

ENTREVISTA

Nelson Rodrigues dos Santos



Venilton Kuchler

DECUPAGEM E EDIÇÃO: Quitéria Neves, Eugenia Chaiben, Elis Campos, João Campos e Marcio Almeida

Para quem conhece Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, parece redundância dizer que ele é uma das maiores expressões da Saúde Pública brasileira. Mas para aqueles que não tiveram o privilégio de conviver com ele ao longo de uma extensa trajetória de 53 anos de atuação na área, é gratificante vê-lo resumir o atual momento de certa desesperança como mais um degrau a ser vencido.

"Uma professora de Campinas, quase depressiva, desgostosa com os fatos que estão ocorrendo em nosso país, me disse que tudo parece escuro, sem futuro, mas que às vezes um vagalume pisca e relacionou isso às conversas que eventualmente temos. Então eu peguei essa imagem do vagalume pra mim

e digo: esse vagalume tem que piscar muito mais vezes, mais aceso que apagado e tem que alertar outros vagalumes pra começar a piscar, e aqueles que estão piscando pouco, comecem a piscar mais. E para quem não vê luz no final do túnel, essa luz vai ser construída. Bota vagalume piscando, unindo as luzinhas, piscando cada vez mais, até iluminar o túnel e aparecer a luz no final do túnel. Essa luz tem que ser construída. Nosso compromisso com a geração que vem é não perder a esperança".

A Revista reuniu em Curitiba, no Dia Mundial da Saúde (07 de abril), um grupo de profissionais para uma roda de conversa com o Nelsão. Participaram Euclides Scalco, Luiz Fernando Nicz, Marco Antonio Teixeira,

Nelson Rodrigues dos Santos, chamado pelos amigos da saúde coletiva como *Nelsão*, foi professor titular de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), professor de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas (UNICAMP), assumiu funções de direção do Sistema Público de Saúde nos níveis municipal, estadual e nacional. Atualmente é professor colaborador da Unicamp e presidente do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado e membro do Conselho Consultivo do CEBES. Nelsão foi também presidente "oculto" do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde entre 1978 e 1984. Oficialmente o Conasems foi criado durante encontro realizado em 1988 em Olinda. No entanto, todos os encontros anteriores, que tinham a participação do Nelsão em sua organização, são considerados essenciais para sua história. Foi presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), entre 1989 e 1990.

João Campos, Guilherme Graziani, Roberto Esteves, Giseli Rodacoski, Solange Bara, Marcio Almeida, Ana Fonseca, Sezifredo Paz e Michele Caputo Neto, além de profissionais e estudantes da área da saúde.

Alguns não puderam participar da roda de conversa, mas enviaram questões: Carlos Homero Giacomini, Luiz Cordon Jr, Regina Gil, João Carlos Thomson, Keyla Feldman Marzochi e Guilherme Albuquerque.

A escolha do Dia Mundial da Saúde não poderia ser mais simbólica. Neste ano, a Organização Mundial da Saúde definiu o mote para a data com o lema "Vamos Conversar", abordando a necessidade de falar sobre depressão, um dos maiores males do século. Neste ano, também é comemorado os 100 anos de morte de Osvaldo Cruz, um dos maiores sanitaristas brasileiros. No dia do encontro, foi lançada em Curitiba a Política Estadual de Promoção da Saúde do Paraná, um dos desafios do SUS que ainda precisa ter linhas de atuação e financiamento para colher os frutos de uma população que cuida de si própria.

Como coincidências nem sempre existem, os convidados se uniram para ouvir e debater com Nelsão sobre a saúde pública paranaense e brasileira com um olhar no passado e foco no futuro.

REpS - Quem é o Nelsão?

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS - Sem nenhum sofisma religioso, vocês todos estão dentro do Nelsão e o Nelsão está dentro de vocês. É um cidadão, como os outros cidadãos e cidadãs que estão aqui, com propósitos comuns, do papel nosso na vida, na sociedade, na coletividade em que vivemos, que nos gerou e com a qual assumimos a responsabilidade de participar da geração dos que vêm. Não só dos que vêm de nascimento biológico, mas dos que vêm de formação de cabeças, de convivência, de projetos de vida. Então todos nós estamos nessa. Nessa idade, todos sabem, a "quilometragem" não significa qualidade. A "quilometragem" dá um algo a mais. Então, sou um a mais aqui. Conscientemente dei de mim o melhor que eu podia dar, a vida inteira. Fiz bobagem, aprendi errando também, quem não aprende errando...

REpS - De onde veio a ideia de criar as UBS (à época, "postinhos") em Londrina, no início da década de 1970, com ênfase na APS?

NELSON - Quando cheguei em Londrina, eu tinha uma acumulação de experiência de campo - tinha feito meu doutorado em campo. Seis anos no Vale do Paraíba, eu comprei vários pares de alpargatas. Eu caminhava nos arrozais, nos charcos do Vale do Paraíba, nas casinhas dos trabalhadores rurais, no trabalho deles na zona rural e nas periferias de uma cidadezinha, que era Roseira. Coletava material para examinar caramujo com lupa, com microscópio, caramujo que transmite a esquistossomose; colher exames de fezes, fazer inquérito domiciliar, inquérito nas escolas primárias, urbano e rural - sempre com estudantes de Medicina. Minhas equipes eram estudantes de Medicina. Darli Soares era um estudante de Medicina fazendo um trabalho de campo comigo.

Três dias por semana eu saía de São Paulo e ia para o Vale do Paraíba. Ficava lá trabalhando e voltava. Então acabei ficando conhecido. E aí eles pegaram liberdade comigo e mais de um deles, em diferentes momentos, começaram a falar: Tudo bem, já tinham entendido como pegava esquistossomose, que não podiam defecar no arrozal, na primeira valeta que encontrassem, ou em casa, atrás da bananeira, a higiene, como fazia a privadinha; tudo aquilo estava equacionado, tudo bem. Aí eles começaram a falar pra mim: 'Doutor, o senhor é doutor, não é?'. Não parecia ser, mas acabavam achando que eu era mesmo. 'A minha mulher tá com isso, a minha mãe tá morrendo com isso, e eu tô com uma dor aqui de trabalhar, só posso trabalhar do lado esquerdo quando pego o cabo da enxada... a gente precisa de uma consulta'.

Aí eu saquei a integralidade. Não tem prevenção sem curar. E curar preferencialmente precoce, tratamento precoce. É no ato da vida comum das pessoas, nos primeiros sintomas, nas primeiras falências mentais ou corporais que a gente tem que ter ajuda, que tem que ter a solidariedade. E aí potencializa incrivelmente os procedimentos preventivos, de alimentação, no sono, no exercício físico, nas imunizações, etc. Essa experiência em Roseira me deu um grande ensinamento na prática, que vi os teóricos falarem muitos anos depois.

Então aí tive um contato muito bom com o Secretário de Saúde, Walter Leser, secretário do Franco Montoro. Ele saiu do gabinete dele, foi ver meu trabalho, lá em Roseira. Pegou o nome do médico que tinha que dar consulta duas vezes por semana, ele era residente em Aparecida do Norte e tinha que dar consultas em Roseira. Puxou a orelha

do cara e ele começou a ir lá. Depois ele deixou de ir de novo. Mas ele foi algumas vezes dar consultas duas vezes por semana, era obrigação dele, estava escalado pra isso, mas não no jeito de dar. Depois o cara acabou saindo, veio outro. Eu mesmo dei algumas consultas, mas foi o bastante para pintar em toda população de Roseira, principalmente da área rural, a sensibilidade da gente pra tentar tomar providências. Eu mesmo meti o pau na estrutura que não vinha dar consultas, que era obrigação do governo mesmo e fiquei solidário com eles.

O centro acadêmico da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, sabendo desse trabalho meu em Roseira com residentes da Faculdade de Medicina da USP, e vários outros de campo, me pediu para fazer uma coisa com os estudantes da Santa Casa. Aí fomos pra Mairiporã, município da grande SP, muito pobre naquele tempo. Fizemos um baita trabalho em Mairiporã. Aí a Faculdade de Medicina de Sorocaba soube disso, me procurou e eu fui para Registro, no Vale do Ribeira, fazer o trabalho de campo com 30/40 estudantes porque eu tinha essa experiência anterior.

Quando eu fui para Londrina, com uma equipe multiprofissional de docentes, fui dar aula na faculdade. Mas porque eu escolhi Londrina? O centro acadêmico da faculdade de Medicina de Londrina, que se chama Centro Acadêmico Samuel Pessoa, soube desses trabalhos e combinaram com um professor de Farmacologia que tinha sido da USP, conhecido meu, de me acessar. E o Guerra falou assim: 'tem um pessoal lá de Londrina que quer que você vá fazer um trabalho de campo com eles'. No início de 1969, antes de ser convidado oficialmente, fui a Londrina para coordenar um trabalho de campo. Eu levei cerca de 50 estudantes terceiranistas da Faculdade de Medicina do Norte do Paraná para Paiquerê, distrito de Londrina. Alugaram um ônibus, enchemos de estudantes de Medicina, fizemos inquérito, perguntas de casa em casa, locais de trabalho, vidrinho para colher fezes, para fazer exames, seringa para fazer o PPD de pré-diagnóstico da tuberculose, e foi muito legal.

Esses trabalhos que a gente fazia com os estudantes terminavam sendo depois publicados. Para os estudantes era um deslumbre, e com toda razão. No final de 1969, recebi o convite do Ascêncio Garcia Lopes, diretor da faculdade, para assumir a disciplina de Saúde Comunitária. Estava negando porque estava muito bem sucedido como assistente de Samuel Pessoa em SP, na USP. Mas aí teve uma

intercorrência, completamente disparatada. O DOPS começa a me procurar, apertaram o cerco policial por causa da ditadura e o Fleury, que era o delegado chefe em SP, mandou me procurar. Um dia, às 7 da manhã, o zelador do prédio do Instituto de Medicina Tropical ligou para mim e falou assim: 'Dr. Nelson, não venha que os tiras estão aqui pra te pegar, na chegada'. Não só não fui como disse, "agora é tudo ou nada". Fui falar com o Fleury, porque se os capangas me pegassem eu ia ser preso, torturado, como já estava acontecendo com muitos. A minha mulher, Elza, também estava sendo procurada e nós fomos falar com o Fleury, no tudo ou nada. Ele mandou ver toda a minha ficha, uma conversa muito áspera, muito pesada, inclusive uma hora ele mandou abrir uma porta da sala dele pra gente poder escutar os gritos de quem estava sendo torturado. A tortura mental já começou ali. O que me salvou foi Londrina. Quando eu vi que meus argumentos estavam falhando eu disse assim: 'Olha, eu acabei de ser convidado pra ir pra Faculdade de Medicina de Londrina'. - 'Então vai já', disse o delegado. Foi assim que a Elza e eu nos antecipamos e demos a resposta para o Ascêncio. É só para ver que a nossa vida de saúde pública não é só saúde pública, têm essas intercorrências fora da Saúde Pública.

Mas tudo isso para lembrar que quando eu cheguei e bati o olho na situação de Londrina, só me veio na cabeça minha experiência anterior. Onde está o mato aqui, onde estão as casinhas, onde está a periferia, onde estão as vilas rurais? E eu como estudante de Medicina digo, 'Minha praia é lá'. Mas aí eu já estava como professor, não era mais uma expedição de pesquisa, de levantamento. Agora eu tenho que pensar alguma coisa mais criativa, mais permanente, mais séria. Não é pegar 20 estudantes de Medicina, ficar 20 dias no mato e voltar. Aí começou a embrionar em mim alguma coisa permanente. O que tem que ficar permanente na periferia e nas vilas rurais de Londrina que seja objeto não só de uma atenção merecida e necessária, solidária à população, mas que seja objeto de ensino e pesquisa? Estava evidente que era aquilo que a gente estava pensando mesmo, mas aí eu tinha que ter a anuência da prefeitura, da secretaria municipal da Saúde, do Centro de Saúde do Estado, que ficava no centro da cidade, um baita prédio histórico, e do diretor, sendo que na faculdade era mais fácil.

Mas aí eu fui conversar com Dalton Paranaguá, porque antes do Dalton, por exemplo, a prevenção de endemias em todo Norte do Paraná era o DNERU, que era um órgão federal, o antigo Departamento Nacional de Endemias Rurais. Eu tinha que dobrar o DNERU, que poderia abrir mão de tarefas dele e de compartilhar tarefas dele conosco, como prevenção. A imunização eu tinha que me entender bem com o Centro de Saúde do Estado. E fui encontrando barreiras.

O secretário municipal de Saúde era o Zardo, um educador nato, vidrado em educação que tinha feito uma cartilha de educação, e esse negócio de instalar posto ele também colocava empecilho. Então as barreiras apareceram.

Aí eu pedi uma conversa com o prefeito da cidade, Dalton Paranaguá. Isso meses e meses depois, pra ser uma conversa decisiva. Então quando eu contei essa história toda ao Dalton Paranaguá, da minha experiência, da minha vontade, não tinha experiência anterior disso... Se fossem anos depois poderia citar, tem tal e tal cidade nas quais está dando certo, mas ali não tinha nada para citar que estava dando certo. Aí contei muito detalhe, o Dalton mandava eu repetir, eu repetia mais. Eu já conhecia Irerê, Paiquerê, a Warta, Guaravera, vários distritos... Então o Dalton falou uma frase pra mim, é sintética, parece meio religiosa... Ele era protestante, tinha uma bíblia e pôs a mão em cima da bíblia e disse assim pra mim: 'Professor Nelson, todo problema, por maior que seja, por mais desafiante que seja, já traz no seu bojo a própria solução'. - É uma frase de efeito, pode ser uma simples frase de efeito. Mas quando ele me falou aquilo, e ele era o prefeito, eu achava que ele iria dar a solução, mas não deu. 'Conta comigo, estou concordando, mas o problema que você está me colocando já tem a solução dentro dele'. Depois conversando com o Darli e outros colegas de equipe, a gente chegou à conclusão que o cara era da dialética mesmo, do materialismo dialético - a solução tem que estar dentro do problema - e a gente começou a destrinchar o problema - a decompor - o que é causa, o que é efeito. Por que eu lembrei da frase do Dalton? Porque as perguntas que foram feitas aqui, principalmente as do Nicz e as da Regina, mas todas elas, são tão explicativas e tão bem formuladas que elas trazem a resposta dentro delas. É lógico, eu tenho resposta para elas, as minhas

respostas, mas eu me inspirei nessa potencialidade, nas linhas e entrelinhas das respostas das questões e percebi que, mais uma vez, todas as pessoas que fizeram as questões no mínimo estão em pé de igualdade comigo na perplexidade, nos desafios e nas propostas de soluções. Portanto, não sou eu portador de nenhuma verdade maior do que as verdades de todos nós, de todo nosso grupo aqui.

REPS - Você citou o Dalton como prefeito, na época que você estava em Londrina. Antes ele tinha sido secretário de Estado da Saúde por dois anos. É dele a frase que está no prédio histórico da saúde no centro de Curitiba - A SAÚDE DO POVO É A SUPREMA LEI.

NELSON - Mas quem sacou essa frase - e o Dalton trepidou e depois pegou - foi o Bruno Piancastelli, que era do DNERU, no Norte do Paraná. Eu estava fazendo esse trabalho de articular, de convencer e o Bruno tinha que autorizar os técnicos dele para ensinar algo de endemias para nossas equipes nas unidades básicas e teve que contornar várias coisas e acabou dando certo. A gente tinha que ir envolvendo e mostrar que não queria criar uma competição, que era um trabalho integrado... Mesmo que a gente não faça corrupção, não mexa com doleiro - essas coisas que a Lava Jato está pegando - , o egoísmo de certos dirigentes, de certos técnicos de tempo integral e dedicação exclusiva, as competições, as apropriações de certas coisas, sem democratizá-las com as equipes todas, isso é uma privatização deslavada contra os interesses da população. Esse fenômeno está por aí e a gente foi aprendendo ao longo das décadas o que é público e o que é privado. O interesse privado, mesmo que não seja corrupto, pode acabar com a função pública de todo um departamento, de toda uma instituição pública, usando, muitas vezes, o burocratismo como arma.

Então eu estava "chavecando" ali com o Bruno, com o Zardo, e começou a confluir. A gente conversando, reunindo coisas para a audiência com o Dalton, e numa das conversas o Bruno, que era chegadoinho a arrumar umas frases grandiloquentes, soltou essa. Aliás o conteúdo dessa frase eu acho discutível - A suprema lei é a cidadania. A saúde, o ensino, a alimentação - é um conjunto de direitos humanos inabdicáveis, essa é a suprema lei. Mas como eu estava no momento de defender um

projeto de saúde pública, disse "é a suprema lei mesmo"! O Dalton titubeou com a frase, mas como ele tinha sido secretário estadual, era uma bandeira muito legal, acabou assumindo o tema e a gente foi para a Vila da Fraternidade, para o Jardim do Sol e para o distrito rural de Paiquerê, multiplicando os postinhos.

Mas o Dalton foi muito decisivo. O Dalton não tinha nenhuma ideologização, nem esquerda, nem direita, nem mais populista, nem menos populista. Ele era um cara bom caráter, guiado até pelo próprio protestantismo dele.

REPS - Nós estamos realizando esta roda de conversa no ambiente da Biblioteca e do Centro de Documentação e Memória de uma Escola de Saúde Pública. Temos percebido o enfraquecimento dessas estruturas no país inteiro. Como o senhor enxerga hoje o papel das Escolas e como elas podem contribuir para que a integralidade da atenção e o multiprofissionalismo aconteçam?

NELSON - Partindo da tabelinha da resolutividade da Atenção Básica, de 5% de encaminhamentos... Esses 5% poderiam ser muito mais se a demanda nas nossas unidades de atenção básica na época fosse a demanda do conjunto da população. Mas a demanda já tinha uma seleção de início. Naquele tempo tinha população previdenciária que ia direto para o antigo INAMPS, que eram ambulatórios curativos, de especialidades. Se os 100% da população adscrita à área de abrangência da Unidade de Saúde buscassem a unidade quando tivessem com alguma dúvida, algum problema, algum sofrimento em saúde, e a unidade resolvesse 95% sobre esses 5, seria ótimo! Acima até do que se faz nos melhores sistemas públicos do mundo, como o NHS inglês. Mas os 5% eram a demanda que não ia nos ambulatórios previdenciários e da demanda que também não ia aos ambulatórios públicos, também especializados, clínicos do Hospital de Clínicas, hospital universitário. Era a demanda que sobrava - aí era relativamente fácil tirar os 5%. Eu estou usando esse exemplo como sugestão a vocês, como escola de saúde pública, se é que já não estão fazendo isso e, se estão, consolidar e avançar mais ainda, em assumir a vida real como campo de pesquisa e de produção de conhecimento. Não é nesta mesa que se produz conhecimento. Aqui só se consolida, articula e combina as coisas, ou dá

alguns saltos de qualidade intelectuais juntando os cacós. Aqui é um momento específico e não fundamental. Fundamental é lá fora. Então como é que nós vamos desagregar a realidade; a realidade é consolidada lá fora, na vida das pessoas. A lei de que a oferta gera a demanda ou a demanda gera a oferta. Vamos desagregar esse chavão aí e ver, na construção de um sistema público de cidadania para qual nós vamos apelar mais.

A saúde é a mesma coisa. Os pronto-socorros, os ambulatórios especializados, tanto os antigos previdenciários quanto os públicos municipais, estaduais e agora o SUS, é tudo a mesma coisa, ou deveria ser. Para 100% da necessidade da população nós ofertamos acesso de 90% diretamente consulta de especialidade. A população vai é ali mesmo. Então, se a gente for estudar a oferta de serviços e a acessibilidade, não só oferecer, mas oferecer com um mínimo de acesso, nós vamos ver hoje que o SUS está capengando nesse sentido. A nossa atenção básica em saúde está com uma resolutividade... - eu estou chutando, não vi nenhum trabalho bem feito sobre isso, vi trabalho pontual, num certo nicho, numa certa microrregião, mas uma média num território estadual ou território nacional nunca vi -... eu chuto, pelo sim pelo não, que na nossa atenção básica a resolutividade anda não mais do que 20%. Na média nacional não deve passar disso.

REPS - Então, o indicador que eu queria comentar é o de internações sensíveis à atenção básica. O parâmetro do Ministério da Saúde era de 32%, com tudo que foi feito baixou só pra 28%. Esse é um dado do Ministério da Saúde. A situação de internações sensíveis em Londrina em 2013 era de 22,4% e de Ribeirão Preto 25,6%, pior ainda. E o dado da Espanha dessas hospitalizações potencialmente evitáveis girava em torno de 7 a 4% - uma média de 5%.

NELSON - Nessa linha de raciocínio a gente tem que creditar mais coisas. Na Europa, principalmente nos países mais desenvolvidos, mesmo nos Estados Unidos que não têm sistema público de saúde, que tem no Canadá e na Europa e aqui no Brasil também, o avanço do conhecimento no ensino das profissões da área da saúde e de tecnologias nas últimas décadas, de uns 30 anos pra cá, foi de tal ordem que ambulatorizou o hospital. E foi na média

e na alta complexidades, nas quais o custo é muito maior. Hoje você faz radiologia invasiva dentro do cérebro num dia e volta pra casa. O leito dia, ou no mesmo dia não precisa nem dormir 12 horas, você entra dentro do coração, dentro do cérebro não só pra diagnosticar, como para intervir.

REPS - Mas continuamos inaugurando hospitais.... e em cidades com 3 a 4 mil habitantes.

NELSON - É o atraso cultural da própria classe dominante brasileira, que usa o mercado para investir, ter lucro, quer hospital porque também continua internando 65% do SUS. O desinvestimento sucateou a rede pública e essas internações são compradas e pagas por produção. Os hospitais estão internando para produzir e receber. E aí uma coisa que eu acho que é fundamental também, que é uma diferença de sociedade, da relação da sociedade com o estado, de cultura, mais civilizada, é que os sem fins lucrativos que aqui no Brasil recebem abaixo do custo real, trabalham no prejuízo, é coisa muito brasileira. Existem sem fins lucrativos até no NHS, da Inglaterra, no Canadá, na Espanha, em Portugal, Península Ibérica que mandou as Santas Casas pra cá. Na maior parte dos países europeus os sistemas públicos têm os sem fins lucrativos dando certo. Só que os sem fins lucrativos são a exceção, fisicamente falando, e quando eles são conveniados, entram no sistema público, eles se comportam obrigatoriamente como as constituições deles e a nossa constituição rezam, como se públicos fossem. Ao contratar os sem fins lucrativos, os filantrópicos aqui no Brasil, como se públicos fossem. Só que lá eles não pagam por produção. Pelas informações que tenho, em países europeus e até no Canadá, os sem fins lucrativos trabalham com metas, com prioridades, com planejamento, com avaliação e controle, custo efetividade, como se públicos fossem e continuam sem fins lucrativos. E não vão pra dentro desses hospitais diretores e chefes de clínicas especializadas dinheiristas, com a cabeça voltada para o mercado para ficarem ricos. Não tem isso. É valor de sociedade. Então é uma facilidade o sistema público se expandir para lugares que são indicados na relação custo-benefício, sem um sentido lucrativo, contratam como se públicos fossem e comportam-se como se públicos fossem. Até têm indicadores de equiparação de proventos salariais para profissionais que trabalham dentro

dos sem fins lucrativos e dentro do público para não dar essa defasagem. Então é outra conversa. Aqui, o que os sem fins lucrativos fazem no hospital, e agora também nos ambulatorios, inclusive no hospital de alta tecnologia, de alta especialidade, que são os mais caros? Pagos por produção. E pagar por produção, o Professor Gentile de Melo já dizia nos anos da década de 1980: “É um convite ao enriquecimento, é um convite a produzir atos desnecessários”.

REPS - É um fator incontrolável de corrupção. Era o mantra do Gentile de Melo.

NELSON - Em uma cidade da Grande São Paulo tem um centro de radiologia em que 80%, 90% das ressonâncias e tomografias são desnecessárias, mas, segundo um de seus diretores, "tenho que fazer se não eu fecho isso aqui". E do lado de fora da clínica radiológica tem uma demanda necessária reprimida, que é necessária e não consegue fazer. O nosso pagamento de produção dá nisso. E o outro relato é do Adib Jatene, em São Paulo. Eu me dava muito com ele e nos debates que a gente tinha na secretaria de estado sobre controle e avaliação, no sistema de auditoria, eu toquei no assunto em atendimentos de alta complexidade desnecessários. Eles tinham acabado de inaugurar naquela época o Hospital do Coração, que é um hospital privado no bairro Paraíso em São Paulo. E a grande maioria dos especialistas cardiologistas de cirurgias cardíacas e clínicas cardiológicas, vinham do Incor. Eles faziam o segundo tempo lá no Hospital do Coração, que era privado. E ele falou: “Nelson, aqui no Hospital do Coração, eu que sou fundador do Incor, eu que coordeno, eu que isso, eu que aquilo, fui secretário de Estado - ele ainda não tinha sido ministro - eu não consigo 70% das angioplastias. Setenta por cento dos cateterismos cardíacos são desnecessários. Meus colegas que trabalham comigo no Incor e vêm aqui no segundo horário eu não controlo, não tem jeito. Setenta por cento. Então nós temos uma cultura no nosso país também, aí que o debate vai pra fora da saúde, quer dizer, para os valores da sociedade. Esses valores também precisam ser debatidos e reconstruídos.

MICHELE CAPUTO NETO (SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE) - Como vocês sabem, estou iniciando uma gestão como presidente do CONASS

(2017-18) e queria perguntar ao Professor Nelson, que já foi presidente do CONASS e que conhece muito bem esse Fórum, qual o conselho, a recomendação que me dá para realizar uma gestão exitosa.

NELSON - Vou começar dizendo o que eu falei na abertura desta roda de conversa/entrevista. A experiência que a gente tem - a quilometragem - pode ser muito boa pra carros, caminhão, máquina. Para o ser humano, a acumulação da esperança de vida nos dá saltos de qualidade nesta trajetória longa para que experiências de qualidade, exemplos, reflexões que sejam importantes, passar para os mais novos. Isso de ser mais velho não é ser mais experiente, ter mais sabedoria. Se tem uma conclusão que a gente vai chegando pela idade afóra é essa. Então você pode ter acertos o triplo dos meus e continuar sendo mais novo do que eu, que não é uma inverdade e não é exceção. É a regra. Até porque os mais novos vão também absorvendo o que o conjunto da sociedade está avançando nestas décadas todas. Quer dizer, hoje os avanços dos conhecimentos, de tecnologias, de como se organiza o sistema de saúde e que cuidados deve ter, que são etapas, qual a relação com a sociedade. Isso os quarentões, os trintões que estão no SUS, estão pegando muito mais do que eu. A informação está muito mais fácil e o acompanhamento da realidade do que está acontecendo, não só no Brasil, mas no mundo inteiro.

Agora, no CONASS, o que eu posso dizer é que a minha experiência é muito menor do que a sua. Eu fui presidente do CONASS por quatro meses. E em quatro meses não dá pra acumular quase nada a não ser o motivo pelo qual eu saí. Eu saí do CONASS porque fui demitido do cargo de secretário, porque chamei os industriais da ABIMO – Associação Brasileira de Indústria Médica e Odontológica para uma reunião. Estava preparado, com muitos dados e falei pra eles que pra fazer o SUS acontecer no estado de São Paulo, nós não íamos mais cobrar 20 por cento das compras da secretaria para depositar em outras contas bancárias e que eles podiam então abaixar os preços dos equipamentos comprados pelo estado em 20 por cento. Mas que, em contrapartida, eu queria pedir pra eles que os critérios de alocação de equipamentos - radiologia, quimioterapia, radioterapia – todos os equipamentos laboratoriais, radiológicos, etc, priorizassem os

ambulatorios, os hospitais determinados pela secretaria, tecnicamente. Então nós tínhamos já um preparo técnico de alocação dos equipamentos. E eu falei pra eles: isso implica não só em vocês passarem pra nós essa responsabilidade. Implica que vocês vão ter um problema: o que vocês vão fazer com os representantes de vocês. Porque a indústria tem os representantes que visitam os diretores dos hospitais, privados e públicos, e oferecem comissões para os diretores dos hospitais, porque a assinatura do diretor do hospital é a requisição para a compra do equipamento. Eu sabia que isso iria ser um problema pra eles. Eu falei para eles: vocês se livram de pagar 20 por cento em contas bancárias indicadas aqui no Brasil ou fora do Brasil e também recolhem os representantes dos hospitais, dêem outras atividades para eles. Daí eles conversaram e argumentaram, cochicharam e um deles falou para mim: 'olha nós precisamos de 15 dias para a resposta'. E deram a resposta em 15 dias, positiva.

Meses depois um deles encontrou comigo no avião indo para Brasília. Ele sentou do meu lado, puxou papo e me contou porque eles pediram 15 dias. Eu nunca vi uma vida tão vasculhada naqueles dias como a minha. Eles pegaram a minha vida desde que eu era menino em Batatais, até a minha vida sexual, porque é chantagem. Isso aí é comum. E toparam o negócio. E daí eu tirei duas conclusões. Eu fui discreto, não tinha testemunha, mas eu me baseei num estudo prévio muito bem feito. E a outra coisa que eu aprendi: o empresário produtor, que vive da produção, ele é perfeitamente passível de fazer um pacto com o estado, com o governo a favor da nação e da sociedade. Se fosse banqueiro não ia dar. É outro tipo de empresário. Financista é outro perfil.

Ali eu vi na prática essa tese: é possível um projeto nacional, na saúde e fora da saúde. Um pacto sério do estado com o setor produtivo realmente de bens e serviços. Aí nós faríamos esse país desenvolvido. Isso me deixou muito otimista até com o país. Mas dali a trinta dias o chefe de gabinete do governador veio falar comigo pessoalmente e falou que eu estava demitido.

É mais um desabafo pessoal, mas também para todo mundo escutar o que é um gestor público e quais são as opções que um gestor público tem que fazer na vida. Eu resolvi pôr em risco porque

continuar do jeito que estava, não ser demitido do jeito que estava, então não era mais o Nelson. Foi um risco que eu corri.

Em relação ao CONASS, tem uma outra experiência muito rica, que eu acho que deve ser uma das bandeiras, entre as várias bandeiras da sua gestão. A bandeira da regionalização do serviço de saúde. Naqueles quatro meses que fui secretário, fizemos duas reuniões do CONASS e eu fui eleito porque naquela época eu estava muito comprometido e já com uma certa experiência na briga pela regionalização. Por quê? Porque o movimento municipal de saúde, a municipalização em saúde, é uma característica muito brasileira.

Nos anos 1970 teve a maior migração campo-cidade da história brasileira: o êxodo rural, no qual metade da população urbana passou a ser de recém-emigrados do meio rural. E convergiu até mais nas cidades médias do que nas próprias capitais. E no Paraná teve a geada de 1975, que piorou ainda mais a pauperização. Pelo esquema da economia nos vinte anos de ditadura, uma das consequências foi o êxodo rural brutal. E as cidades médias, em todas as regiões do Brasil, Nordeste, Sudeste, Centro-oeste e Sul, quase dobraram de população. Só que a segunda metade que chegaria na década era a outra metade pobre. E se criou tensões incríveis na periferia urbana. De emprego, de urbanização, de moradia, de asfalto, de terra. E aí houve pressão do Governo Federal. Na época o Geisel estava entrando. Os municípios tiveram que adotar os chamados programas compensatórios para atenuar as tensões nas periferias urbanas. A igreja fez um trabalho muito bonito nisso, com as comunidades eclesiais de base, movimentos populares também surgiram muito em função disso. E os prefeitos, que naquele tempo tinham uma participação na arrecadação muito menor do que hoje, tiveram que fazer das tripas coração e fazer alguma coisa para atenuar a tensão social. Pressionados pelo Governo Federal criaram até municípios de segurança nacional – vários municípios no Brasil todo, com prefeito nomeado. Chegou a esse ponto a insegurança por causa dessas periferias urbanas. Uma das válvulas de escape para atenuar a tensão social foi a saúde. Mas saúde assim, era quase uma tapeação, mas era alguma coisa. Veículos Kombi rodando as periferias das cidades, com médico duas vezes por semana dando consulta. Faziam fila. Paravam num

certo lugar, naquele bairro, naquele dia da semana e faziam umas consultinhas, muito pouco resolutivas. Às vezes, distribuía medicamentos vencidos, mas atenuavam a tensão social. Daí surgiu o movimento municipal de saúde. Historicamente para nós, isso é uma coisa muito importante porque é a base dos municípios assumirem. Daí a população começou a pressionar: Por que não tem uma coisa permanente? Tem uma casinha ali com aluguel que é um décimo do salário mínimo, aluga uma casinha que está desocupada naquele bairro. Então alguns prefeitos começaram a alugar as casinhas. Aí ia o médico, o dentista, o atendente de Enfermagem duas vezes por semana naquela casinha, não era mais de Kombi. Daí passaram de duas vezes por semana para três, era uma pressãozinha a mais. Para passar de segunda a sexta uma pressão maior. Aí a pressão foi crescendo. E começaram as primeiras redes de postinhos de saúde em casinhas alugadas.

Na segunda metade dos anos 1970 houve uma coisa muito importante na história do ensino de saúde pública. A Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro e a Faculdade de Saúde Pública em São Paulo, começaram a ser pressionadas pelos secretários estaduais de saúde para mandar sanitaristas para eles. Então a Escola Nacional de Saúde Pública começou a fazer cursos nos estados do Sul e do Nordeste. E a Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP), que tinha um curso muito precioso de um ano em tempo integral, acadêmico, descomprometido com a realidade da sociedade, foi convocada pelo professor Walter Leser, que foi secretário de Saúde de São Paulo, a realizar cursos com 6 meses de duração. Para onde foram esses sanitaristas formados nas regionais da Escola Nacional do Rio de Janeiro e da FSP/USP? Foram para as periferias urbanas, contratados pelos prefeitos. Então esse fenômeno foi muito importante porque explica a força dos municípios no surgimento do SUS. O SUS nem era pensado, não havia reforma sanitária, nada e já tinham periferias urbanas trabalhando a Atenção Primária à Saúde. E esses jovens sanitaristas já sacaram a integralidade, não adianta só prevenir, tem que atender o sofrimento de hoje, do momento e, ao mesmo tempo, imunizar, fazer vigilância sanitária, etc. Os secretários municipais construíram na prática, e não na teoria, a universalidade e a integralidade, sem saber que em uma década estariam na Constituição. Eles nem sabiam que iria ter a 8ª Conferência, nem sabiam

que iria ter Constituição. Porque esse movimento municipal veio pra ficar e é muito forte. No final dos anos 1970, começo dos anos 1980, começaram a acontecer associações estaduais de secretários municipais. Aqui no Paraná, no Rio Grande do Sul, São Paulo, e eram chamadas de colegiado de secretários municipais.

Mas os secretários municipais começaram a ter os encontros regionais. Teresina fez o primeiro no Nordeste, depois veio o de Campinas em 1979, com 200, 300 pessoas em cada encontro desse. Não eram todos secretários municipais, mas mais da metade eram secretários municipais e seus assessores. Londrina fez encontro. Foram dez, onze encontros de secretários municipais no final da década de 1970 e toda a década de 1980. Esses encontros de secretários municipais com as associações que já existiam, geraram os COSEMS. As ações integradas de saúde (AIS) de 1982, 1983, por pressão já dos COSEMS, envolvendo secretários municipais de saúde, em cima do Inamps da época. Pela primeira vez na história do Inamps, ele pôs dinheiro previdenciário para atender não previdenciários, que eram as ações integradas em saúde. Aí o CONASEMS foi fundado em 1989.

REPS - Surgiu forte.

NELSON - Nós percebemos que a luz dos sistemas públicos que estavam dando certo no mundo todo, todos os países europeus, até no Japão foi usado, o sistema público no Canadá. Todos esses sistemas públicos que deram certo, a menor célula do sistema se chama região de saúde ou província, mas são situações regionais, onde dentro da região o sistema reproduz quase todos os níveis de complexidade. Tem hospital regional, têm laboratórios regionais, a média e a alta complexidades, toda a média complexidade, quase toda a alta complexidade e toda a atenção básica. A atenção integral acontece na região e não acontece no município, com exceção de capitais. A gestão de saúde e a gestão da região, fazendo o funcionamento dessa célula, com gestão integrada, universal e equitativa, é a base de todos os sistemas no mundo. Isso estávamos alertados nos anos 1980. E debatemos isso, antes de existir CONASEMS. Nos COSEMS já estávamos debatendo isso. Mas fazer região, só município, não dá, precisava do estado. Região é o casamento do poder estadual e poder municipal. E debatemos isso demais. Já estava

passando. Todos sabiam que não poderia ter SUS sem ter região, o epicentro do sistema. Todos os critérios da região, isso tem que estar bem debatido. Mas assim, muito sinteticamente, a região tem que reproduzir o sistema em todos os níveis. Toda a atenção básica, da alta resolutividade, é na região que 90% das necessidades serão resolvidas e só 10% vão para a média e alta complexidades.

Quando entramos nos anos 1990, o revertério começou e a bandeira da regionalização foi sufocada.

E assim até hoje. Hoje, mais por política nacional, por estratégia nacional, a regionalização não é assumida como política. Em 1995, nós (CONASS) fizemos uma oficina de trabalho na OPAS, com o apoio do CONASEMS, do Ministério da Saúde, de um monte de gente, para discutir recursos humanos e regionalização. O Ministério de Saúde se opôs à regionalização. Todo mundo estava lá e teve que aceitar e assinar embaixo do relatório final. O Ministro não estava. Eram tecnocratas. Porque os tecnocratas do Ministério da Saúde, da secretaria geral pra baixo, de primeiro escalão, têm relação direta com o Ministério do Planejamento e o Ministério da Fazenda. A política real de saúde, as linhas mestras da Política Nacional de Saúde, são feitas fora do Ministério da Saúde. O Planejamento, a Fazenda e a Casa Civil sempre fizeram.

Então eles fizeram o cálculo e a regionalização daria no mínimo um terço a mais de dinheiro. A área federal nunca aceitou a regionalização e estava disposta, ao contrário, a tirar dinheiro e não colocar mais dinheiro, como tirou. A CPMF ocasionou a saída do Adib Jatene. Ele pediu demissão porque puseram o CPMF em outro lugar. Aqueles 30% da Constituição do orçamento social para o SUS nunca foram dados. Então a estratégia federal era um outro sistema que não o SUS. Isso foi nos anos 1990 e todos os anos da primeira e segunda décadas deste século. Mudou coligação partidária e continuou a mesma coisa. A regionalização continua sendo a bandeira para o SUS dar certo. O que o Governo Federal já fez no começo dos anos 1990? Chamou as centrais sindicais e negociou planos privados para elas saírem do SUS, não brigarem mais pelo SUS e o Governo Federal passou a aumentar cada vez mais a subvenção às empresas de planos privados e a oferecer planos privados para as centrais sindicais. Todos os dissídios sindicais na

história do Brasil de 1990 até hoje, põem em primeiro lugar o plano privado de saúde. Então todas as centrais sindicais - a única exceção foi a Contag da Agricultura - no conselho nacional, nos conselhos estaduais, brigam pelo SUS dois dias por mês, que são os dias da reunião. Sai disso vai brigar pelo plano privado. Isso não aconteceu na Europa. Essa estratégia federal de retirar a classe trabalhadora da luta pelo SUS, não só a trabalhadora do trabalho comum, da CLT, pegou os trabalhadores públicos. Todos os trabalhadores públicos federais, sem exceção, administração direta e indireta das estatais, têm planos privados no contrato de trabalho. O Governo Federal retirou do trabalhador do setor público a reivindicação por um bom SUS. Ele reivindica um bom plano privado. É uma estratégia monumental, mas extremamente competente. Tirou as forças vivas da sociedade da luta a favor do SUS. Deixou só pobres brigando pelo SUS e alguns intelectuais.

Uma jovem sanitarista de Campinas, muito competente e dedicada há vários anos à saúde da família na periferia, após o *impeachment* de 2016, com o anúncio de mais um grande corte financeiro federal ao SUS, revelou-me um desgaste e tristeza muito deprimentes, quase desesperança, tornando praticamente invisível uma luz no final de um túnel escuro. Angustiado, me disse que estava em busca de pelo menos um vagalume piscando. Solidarizei-me com essa sensação. Novamente dei-me conta do que a atual macropolítica e a macroeconomia estão fazendo com a sociedade e com os jovens. De pronto, tomei essa imagem da sanitarista e lembrei-



lhe que escuridões desse tipo sempre estimulam os vagalumes a piscar mais e mais, a ponto de encontrar mais e mais vagalumes também piscando mais e mais, até que a luz vá iluminando o final do túnel. E que essa luz é a luz a ser construída sempre, incluindo o testemunho que os mais velhos devem passar aos mais jovens.

Então se há essa máquina de reproduzir poder para os 2 a 3% ("donos do PIB" - grande capital financeiro + prepostos no poder de Estado), nascida na ditadura e aperfeiçoada/modernizada em nossa democracia liberal, cabe-nos encarar o aprendizado de focar análises, debates, buscas, proposições e mobilizações, um pouco mais no percurso, contradições e atores reais dessa poderosa máquina – perante as amplas maiorias da sociedade – do que somente no emaranhado das cotidianas disputas entre partidos, coligações, bancadas parlamentares, ministros, presidentes, ex-presidentes, etc., ainda que na prática dos movimentos sociais, o palco das lutas seja habitado pelo emaranhado.

Bota vagalume piscando, unindo as luzinhas, piscando cada vez mais, até iluminar o túnel e aparecer a luz.

Depoimento de Euclides Scalco

Quando fui para a Câmara, em 1974, me liguei ao grupo do Hesio Cordeiro, Sérgio Arouca, Carlos Gentile de Melo e Mário Magalhães da Silveira. Éramos chamados o "Partido Sanitário". A 8ª Conferência saiu em cima da pressão de dois simpósios que nós fizemos na Câmara. A luta foi enorme e tive a felicidade de acompanhar.

Nós, deputados que participamos da Comissão de Saúde naquela época, conseguimos aprovar o SUS na Constituição. O SUS foi discutido nesses simpósios, a primeira vez que foi falado. E lá no simpósio, vou ler porque vale a pena: "Esta crise - lá em 1982 - sofreu nesses dois últimos anos um aprofundamento extremamente sério,

constituindo a sua maior evidência, a catastrófica situação em que se encontra a previdência social, com repercussão em todos os níveis da vida nacional". Isso em 1982. A crise já era naquela época.

Eu não quero parecer pessimista, mas vou fazer duas correlações com o que estamos vivendo no país. Vou começar por Londrina. Quando você citou Dalton Paranaçu, Londrina lá atrás foi a sede da formação da

oposição ao governo militar. Dalton Paranaçu, José Richa. No governo do José Richa o secretário de Saúde foi o Cordoni, que começou a colocar em prática aquilo que nós discutíamos no partido sanitário. Depois vieram outros governadores e a retomada dessa discussão aconteceu agora quando o Michele foi para a secretaria da Saúde. E veja que paradoxo: o Cordoni foi secretário de quem? Do José Richa. O Michele, secretário de quem? Do Beto Richa. Perdeu-se muito tempo, muito tempo.

Depoimento do Prof. Nelson Rodrigues dos Santos

1. SUS – Enfoque I: Em 2017, aos 29 anos da sua criação oficial, o SUS permanece com o *per-capita* do financiamento público 5 a 6 vezes menor que a média dos 15 países com melhores sistemas públicos de saúde. Países que destinam em média perto de 8% do PIB em recursos públicos para saúde quando nós oscilamos entre 3,7 e 4%. Em decorrência, o desinvestimento público nos serviços próprios do SUS leva à compra de serviços privados complementares de 65% das hospitalizações e mais de 90% dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, com incontroláveis distorções na aplicação das diretrizes do SUS, o que não ocorre nos 15 referidos países. Da mesma maneira, a terceirização à entidades privadas fornecedoras de recursos humanos com contratos precarizados, de 65% dos profissionais do SUS, o que também não ocorre naqueles países, nem tampouco as polpudas subvenções públicas ao mercado de planos e seguros privados de saúde, equivalentes a mais de 150% do lucro líquido por eles declarado. Como se não bastasse, foram efetivados polpudos empréstimos fortemente subsidiados pelo BNDES e outros para empresas de planos privados construir seus hospitais próprios e para hospitais privados sofisticados de grande porte dobrarem sua capacidade instalada, além da abertura da nossa rede hospitalar ao capital estrangeiro.

2. SUS – Enfoque II: Essas e outras investidas truculentas sobre o SUS constitucional vem permeando por igual os seus 29 anos, o que levou à cobertura dos 75% da população só pelo SUS (não compradora de planos privados), com financiamento *per-capita* 5 a 6 vezes menor do que o dos 25%, que compram e utilizam os planos privados, além de utilizarem o SUS inclusive com ações judiciais. O fio condutor dessa construção de outro sistema que não é o SUS, tem origem nos Ministérios estratégicos

de Estado: Fazenda, Casa Civil e Planejamento (Orçamento e Gestão) “benzidos” pelo Banco Central e explicitado em 1995 no Relatório do Banco Mundial (BIRD) para o SUS. Isso mantém a gestão do Ministério da Saúde sob constrangimento permanente, levando ao pedido de demissão de dois respeitados Ministros nos anos 1990. Na prática, nosso sistema público de saúde vem cumprindo papel determinado pela estratégia global neoliberal de outro modelo. Este, batizado de “Cobertura Universal de Saúde”, é um arranjo público-privado que afronta os melhores sistemas públicos de saúde no mundo e as nossas diretrizes constitucionais. Mesmo apanhando, o SUS estendeu a cobertura dos serviços públicos integrais à metade mais pobre da população antes descoberta. Mais ainda, a militância de milhares de trabalhadores de saúde, gestores e conselheiros de saúde, acadêmicos (docentes, estudantes e pesquisadores) estruturou e implementou com consistência muitas “ilhas” ou “nichos” de excelência ao nível dos melhores sistemas de saúde do mundo. Isto se deu em pelo menos nove áreas: Vigilância em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde Mental (CAPS); Saúde do Trabalhador (CEREST); Urgência e Emergência (SAMU); Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; Sangue e Hemoderivados (Hemocentros); Transplante de Órgãos e Tecidos. No âmbito da gestão registra-se pronunciado avanço nas articulações e instâncias de pactuação interfederativa e controle social. Esses avanços, longe de constituírem a regra, encontram-se cingidos a exceções no território nacional, mas com massa crítica bastante consistente de competência acumulada em atenção integral à saúde e gestão de processos de trabalho mais adequados. Hoje verdadeiras ilhas de avanços possíveis e de resistência ao desmanche, devem ser assumidos como insubstituível patamar para futura retomada do SUS.

3. Conjunturas pré-ditadura, ditadura e constituição de 1988 até 1990: A partir de 1955 o debate social pressionava os poderes Executivo e Legislativo pelas “Reformas de Base”: Agrária (com extensão da CLT ao trabalhador rural), Urbana, Industrial, Tributária e outras. Além da ampliação do comércio externo aos demais continentes. Não por acaso, foi realizada em 1963 a histórica 3ª Conferência Nacional de Saúde. O paradigma das reformas de base caminhava na direção do Estado do Bem-Estar Social (EBES) já consolidado nos países europeus e em outros lugares. Em 1964 deu-se o Golpe Militar iniciando a ditadura civil-militar no Brasil.

Nos 20 anos de ditadura, duas gerações de lideranças políticas e de formuladores de políticas e projetos nacionais democráticos e desenvolvimentistas em todos os segmentos sociais foram reduzidos a “restos” que, a partir dos anos 70, concentraram-se na bandeira das liberdades democráticas.

Nos anos 1980, essa década teve o significado para nossa sociedade da retomada do amplo debate por um projeto de nação no rumo de um EBES brasileiro, o que foi realizado no título da Ordem Social da Constituição Federal de 1988.

4. A conjuntura de 1990 – 2002: O controle da hiperinflação herdada acabou ocorrendo em 1993/94 com o Plano Real e despertando esperança na retomada do desenvolvimento e de amplo debate das reformas estruturais do Estado e na aplicação dos preceitos constitucionais. A população esperançosa com o retorno à democracia liberal e o avanço constitucional, foi gradualmente se frustrando com a implementação das seguintes estratégias, pouco ou nada debatidas com a sociedade e mesmo com o legislador: 1) Reajuste do salário mínimo abaixo da inflação; 2) Vultosos estímulos financeiros públicos para a expansão da rede bancária privada e venda barata dos bancos públicos aos bancos privados; 3) Exorbitante elevação nos juros da dívida pública e na venda dos títulos da dívida; 4) Câmbio favorável às importações e desfavorável às exportações; 5) Abertura comercial e financeira ao mercado externo; 6) Desinvestimento público e privado na industrialização; 7) Compressão dos gastos públicos sociais e elevação dos gastos públicos com os serviços da dívida pública (os encargos da dívida pública saltaram de 18,7% do Orçamento Geral da União em 1995 para 44% em 2002); 8) Privatização das empresas estatais; e, 9) Atração da estrutura sindical para realizar e pleitear acesso aos direitos à saúde e educação nos serviços privados de mercado fortemente subsidiados com recursos públicos.

A hiperinflação, enorme e perverso sorvedouro da riqueza produzida pela grande maioria da população, foi substituída pateticamente num “passe de mágica” pela

altíssima dívida e juros públicos entre os maiores do mundo, um sorvedouro da economia da sociedade, porém “moderno”, planejado e aparentemente ético e perene. A implementação das diretrizes acima citadas ao longo desse período, não só frustrou a desejada desconcentração da renda e inclusão social, como intensificou a concentração e gerou a emergência dos rentistas da dívida pública, novo segmento social hegemônico que absorve quase metade do Orçamento Geral da União, de influência decisiva na política econômica, e liderado pelos grandes bancos privados e agências de investimento e do mercado financeiro. Levaram à degradação do trabalho urbano e rural, simultaneamente à desindustrialização e desnacionalização, assim como inibiram e distorceram estruturalmente as políticas públicas para os direitos sociais.

Ressaltamos uma característica dos governos nesse período, talvez histórica, especialmente a partir de 1993, que foi o modo de construção pelo poder executivo, do apoio do poder legislativo (Congresso Nacional) à implementação das referidas nove diretrizes estratégicas antipopulares, com exceção do controle da inflação. Essas diretrizes passam a conviver e interagir com o histórico fisiologismo patrimonialista e venalidade na relação do legislativo com o executivo. Para implementar legalmente essas diretrizes impopulares na democracia liberal, o poder executivo assume para si a prerrogativa da formulação da legislação estratégica através de crescente número de Medidas Provisórias (MPs) e Projetos de Emendas Constitucionais (PECs) por ele enviadas ao Congresso Nacional, cuja aprovação só poderia se efetivar com a garantia de ampla e fiel maioria nas casas legislativas.

Como assegurar essa maioria? Três pontos de partida: a) Prática histórica do enriquecimento ilícito e financiamento por grandes empresas de campanhas eleitorais para cadeiras no poder legislativo (principalmente de reeleições); b) Prática histórica de lideranças e dirigentes parlamentares do legislativo garantir aprovação de projetos do executivo mediante a contratação em certos cargos executivos, de nomes por eles indicados e c) Prática histórica de superfaturamento por grandes empresas contratadas pelo executivo para fornecimento de materiais e grandes obras. Cada uma dessas três práticas ilícitas às custas dos recursos públicos vinha se desenvolvendo e crescendo no seu campo próprio de interesses e negócios sem grandes obstáculos. O fato novo foi o executivo, agora na democracia liberal e não mais na ditadura, induzir no legislativo uma retração na sua prerrogativa constitucional do exercício da legislação estratégica e do controle do executivo no cumprimento das leis. O conjunto dos fatos que vieram a público foi revelando que o executivo foi articulando a sistematização da triangulação das três práticas históricas existentes,

potencializando sua eficácia, o que lhe assegurou as condições legais necessárias para implementação das referidas nove diretrizes estratégicas. Essa triangulação sobrepôs-se ao desenvolvimento de pactos sociais mais civilizados remetidos pelo debate constitucional com vistas a amplo debate de projeto de nação.

5. A conjuntura de 2002 – 2003: No decorrer desse período o debate social ampliou-se, iniciando pela inclusão social dos miseráveis, pobres, massa trabalhadora urbana e rural, e envolvendo autônomos, classes médias e empresariado desenvolvimentista. O debate eleitoral nucleado no Partido dos Trabalhadores (PT), aderente ao debate social, ampliou para paróquias eclesiais e outras religiões, movimentos de bairros, intelectualidade, artistas, entre outros. O ideário de uma sociedade mais justa com direitos humanos básicos contemplados por um Estado democratizado e desenvolvimentista encontrou crescente eco nos vários segmentos sociais. O “estado de espírito do conjunto da sociedade” resgatava eloquentemente o dos anos 1980, das grandes mobilizações das “diretas já”, dos debates constitucionais e das reformas estruturais do Estado, voltadas para um projeto participativo de nação. Em resumo, era o desafio da construção do EBES brasileiro nas realidades de 2002/2003, por caminhos, etapas e pactos sociais realistas, nos espaços das contradições de áspere hegemonia da globalização financeira.

6. A conjuntura de 2003 – 2015: A grande inclusão social e desenvolvimento do mercado interno, componente típico e inabdicável da construção do EBES, levou a índices de aprovação governamental jamais atingidos em nosso país: acima de 80%. Historicamente, a perspectiva dessa construção, certamente estaria apontando para ampliação do debate e pactos sociais em função das reformas estruturais do Estado, por etapas pactuadas, voltadas para o projeto de nação já referido nas análises dos períodos anteriores.

Mas o fluxo dos recursos públicos ao sistema financeiro e concentração da renda foi sendo garantido pela continuidade da rígida contenção de gastos federais com as políticas públicas básicas de saúde, educação, transporte coletivo, meio ambiente e outras, acompanhada por elevados subsídios ao mercado nesses setores, com valores muito menores que os necessários para redes públicas universais de qualidade, além do aumento da receita provenientes do *boom* das *commodities*.

Já ficava visível que das nove diretrizes estratégicas implementadas no período de 1990 – 2002, na prática apenas a primeira, sexta e oitava foram substituídas por diretrizes alinhadas aos direitos sociais e interesse nacional, permanecendo vigentes as demais.

Os ministérios estratégicos e o Banco Central, referidos no período de 1990 – 2002, emitiram sucessivas

sinalizações políticas e de gestão pública, apontando claramente que a etapa de postergação da retomada da formulação democrática e amplo debate do projeto de nação, passava ao mero abandono, confirmando-se o projeto de governo e poder com grande inclusão social pelo consumo. Apesar do evidente viés do anti-esquerdismo e antipetismo, a crise do “mensalão” deixou contundente rescaldo de elevados gastos públicos com “compra” de apoios parlamentares, enriquecimento ilícito em cargos executivos incluindo ministros e dirigentes partidários, alguns antes tidos como exemplares no trato da coisa pública. Mais uma vez na política, especialmente sem a necessária transparência no exercício do poder, os fins, ao justificar os meios, em tempo surpreendentemente pequeno transforma os meios em fins. Ainda assim a inclusão social alcançada pelo consumo e o mercado interno mantiveram potencial de esperança e expectativas suficientes para desaguar nas eleições de 2006 e, mais à frente, de 2010.

Por outro lado, a sistematização da triangulação referida anteriormente (financiamento de campanhas eleitorais por grandes empresas, aprovação por maioria parlamentar de projetos do executivo mediante nomeação de indicados para certos cargos e superfaturamento nos contratos públicos das grandes empresas), passou a fase mais agressiva. Desdobrou-se com novos atores acrescentados no seu centro motor: novas grandes empresas e seus bilionários no agronegócio, empreiteiras, extração e refino do petróleo, estaleiros, bancos privados, atores no plano político partidário, marqueteiros com custos estratosféricos para campanhas eleitorais e indução/destruição de imagens e na mídia.

A eficiência e eficácia dessa triangulação, com os superfaturamentos consumindo nacos crescentes do orçamento público, acabaram por contribuir pesadamente no desequilíbrio fiscal receita-despesa da União e descontrole dos governos federais. Ainda muito distante do grande ralo: os serviços da dívida pública que levam mais da metade das despesas da União. Porém essa triangulação não representa somente o abandono do projeto democrático de nação a favor de projetos de governo e poder, foi além com a captura da estrutura do Estado Republicano, centrando no Executivo e Legislativo com extensões pontuais no Judiciário.

Em 2013, grandes manifestações de rua aparentemente espontâneas, eclodiram em várias capitais: trabalhadores precários autônomos e assalariados informais, pobres, provavelmente incluídos no mercado nos últimos anos, maioria jovens, com bandeiras de mais transportes coletivos, educação, saúde e outras.

As reações governamentais e político-partidárias, importante parte da estrutura sindical e da intelectualidade mais avançada, aparentemente subestimaram ou se

amedrontaram, talvez perdendo momento histórico de debater com a sociedade o projeto de governo e poder, e voltar seu horizonte para um projeto de sociedade e nação. Esse espaço foi cooptado pelos debates eleitorais de 2014 que cindiram a sociedade ao meio em torno de projetos controversos, ambos afastados do amplo debate social de projeto de nação com democratização do Estado e reformas estruturais. Cada um com seu projeto de poder e governo. Nas grandes mobilizações de 2014, 2015 e 2016, mais de 80% em todas as pesquisas nos dois lados posicionaram-se igualmente contra a corrupção nos governos e a favor da elevação dos gastos públicos com saúde, educação, transporte coletivo, segurança e outros direitos sociais. No âmbito dos papéis republicanos dos poderes de Estado, a autonomia do Legislativo para legislar enquanto caixa de ressonância da sociedade, foi deixando um vácuo desde os anos 1990, incluindo o do controle do Executivo, ao ponto de fragilizar funções essenciais do Estado de Direito e respectivos preceitos constitucionais. A partir de certo ponto começou a ser parcialmente compensado pelas prerrogativas constitucionais do poder Judiciário e órgãos com funções de controle como o Ministério Público, TCU, Polícia Federal e outros. Esse preenchimento talvez sofreu influências político-partidárias desde o início da operação Lava Jato e outras, mas a evidência que parece predominar é a de “centrar” no miolo da triangulação que capturou o Estado, isto é, nos partidos que estão no poder, no Executivo e Legislativo antes e após o *impeachment* e nas grandes empresas envolvidas na triangulação. Pressupostamente, sem retorno, e saudosismo ou revanchismo em relação a todos os períodos pós-constitucionais implementados pela referida triangulação “presidencialismo brasileiro de coalizão”.

7. A conjuntura a partir de 2016: busca de rumos:

7.1. Já está insustentável o tensionamento do processo produtivo e da esmagadora maioria da população nas últimas décadas, devido à poderosa sucção da riqueza produzida pelo “buraco negro” da acumulação financeira especulativa. Além do destino de mais de 50% do Orçamento Geral da União para os rentistas da dívida pública que retrai o investimento público no desenvolvimento, o investimento privado nas empresas é inibido pelos juros exorbitantes dos empréstimos pelos bancos privados e agências financeiras, e nas empresas maiores intensificou-se a aplicação dos lucros no mercado financeiro inclusive em títulos da dívida pública, caindo o reinvestimento na empresa; **7.2.** Mas entre dezenas de países com grave recessão, o Brasil, apesar das piores taxas mundiais de juros, desigualdade, ensino, mortes no trânsito, homicídios; dispõe de maior capacidade técnica de gerir economia e governo, com economia e recursos

bastante diversificados, e com instituições empenhadas e em condições de manter uma democracia política com algum grau de civilização, ordem e olhar para o futuro. Temos reconhecida acumulação histórica de formulações e proposições para ampliação dos debates e sua consistência com vistas aos pactos sociais; **7.3.** Como reconstruir social e politicamente arco majoritário que venha regular e conter a sucção e poder da especulação, a favor de pactuações desenvolvimentistas? Com distributivismo orientado pelos direitos sociais de cidadania entre todos os estratos que dependem do processo produtivo de bens e serviços incluindo ciência e tecnologia? Regulando e contendo fortemente pela sociedade organizada e por um Estado efetivamente democrático, inclusive tornando o reinvestimento na produção e nos direitos sociais, claramente mais vantajoso do que na especulação?; **7.4.** As informações comprovadoras da captura do Estado pelo grande capital, que vêm sendo reveladas à opinião pública até o momento, já começam a alimentar o debate de reforma que venham barrar a continuidade dessa captura; **7.5.** Sem descuidar do aqui e agora das mobilizações pela democratização do Estado, tornou-se inabdicável e inadiável a construção de objetivos e pactos para médio prazo que venham orientar o que fazer no prazo curto; **7.6.** Convimos que os movimentos sociais e políticos pelos direitos sociais e desenvolvimento em nosso país, pontificados nos anos 1980, nasceram e se desenvolveram guiados por valores de direitos humanos universais, desde o início assumindo e cultivando valores de um sentido comum para a vida, de alteridade e solidariedade. Álvaro Garcia Linera (Conferência em 2003) estende esse “sentido comum ao bem comum: água, ar, natureza, trabalho, transporte, educação, saúde e outros. E a política, além da questão da correlação de forças e das mobilizações, deve ser fundamentalmente a construção e encontro de um sentido comum, de uma ideia compartilhada de convencimento e articulação. Mais ainda: que seja voltada para medidas objetivas e concretas sob a lógica dos recursos públicos e comuns serem integralmente alocados para a realização dos bens comuns, e não para a acumulação dos bens privados e bancários”.

Aparentemente líderes e dirigentes dos movimentos sociais e políticos acima referidos, partidarizados ou não, arrefeceram ao longo dos anos, em diferentes graus e formatos, o cultivo e a prática desses valores, delegando esse compromisso e prática aos projetos de governo e poder nos períodos de 1990 – 2002 e de 2003 até o momento. Torna-se imprescindível o retorno de dedicação maior e permanente ao cultivo e prática desses valores, com explicitação em todos os momentos das militâncias, sem o sentimento de ingenuidade, irrealismo e perda de tempo.