsabilidade desses níveis a prestação de serviços de saúde de natureza local ou regional;

IV - participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população na formulação e controle das políticas de saúde em todos os níveis.

§ 2º - É assegurado o livre exercício de atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

§ 3º - A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública se fará segundo necessidades definidas pelo poder público, de acordo com as normas estabelecidas pelo direito público.

Art. 4º - O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas do avanço científico e tecnológico segundo critérios de interesse social.

Art. 5º - As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde subordinam-se à política nacional de saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6º - O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e parafiscais com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos a gestão única nos vários níveis de organização do sistema nacional de saúde.

Parágrafo único - O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá anualmente a doze por cento das respectivas receitas tributárias.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS:

I - A previdência social alocará o mínimo de quarenta e cinco por cento da contribuição patronal ao fundo nacional de saúde.

II - Os recursos da previdência social destinados ao financiamento do sistema nacional de saúde serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a dez por cento do Produto Interno Bruto.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M. H. T. e WEISS, L. Carro-zero e pau-de-arara: o cotidiano da oposição de classe média ao regime militar *in* História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

ARAÚJO, M. P. N. A utopia fragmentada: as novas esquerdas no Brasil e no mundo na década de 1970. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2000.

ARAÚJO, M. P. N. Lutas democráticas contra a ditadura. REIS FILHO, Daniel Aarão & FERREIRA, Jorge. As esquerdas no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BAPTISTA, T. W. DE F.; BORGES, C. F.. Carlos Gentile de Mello: em defesa de uma medicina institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 5171–5181, out. 2021.

BASTOS DE PAULA, Silvia Helena. Memórias e histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo/Silvia Helena Bastos de Paula. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015

BRASIL. Anais da 5ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1975.

BRASIL. Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1977.

BRASIL. Anais do Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1., Brasília, 1979.

BRASIL. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1980.

BRASIL. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.

BRASIL. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

BÓGUS, C. M. et al.. Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 12, n. 2, p. 56–67, jul. 2003.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Audiências públicas na Assembleia Nacional Constituinte : a sociedade na tribuna / organizadores: Ana Luiza Backes, Débora Bithiah de Azevedo, José Cordeiro de Araújo. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009.653 p.

CAMPOS, G. W. S.. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. Site, 2005. Disponível em <https://www.gastaowagner.com.br/files/21/Capitulo-de-Livro/57/ROMANCE-DE-FORMACAODEUMSANITARISTA.pdf>

CAMPOS, G. W. S. Memórias de um médico sanitarista que virou professor enquanto escrevia sobre... Editora HUCITEC, 1ª ed., 2007

CARLOS, E., DOWBOR, M., and SZWAKO, J., comps. Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, pp. 89-118. Sociedade e política collection. ISBN: 978-85-7511-479-7. <https://doi.org/10.7476/9788575114797.0004>.

CARDOSO, F.H. As Políticas Sociais na Década de 80: Novas Opções? São Paulo, 1983 (mimeo)

CARNUT, L.; MENDES, Á.; MARQUES, M. C. DA C.. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. Saúde em Debate, v. 43, n. spe8, p. 133–145, 2019.

CASTRO, J. L.. Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. 2008. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CATTONI DE OLIVEIRA, M. A.. Letture: 'Comparing Transitions to Democracy. Law and Justice in South America and Europe', Cristiano Paixão, Massimo Meccarelli (editors). QUADERNI FIORENTINI PER LA STORIA DEL PENSIERO GIURIDICO MODERNO, v. LI, p. 384-393, 2022.

COHN, A.. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 19, p. 123–140, nov. 1989.

CORDEIRO, H.. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 343–362, jul. 2004.

COSTA, A. B. et al (org.). O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: Cead/UnB, 2009.

COUTO, C. G.; LIMA, G. DE M. R.. Continuidade de Políticas Públicas: A Constitucionalização Importa?. **Dados**, v. 59, n. Dados, 2016 59(4), p. 1055–1089, out. 2016.

DALLARI, S. G.. A construção do direito à saúde no Brasil . Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v9i3p9-34. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 17 maio. 2023.

DANTAS, A. V.. Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. Saúde em Debate, v. 42, n. spe3, p. 145–157, nov. 2018.

DOWBOR, M.. A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006). Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DOWBOR, M.. Escapando das incertezas do jogo eleitoral: a construção de encaixes e domínio de agência do Movimento Municipalista de Saúde. In: LAVALLE, A.G., CARLOS, E., DOWBOR, M., and SZWAKO, J., comps. Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, pp. 89-118.

DOWBOR, M.. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1431–1438, abr. 2019.

SCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6.

FELIPE, J. S.. MPAS: o vilão da reforma sanitária?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 4, p. 483–504, out. 1987.

FELIPE, J. S.. A construção do Sistema Único de Saúde: Narrativa de um sujeito em ação. Tese de doutorado, Universidade de Brasília. Orientador Maria Fátima Sousa. - Brasília, 2021.286 p.

FERREIRA, M. M. Vozes da oposição: ditadura e transição política no Brasil. In: SEMINÁRIO 40 ANOS DO GOLPE: ditadura militar e resistência no Brasil, Rio de Janeiro, 2004. Anais... Rio de Janeiro: 7 Letras, 2004. p. 183 – 191.

FICO, C. Versões e controvérsias sobre 1964 e a ditadura militar. *Revista Brasileira de História*, v. 24, n. 47, p. 29–60, 2004.

FICO, C. Ditadura militar brasileira: aproximações teóricas e historiográficas. *Revista Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 9, n. 20, p. 05 - 74. jan./abr. 2017.

FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FIORI, J. L. História: o documento que lançou a ideia do SUS. *Outras Palavras*, 2020.

FLEURY, S.. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743–752, maio 2009.

GALVÃO, L. M. Constituição, educação e democracia: a Universidade do Distrito Federal (1935-1939) e as transformações da Era Vargas. 2017. 238 f., il. Tese (Doutorado em Direito)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

GALVÃO, L. M. “Social Constitutionalism in Brazil: the Brazilian Education Association and the Writing of the 1934 Constitution.” *Journal of Constitutional History - Giornale Di Storia Costituzionale*, 2020.

GARCIA, J. C. Juan Cesar Garcia entrevista Juan Cesar Garcia. In: NUNES, E. D. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, 270 p. ISBN: 978-85-7541-537-5.

GOULART, F. A. A. Municipalização: veredas. Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília, DF:CONASEMS, 1996.

GUIMARÃES, R. Hesio Cordeiro e o Instituto de Medicina Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 3, p. e310307, 2021.

GONÇALVES, L. A. P.. Sobre a história viva do Instituto de Medicina Social.. 2018. 267 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

GOLDBAUM, M. Guilherme Rodrigues da Silva: a formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 7, p. 2129–2134, jul. 2015. Hirsch, Joachim; Kannankulam, John; Wissel, Jens. A teoria do Estado do “marxismo ocidental”. Gramsci, Althusser, Poulantzas e a chamada derivação do Estado. *Die Staatstheorie des “westlichen Marxismus”*. Gramsci, Althusser, Poulantzas und die so genannte Staatsableitung. In: Hirsch, Kannankulam, Wissel (orgs.). “Der Staat der Bürgerlichen Gesellschaft – Zum Staatsverständnis von Karl Marx”, Baden-Baden: Nomos, 2015, pp. 93-119. *Revista Direito e Práxis*, vol. 8, núm. 1, 2017, pp. 722-760.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 2 [Acessado 30 Maio 2021] , pp. 375-386.

HOCHMAN, G. Vigiar e, depois de 1964, punir: sobre Samuel Pessoa e o Departamento Vermelho da USP. *Cienc. Cult.*, São Paulo , v. 66, n. 4, p. 26-31, Dec. 2014.

JACOBINA, A. T. A relação do Cebes com o PCB na emergência do movimento sanitário. *Saúde em Debate*, v. 40, n. spe, p. 148–162, dez. 2016.

JASMIN, M. G.. História dos conceitos e teoria política e social: referências preliminares. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 20, n. 57, p. 27–38, fev. 2005.

KOERNER, A. Sobre a história constitucional. In: *Estudos Históricos*. Vol. 29, n. 58. Rio de Janeiro, mai/ago2016 pp. 525-540.

LACAZ, F. A. DE C.. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 41–59, jan. 1994.

LACAZ, F. A. DE C. et al.. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe8, p. 120–132, 2019.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 867–874, out. 2011.

LIMA, J. A. O. A gênese do texto da Constituição de 1988 / João Alberto de Oliveira Lima, Edilenice Passos, João Rafael Nicola. — Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2013. 2 v.

LIMA, N. T. (Org.). Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. / organizado por Nísia Trindade Lima, José Paranaguá de Santana e Carlos Henrique Assunção Paiva. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2015. 324 p.

LUZ, M. T.. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 77–96, 1991.

MADEIRA, R. M. O padrão de carreira política dos deputados federais da Arena baiana: trajetórias estáveis e lealdades pessoais. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 8, n. 2, p. 83–117, 2003. DOI: 10.5433/2176-6665.2003v8n2p83. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/9070>. Acesso em: 11 jun. 2023.

MELO, D. T.. A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde. 2013. 307 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D'ÁVILA . Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 19, n. 4, p. 1219–1239, out. 2012.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. DE C. M.. A Reforma Leser: a arquitetura de um projeto de saúde pública paulista, 1967-1979. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 4, p. 267–283, out. 2019.

MOTA, A.; MARQUES, M. C. DA C.; BRASILEIRO, D. F.. Reforma Sanitária e o estado de São Paulo 1970-1980: particularidades regionais e formação de seus trabalhadores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e210118, 2021.

MOTTA, L. E. O Estado, o poder, o socialismo: um livro “reformista”?. *Princípios*, v. 40, n. 161, p. 09 - 40, 30 abr. 2021.

MOTTA, R. P. S.. Os olhos do regime militar brasileiro nos campi. As assessorias de segurança e informações das universidades. *Topoi (Rio de Janeiro)*, v. 9, n. 16, p. 30–67, jan. 2008.

MOREIRA, I. C.. A ciência, a ditadura e os físicos. *Cienc. Cult.*, São Paulo , v. 66, n. 4, p. 48-53, Dec. 2014 . Available from <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Apr. 2023. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252014000400015>.

NORA, P.. Entre memória e história: a problemática dos lugares. *Projeto História*, São Paulo, n.10, dez. 1993, p.7-28.

NORONHA, J. C. DE . Hesio Cordeiro e a construção do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 3, p. e310306, 2021.

NOVAIS, F. A. e MELLO, J. M. C.. Capitalismo tardio e sociabilidade moderna. *História da vida privada no Brasil : contrastes da intimidade contemporânea*. Tradução . São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

NUNES, E. D.. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e sociedade*, v. 3, p. 5-21, 1994.

NUNES, E. D.. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 909–916, maio 2008.

NUNES, E. D.. Juan César García: social medicine as project and endeavor. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 139–144, jan. 2015.

OLIVEIRA, J.A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular). In: COSTA, N.R. et all (org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989, p. 13-44.

PAIM, J.S.. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 22.

PAIM, J.S.. Conjuntura da transição democrática: da criação do Cebes à constituição. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 69-152.

PAIVA, C. H. A.; Pires-Alves, F. A.. A reforma sanitária brasileira em perspectiva internacional: cooperação técnica e internacionalização do sistema de saúde brasileiro. In: III Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais, 2011, São Paulo. III Encontro Nacional da ABRI. São Paulo: CAPES/FAPEMIG/FAPESP/IPEA/PUC-MG, 2011. v. 1.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014,p.15-35.

PAIVA, C. H. A.; REIS, J. R. F.; NETO, L. A. A.. Hésio Cordeiro e a História da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

PAIXÃO, C.; BARBOSA, L. A memória do direito na ditadura militar: a cláusula de exclusão da apreciação judicial observada como um paradoxo. *Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica*. Porto Alegre, vol. 1, n. 6, 2008, p. 57-78.

PAIXÃO, C. “Autonomia, democracia e poder constituinte: disputas conceituais na experiência constitucional brasileira (1964-2014)”. In *Quaderni Fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno* n. 43, *Autonomia Unità e pluralità nel sapere giuridico fra Otto e Novecento*, Tomo I, Giuffrè Editore, 2014.

PAIXÃO, C. Percursos da História Constituinte: Parâmetros, Possibilidades e Fontes. *In* História Constitucional Brasileira: da primeira república à constituição de 1988. Coordenadores Cristiano Paixão e Cláudia Paiva Carvalho, São Paulo: Almedina, 2023, p. 23-54.

PAULA, S. H. B. et al. A criação de Saúde em Debate, revista do Cebes: narrando a própria história. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 148-155, jan. /abr., 2009.

PIRES-ALVES, FA., and PAIVA, CHA. Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988) [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p.

PIRES-ALVES, FA; FALLEIROS I. Ciência. Técnica e Fragmentação da Saúde. *In*: PONTE, CF; FALLEIROS I. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV: 2010, p. 159-171.

PONTE, CF. Entre a Saúde pública e a medicina previdenciária. *In*: PONTE, CF; FALLEIROS I. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV: 2010, p. 113-120.

PONTE, CF; NASCIMENTO, DR. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. *In*: PONTE, CF; FALLEIROS I. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV: 2010, p. 113-120.

PORTELLI, A.; JANINE RIBEIRO, T. M. T.; RIBEIRO FENELÓN, R. T. D. O que faz a história oral diferente. *Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, [S. l.], v. 14, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11233>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PORTELLI, A.; JANINE RIBEIRO, T. M. T.; RIBEIRO FENELON, R. T. D. História oral como gênero. *Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, [S. l.], v. 22, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10728>. Acesso em: 10 jun. 2023.

POULANTZAS. N.. *O Estado, o poder e o socialismo*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

QUADRA, A.A.F.; CORDEIRO, H de A. Sistema nacional de saúde: antecedentes, tendências e barreiras. (Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, apresentado a VI Conferência Panamericana de Educação Médica e ao XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica. Rio de Janeiro, novembro de 1976), 16 p.

REBELO, A., BRANDÃO, G. M., NOGUEIRA, M. A., SILVA, F. P. da, & OLIVEIRA, R. (2015). DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO (1948 - 2000). *Revista Novos Rumos*, (34). <https://doi.org/10.36311/0102-5864.16.v0n34.4949>

REIS, D. A.. *Ditadura e democracia no Brasil: do golpe de 1964 à Constituição de 1988*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

REGO, A. C. P.. O Congresso brasileiro e o regime militar (1964-1985). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. Saúde: promessas e limites da Constituição [recurso eletrônico] Eleutério Rodriguez Neto; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019.

SADER, E. Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo: 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988

SANTOS, L. A. DE C.; MORAES, C.; COELHO, V. S. P.. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 107–149, 1992.

SANTOS, R.C.N. A história do Projeto Montes Claros. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: A utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p.21-60.

SCHNEIDER, C.; TAVARES, M.; MUSSE, C. O retrato da epidemia de meningite em 1971 e 1974 nos jornais *O Globo* e *Folha de S. Paulo*. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1-13, out./dez. 2015.

SEIXAS, J. C. (2008). SUS, vinte anos: um pouco do antes, para maior sucesso no a seguir. *BIS. Boletim Do Instituto De Saúde*, (esp), 6–9. Recuperado de <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33686>

SILVA, C. E. M.. Memória de tempos sombrios: A resistência Democrática na UERJ. 2015. (Apresentação de Trabalho/Congresso). XI Encontro Regional Sudeste de História Oral.

SILVEIRA, M. M.. Desloca(liza)r o direito: intercâmbios, projetos partilhados e ações públicas de juristas (Argentina e Brasil, 1917 - 1943). 2018. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SIQUEIRA, G. S. História do direito pelos movimentos sociais: cidadania, experiências e antropofagia jurídica nas estradas de ferro (Brasil, 1906). Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito, 2011.

SOMARRIBA, M. M.. Participação e Saúde: revisitando o Projeto Montes Claros. In: Fleury S. (Org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p. 193-206.

SOPHIA, D. C.; TEIXEIRA, L. A.. Ciência, política e reforma sanitária nas páginas da revista *Saúde em Debate* (1970-1980). *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 416–428, jul. 2014.

SOUZA JÚNIOR, J. G. Direito como liberdade: o direito achado na rua –experiências populares emancipatórios de criação do direito. 338f. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, Brasília, 2008, p. 145.

TEIXEIRA, L. A.; PAIVA, C. H. A. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. In: Luiz Antônio Teixeira; Tânia Salgado Pimenta; Gilberto Hochman. (Org.). História da saúde no Brasil. 1ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2018, v. 1, p. 408-441.

TEIXEIRA, S. M. F. Investigação de ciências sociais em saúde no Brasil. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 106 a 127, 1985. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10286>. Acesso em: 12 maio. 2023.

TEIXEIRA, S. M. F. Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 1, p. 48 a 58, 1985. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10372>. Acesso em: 12 maio. 2023.

TOLEDO, C. N. Zeferivo Vaz: Um Reitor de direita que protegia as esquerdas? Germinal: marxismo e educação em debate, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 116–132, 2015. DOI: 10.9771/gmed.v7i2.14871. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/14871>. Acesso em: 24 abr. 2023.

TORRES, C.R.. O processo de construção do Sistema Nacional de Saúde :tradição e inovação na Política de Saúde Brasileira (1940-1980) / Christiane de Roode Torres. – Rio de Janeiro: s.n., 2020. 282 f.

UNICAMP. Relatório da Comissão da Verdade e Memória Otávio Ianni da Unicamp. Campinas: Biblioteca Central da Unicamp, 2015.

UNIRIO. Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>

UNIRIO. Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005b. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19761988.pdf>

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Relatório da Comissão Anísio Teixeira de Memória e Verdade da Universidade de Brasília. Brasília: FAC-UnB, 2016.

VAN STRALEN, C. J. Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. In: Fleury S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. cap07. p.165-191

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. Sociology of Health & Illness, Boston, v. 36, n. 3, p. 423-446, set. 2013.

YUNES, J.; BROMBERG, R.. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. Revista de Saúde Pública, v. 5, n. 2, p. 221–236, dez. 1971.

Entrevistas e Depoimentos

Alberto Pellegrini Filho. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Ana Maria Canesci. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Anamaria Testa Tambellini. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Arlindo Fábio Gómez de Souza. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Arlindo Fábio Gómez de Sousa e Luiz Fernando Ferreira. Entrevista de história oral concedida ao projeto Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP): 50 anos de História, 2003. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 137p.

Ary Carvalho de Miranda. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Carlos Morel. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Carlos Mosconi. 1988: segredos da Constituinte. Os vinte meses que agitaram e mudaram o Brasil. Luiz Maklouf Carvalho – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2017.

Carlyle Guerra de Macedo. Site do Observatório História e Saúde – COC/Fiocruz. Depoimentos - História da Educação e Trabalho em Saúde. Brasília, 07/06/2005. Disponível em: <<http://ohs.coc.fiocruz.br/biblioteca/depoimentos-historicos-historia-da-educacao-e-trabalho-em-saude/>>. Acesso: 25 jun 2023.

Christina Tavares. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Elizabeth Moreira dos Santos. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

Fabíola de Aguiar Nunes. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000), 2004. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 84p.

Francisco Eduardo Campos. Entrevista de história oral concedida ao projeto Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória, 2019. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 45p.

Francisco Eduardo Campos. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>

Gastão Wagner de Souza Campos. Entrevista de história oral concedida ao projeto Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória, 2018. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 31p.

Gastão Wagner de Souza Campos. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>

Guilherme Rodrigues da Silva. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>

Hésio Cordeiro: e a história da saúde no Brasil / organizado por Carlos Henrique Assunção Paiva, José Roberto Franco Reis e Luiz Alves Araújo Neto. – Rio de Janeiro, 2022. 117 f.; il. color.

José Aristodemo Pinotti. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

José Gomes Temporão. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos.htm>.

José Roberto Ferreira. Site do Observatório História e Saúde –COC/Fiocruz. Depoimentos - História da Educação e Trabalho em Saúde. s/l, 15/03/2005. Disponível em: <<http://ohs.coc.fiocruz.br/biblioteca/depoimentos-historicos-historia-da-educacao-e-trabalho-em-saude/>>. Acesso: 06 mar 2023.

José Rubem Alcântara Bonfim. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>.

Maria Andrea Loyola. Entrevista de história oral concedida ao projeto Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória, 2019/2020. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 36p.

Maria Inês Bravo. Entrevista concedida a Daniela Tranches de Melo. IN: MELO, D. T.. A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde. 2013. 307 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. p.235-252.

Mozart de Abreu e Lima. Entrevista de história oral concedida ao projeto A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil, 2002. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 54p.

Nelson Rodrigues dos Santos. Trabalho, Educação e Saúde, v. 6, n. 3, p. 645–658, 2008. Nelson Rodrigues dos Santos. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>

Paulo Buss. Entrevista de história oral concedida ao projeto Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP): 50 anos de História, 2004. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 35p.

Reinaldo Guimarães. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005a. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>.

Sara Escorel. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1976-1989. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>

Sebastião Loureiro. Entrevista de história oral concedida ao projeto Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória, 2015. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 53p

Sérgio Arouca: a década de 70, da Unicamp à Nicarágua. Entrevistado: Sérgio Arouca. Entrevistadora: Dilene Raimundo Nascimento. [S. L.]: Fundação Oswaldo Cruz, 28 de jun. 1993.

Sérgio Arouca. Trabalho, Educação e Saúde, v. 1, n. 2, p. 355–361, set. 2003.

Sonia Fleury. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1989-2003. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>

Sonia Fleury. Entrevista concedida a Daniele Tranches de Melo. IN: MELO, D. T.. A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde. 2013. 307 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. p. 280- 307.

Sonia Fleury. Entrevista de história oral concedida ao projeto Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória, 2018. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 26p.

Wilson Fadul. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória da saúde pública no Brasil, 1996. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 149p.