

## Site OHS – Depoimentos Históricos

### Transcrição da entrevista completa

**Projeto:** Memória do Câncer – Políticas e atores

**Data:** 15 de julho de 2011

**Depoente:** Luis Antonio Santini (LS)

#### Entrevistadores:

E: Mediador (Marco Porto – MP)

E1: pesquisadoras

LM: pesquisadora Laurinda Maciel (LM)

E3: Carlos

**Duração:** 4h09min

#### Como citar:

DEPOIMENTO de Luis Antonio Santini. **Site do Observatório História e Saúde –**

**COC/Fiocruz.** Depoimentos - História do Câncer. s/l, s/d. Disponível em:

<<http://ohs.coc.fiocruz.br/biblioteca/depoimentos-historicos-historia-do-cancer/>>. Acesso:

**dia de mês de ano.**

# Transcrição da entrevista completa

MP: História Oral. A gente está registrando alguns depoimentos. Começamos com um certo **?teto** de faixa etária, Dr. Mario Jaconianni primeiro, correr riscos da perda. **(ruído no som)** E agora chegou a tua vez. Vou te apresentar sumariamente. A Laurinda é da Casa de Oswaldo Cruz, está se juntando ao projeto agora. E essas moças são a equipe, elas são novinhas assim, mas são supercapacitadas, superbatalhadoras. Aqui é a doutora, doutoranda, pré-doutoranda, tudo isso altamente... O Carlos, a gente está num projeto na FAPERJ para ter um profissional de comunicação com a gente, porque tudo isso tinha tem um crível, não é? e o Carlos é o nosso candidato, então ainda não é da equipe, mas já é honorariamente e aí hoje ele se propôs a vir ajudar também.

E1: Prazer **(nome)**

LM: Podia desligar o som.

MP: Só te dar uma idéia. É o seguinte, a tua entrevista a gente sugeriu sair lá para o **(nome)** não é? Mas sugeri de vir para cá... Inclusive só marquei compromisso sábado à tarde. **(risos)** São duas intenções. A segunda é a que é propriamente nossa, quer dizer, ouvir o teu depoimento, o teu tempo no INCA, de coordenador das Ações Estratégicas, etc.

Agora tem uma primeira intenção que é relevante em si mesma, e que nesse grupo aqui é muito relevante, que a formação da equipe é história e essas moças são novas assim como você está vendo. Então a tua trajetória ilustra muito bem a luta por um sistema público, universal.

Então a gente queria te pedir um primeiro tempo em que você falando que você foi para ali, para aqui, acolá, você ilustrasse isso para a gente mostrando os rascunhos do SUS em Niterói, os que você participou, os que você soube etc. e tal, o projeto

**Niterói. Quando você concluir isso a gente dá uma paradinha, toma um lanchinho e tal, você toma um fôlego e aí a gente chega no INCA, quando você chegou lá.**

**LS:** Está bom. Mas isso vai ter interlocução, não é? **(Falam juntos)**

**M:** Não, não, não. **A gente vai te provocar, a gente vai te provocar.**

**LS:** **(Fala junto)** Porque senão... Eu sou meio prolixo, posso...

**E:** Não, mas isso fica tranquilo, tem 15 fitas.

**LS:** Tem 15 fitas. **(rindo)**

**LM:** Cada uma com duas horas, não é Marco?

**E:** No sábado tem jogo. **(risos)** Então a gente vai te provocando na verdade. Ta? Podemos?

**PH:** Bom, entrevista com Luis Antonio Santini, Diretor Geral do INCA. Dia 15 de julho de 2011 na casa no Marco **(sobrenome)** Boa tarde! Primeiro a gente queria que o senhor começasse falando um pouco da sua formação profissional: graduação, mestrado e eventuais cursos de especialização. Só para a gente ter uma idéia da formação profissional mesmo.

**LS:** Bom, a minha formação eu sou médico, formado em 1970. Então entrei para a faculdade em 1965, primeiro ano pós-ditadura militar e é importante assinalar isso porque já inicio uma trajetória universitária, participando do movimento estudantil bastante intenso, no momento em que exatamente, quer dizer, estava se instalando a ditadura militar e o movimento estudantil se organizando. Então a trajetória estudantil ela já com participação do diretório acadêmico, eu fui membro do diretório acadêmico, participei... Enfim, o movimento já fez parte da minha formação pessoal e profissional. Se não contribuiu para a formação médica, contribuiu para a formação de cidadania e para a formação também de atividade política e tudo isso. Então esse foi o momento... Então me formei em 70, na UFF, Universidade Federal Fluminense, fiz residência médica em cirurgia, fiz mestrado também em cirurgia. Muito mais adiante, a gente vai chegar lá adiante, também cursei o doutorado na ENSP, mas não conclui a tese, depois a gente pode até falar um pouquinho sobre isso...

**LM:** O senhor fez seu mestrado aonde?

**LS:** Na UFF.

**LM:** Na UFF também.

**LS:** É. Eu concluí o mestrado em cirurgia torácica, acho que em 1976 ou 77, por aí. Fomos das primeiras turmas de mestrado também da Universidade, até então...

Mestrado foi criado mais ou menos nessa época. Negócio de ser antigo é um problema, (risos) ser a primeira coisa de muitas oportunidades. Então esse foi o período de formação, basicamente isso.

Uma coisa interessante talvez que tenha me chamado atenção também na formação e que contribuiu para muito das minhas atividades futuras foi o próprio... Mudanças que começaram a ocorrer na universidade em função das próprias decisões políticas do âmbito do governo da ditadura em relação à universidade.

Então uma das coisas que foi adotada como estratégia política pela ditadura para distensionar o movimento estudantil foi ampliar o número de vagas nas escolas porque esse era uma reivindicação clássica do movimento estudantil, o aumento de vagas nas universidades.

Isso foi feito à custa inicialmente de um aumento real de vagas nas universidades públicas e de uma expansão da educação médica privada. Por esse período entre 65 e 70 o número de médicos formados cresceu mais ou menos em torno de 3 mil médicos por ano em 1965, 9 mil em 71. Essa é mais ou menos a proporção do crescimento do número de vagas nas universidades públicas e da expansão da rede privada.

**LM: Por que o senhor fez medicina? O que o levou a fazer a graduação em medicina?**

**LS:** Olha isso foi uma coisa muito... Eu digo...

**LM: Alguma influência familiar?**

**LS:** Absoluta. Absoluta.

**LM: É?**

**LS:** É.

**LM: O senhor é filho de médico?**

**LS:** Não, o meu avô...

**LM: O seu avô.**

**LS:** ...Que, na verdade, era meu avô... Ele adotou meu pai, não era meu avô sanguíneo, mas era mais do que isso, até porque adotivo é um gesto tão...

**LM: Nobre.**

**LS:** ...particular que isso tem até às vezes mais significado. E ele era médico, era um sanitarista, foi um precursor da saúde pública. Foi dos primeiros movimentos de...

**(reflexivo)** Como é que chama? De organização do combate a malária, a febre amarela no Brasil, a Fundação Rockefeller.

**LM: Como é o nome dele?**

**LS:** Sebastião Ferreira Pinto. E ele foi um precursor nessa área. E eu estudei uma parte do meu secundário na casa dele, morando com ele. Minha família, meus pais moravam no interior do Estado. E ele foi absoluta influência. Eu nunca tive dúvida nenhuma de que profissão eu ia fazer. E certamente que a razão principal era essa, essa admiração que eu tinha pelo trabalho, pelo comportamento, enfim, pela pessoa que ele era. Foi muito fácil para mim escolher. Geralmente as pessoas dizem que é difícil escolher a profissão, para mim foi fácilimo, não tive nenhuma dificuldade.

Mas aí seguindo essa história, quer dizer, então a minha formação básica na universidade contribuiu um pouco, por exemplo, para o futuro das minhas escolhas em termos profissionais. E uma das razões, essa da educação médica, que foi uma das primeiras coisas que eu me interessei, além do trabalho médico em si, da cirurgia, foi me envolver com a questão da educação médica porque eu comecei a perceber que havia um currículo formal que era aquilo que a gente fazia pelo sistema de aulas tal, tal, quando houve essa expansão foi criado um sistema que era um sistema de crédito chamado, que vigora até hoje, mas que, na verdade, ele teve um componente na escolha do sistema de crédito, um componente estratégico em relação ao movimento estudantil que foi pulverizar as turmas. A adoção do sistema de crédito foi uma forma de você acabar com o conceito de turma, você criou várias subturmas.

Na verdade, em muito pouco tempo nós partimos de uma média de 16 disciplinas que formavam o curso médico para 30 e tantas, chegamos a ter 78 disciplinas em algumas faculdades. O que significou o sistema de pulverização e de, vamos dizer assim, desarticulação das turmas que era a base do movimento estudantil. A base do movimento estudantil no Brasil era a representação de turma. O representante de turma formava um colegiado e esse colegiado é quem tinha, vamos dizer assim, direção política dos diretórios acadêmicos. Isso foi esfacelado de uma maneira absolutamente deliberada, mas permitiu aumentar o número de vagas na universidade.

Uma coisa curiosa, isso está no livro do Márcio Moreira Alves chamado Reforma Universitária, uma coisa assim, dos anos 70 em que ele descreve um pouco esse processo e ele fala sobre a pessoa responsável por esse processo da reforma universitária no Brasil que foi o Coronel Meira Mattos.

O Coronel Meira Mattos que antes de ser o responsável pela reforma universitária era o comandante geral das polícias militares. Você ver como é que havia uma conexão íntima entre a ditadura, a repressão e a universidade (**risos**) com que pode haver de mais perverso que era exatamente a proposta de desmonte da participação estudantil.

**E1: E como é que foi o movimento estudantil, como é que respondeu a isso?**

**LS:** Ah! respondeu de uma maneira... Enfim, a culminância do movimento estudantil foi a Passeata dos 100 mil, que é uma referência histórica do movimento estudantil que foi também, vamos dizer assim, o momento onde a ditadura se afirmou logo em seguida de forma mais organizada, mais violenta e mais brutal que foi a edição do Ato 5. Foi exatamente pouco tempo depois que surge esse... A gente teve um protagonismo bastante grande na luta contra a ditadura, teve um papel muito forte na luta contra a ditadura. E também do movimento estudantil que não era um movimento, vamos dizer assim, de caráter exclusivamente acadêmico e universitário, mas o movimento estudantil também tinha uma forte ligação e uma forte influência política com os partidos e os movimentos de esquerda, então também do movimento estudantil, ou fortemente calcados no movimento estudantil saíram os grupos políticos de luta contra a ditadura, até mesmo da luta armada. O movimento estudantil foi uma base de formação de quadros políticos para a luta política de um modo geral e até para a luta armada.

**E1: Você chegou a ir ao Congresso de Ibiúna?**

**LS:** De Ibiúna eu não fui. Eu fui ao Congresso em Belo Horizonte que foi acho que em 66. Teve uma curiosidade nesse congresso, a gente era tão ingênuo ainda com relação à repressão que nós, um grupo grande pessoas que estava se dirigindo para esse congresso, estava na rodoviária, a gente pegou o ônibus na rodoviária, todo mundo junto no ônibus, o ônibus inteiro foi preso. (**rindo**)

Não se deram nem ao trabalho de selecionar, mandar descer, ver quem eram as velhinhas... Não, força todo mundo, leva tudo mundo para a rua da Relação, prendeu todo mundo. Mas também soltou todo mundo, que era um momento ainda de reconhecimento de lado a lado.

**LM: Do inimigo, não é? (rindo)**

**LS:** Era o movimento reconhecendo a repressão, a polícia que também não estava estruturada para isso. Esse foi um processo mesmo de aprendizado. (**rindo**)

**E1: É. O aparelhamento do Estado ainda não estava consolidado.**

**LS:** Não, não estava consolidado.



**E1: Foi construída com o Médici, não é?**

**LS:** É. Foi se dando, foi se estruturando a partir daí. Havia ainda muito, enfim, primarismo de parte a parte em relação a essas coisas, mas ao poucos, quer dizer, a atividade foi se tornando. Da parte do movimento foi ganhando necessidade de algum grau de clandestinidade. Mesmo os partidos e os movimentos que eram formais de alguma maneira tinha que ganhar, porque a repressão começava a se estruturar, então você tinha que ter uma certa base de atuação não explícita, e tanto clandestina. E mesmo antes da luta armada já existia certo nível de ação...

**E1: É. Que se pensar que o AI-2 que instituiu o bipartidarismo já tinha sido institucionalizado em 65, 66...**

**LS:** É.

**E1: Já começa a haver uma migração aí das lideranças, e se escondeu um pouco na ?MDB, não é?**

**LS:** Exatamente. Praticamente isso.

**MP: Tem um traço da tua personalidade, que eu nem sei se você identifica e identificando não sei se você avalia como positivo, negativo, do ponto de vista do que impactou para você.**

**LS:** Não.

**MP: É que assim, quem já esteve mais próximo de você... Você não consegue ser uma coisa só. Então você era estudante de medicina, mas era militante no movimento estudantil etc., Aí você se formou em medicina. Você não conseguiu ser médico, porque você estava no hospital universitário e você era educador, você se envolveu na ABEM e etc. E assim outras coisas que a gente aos poucos acho que vai puxando o fio da meada. Queria que você falasse um pouco isso, em que medida uma coisa influenciava na outra e tal, e em que medida você acha que de repente não ter sido uma coisa só, comprometeu ou ajudou, ou é assim mesmo que você achava que as coisas deviam ser.**

**LS:** Eu realmente não tenho ainda uma reflexão, vamos dizer, arrumada sobre isso. Eu percebo essa característica, esse caráter, obviamente, mas eu não tenho uma reflexão completa sobre isso. Eu acho até que nem vou ter, até espero não ter mesmo. (risos) Completar essa coisa. Mas de fato isso é real.

E eu acho que isso tem haver com a coisa naturalmente de caráter, de pensamentos, de cultura, de personalidade, mas também tem alguma coisa de, vamos dizer assim, de forma de ver a realidade, quer dizer, de olhar para a complexidade das coisas. Essa

característica, embora ela não fosse uma reflexão teórica, mas na prática eu sempre tive essa tendência a olhar para a realidade de forma mais ampla do que a busca de um objetivo mais específico.

Então essa questão que o Marco está falando, por exemplo, em relação à escolha profissional. Quer dizer, eu até hoje me considero cirurgião. Por exemplo, eu fiz minha formação em cirurgia geral, fiz cirurgia torácica. E trabalhei muito em cirurgia em emergência, cirurgia eletiva. Ajudei muita gente a se formar, eu gostava do ato cirúrgico, gostava de ensinar a operar. Eu tive muitos residentes com quem interagi e ajudei a formar, e tenho até uma satisfação e um orgulho muito grande disso. No entanto, aquilo não me satisfazia completamente, quando eu olhava aquilo me satisfazia operacionalmente, quer dizer, eu tinha... Inclusive eu digo que me considero ainda um cirurgião de certa maneira porque eu não executo mais aquela habilidade, mas é uma habilidade que eu não perdi. Foi um ganho, eu não abri mão dela. Eu só não executo mais, porque essa habilidade para ser executada precisa de prática, precisa de constância, e aí eu não posso botar a vida dos outros em risco, operar de vez enquanto, isso não faz sentido. Então no momento que eu tive que optar por uma questão profissional.

**E1: Quando foi? Que momento foi esse?**

**LS:** Esse momento não foi exatamente um corte absoluto, isso foi um processo...

**LM: Um distanciamento.**

**LS:** Na medida em que eu fui me envolvendo mais nas atividades de gestão, meu tempo foi sendo mais ocupado por isso. Chegou o momento em que eu tinha mais ocupação de gestão do que de cirurgia. E aí entrava essa questão. Tinha que tomar uma decisão porque eu não tinha uma estrutura de serviço de cirurgia, por exemplo, que me permitisse fazer simultaneamente as duas coisas. Mas até eu não ter muita certeza se era falta de estrutura ou se eu pessoal que não conseguia fazer essa divisão e naquele momento a demanda, o chamado, pelo lado da gestão era maior. E aí já coincide um pouco com a implementação do SUS. Isso aí já é década de 90, já é depois da lei 8080.

**E: Aproveita e conta um pouco então desses postos de gestão que você passou.**

**LS:** Bom, eu passei por vários postos. O primeiro posto foi na emergência, fui chefe da emergência do Hospital Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense. E aí...

**LM: O senhor fez residência lá também?**

**LS:** Fiz também. E aí essa ligação é interessante porque fiz a ligação da educação médica com serviço de saúde. Foi nesse momento que eu tive essa percepção. Como



chefe da emergência o que eu observava? Primeiro era uma emergência extremamente importante do ponto de vista da demanda, a emergência estava a única de Niterói, a única, a mais importante praticamente de todo a região Centro Norte Fluminense, então a demanda era imensa. Agora, era uma demanda imensa mais 90% do que atendia lá não tinha nada de emergência. A maior parte dos atendimentos eram pessoas que simplesmente não tinham onde ser atendidas. Você não tinha... Não existia SUS, não existia sistema de saúde, as pessoas recorriam aquele lugar que tivesse a porta aberta. E aí elas iam. A porta aberta que existia era a emergência do Hospital Universitário no caso de Niterói. No caso do Rio era rede municipal ou estadual, enfim, dependia do estado que a cidade do Rio tivesse no momento. Mas era isso. Ou aqueles que eram trabalhadores tinham direito aos institutos que antes de ser INPS foi o instituto...

**LM: IAPI.**

**LS: ...Dos Comerciários, IAPI, etc., depois foi INAMPS, mas no final... Mas isso cobria a população trabalhadora...**

**LM: É. De carteira assinada.**

**LS: E mesmo assim, nem todos os IAPIs tinham emergência qualificada. Então a emergência acabava caindo mesmo, aqui no caso de Niterói, lá do Antonio Pedro, acabava caindo lá para nós. Isso nos levou a essa primeira constatação óbvia, pelo seguinte: a necessidade de ter algum grau de organização que pudesse atender as pessoas que tivessem necessidade de ser atendidas sem ser no serviço de emergência, pudesse ter algum tipo de atendimento diferenciado.**

Porque é um pouco difícil talvez de entender quem não viveu essa situação na prática, o que significava não ter um sistema de saúde. É uma coisa muito... É difícil entender. Você imaginar o seguinte, as pessoas que não tinham nenhum desse tipo de cobertura elas simplesmente não têm aonde ir. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais ofereciam o que era chamado “Os programas de saúde pública”, se organizavam por programas. Então existiam alguns programas estruturados, mas não havia uma porta de entrada porque simplesmente não havia sistema. Então isso a mim me levou a tomar algumas iniciativas, tipo...

**LM: Um desejo de fazer alguma coisa mais transformadora...**

**LS: É. Exatamente.**

**LM: ...Para mudar isso, não é?**

**LS: É exatamente.**

**LM: É o que eu estou percebendo.**

**LS:** E aí me levou a tomar algumas iniciativas. Uma delas foi...

**LM: E que pudesse mudar um pouco isso.**

**LS:** Que pudesse mudar. E tinha um clima vou dizer propício para isso. Quer dizer, não era uma coisa heróica, eu não estava fazendo um negócio da minha cabeça. Tinha situações da realidade que estavam começando a abrir para isso, ou seja, eu não era uma pessoa que tivesse pensando nisso sozinho, outras pessoas estavam pensando.

**E1: Me diz uma coisa, no movimento estudantil esse debate já existia, o debate da saúde? Vocês ali se formando como médico...**

**LS:** Já.

**E1: Já existiam essas questões ou não?**

**LS:** Da saúde não, existiam certas questões específicas.

**E1: Mas não voltada à saúde pública?**

**LS:** Não. Isso era muito pouco explorado. Havia temas específicos. Um tema que eu me lembro muito bem, por exemplo, era do controle da natalidade, porque naquela época...

**LM: BEMFAM.**

**LS:** BEMFAM, exatamente.

**LM: A discussão pró-natalista...**

**LS:** Isso, exatamente. Essa era uma discussão política importante.

**LM: Não era planejamento familiar, era mudança de conceito, era controle da natalidade.**

**LS:** Era controle de natalidade.

**LM: É diferente.**

**LS:** Essa era a nomenclatura da época.

**LM: É.**

**LS:** E o modelo proposto era de controle mesmo. Quer dizer, a base ideológica do controle da natalidade ela diminuir o crescimento populacional como uma questão de que população significa hegemonia, significa poder, então não permitir o crescimento da população era uma proposta de dominação.

**LM: Isso.**

**LS:** Não era uma proposta de saúde, nem coisa nenhuma. Agora, usando a estratégia da saúde. Então usava a BEMFAM, por exemplo, como mecanismo de indução dessa política. E aí, enfim, isso era um debate político que existia no movimento estudantil.

**E1: Ter um acesso maior ao sistema de saúde isso não tinha.**

**LS:** Não era bandeira. Isso veio depois.

**E1: Veio depois.**

**LS:** Veio depois.

**LM: Até porque nesse momento da década de 60 está se fortalecendo um sistema privado, não é? Então de fato a saúde pública não é uma estrela.**

**LS:** Não era, não era. Saúde pública na verdade... Até porque, vamos dizer assim, a saúde pública ela era muito mais vista, quer dizer, como... Existia uma certa... Às vezes costumo chamar assim um pouco... De uma maneira um pouco, talvez não muito agradável, do meu próprio passado, e do passado até dos meus ancestrais em relação à saúde pública, um certo sanitarismo ingênuo. O que eu chamo de sanitarismo ingênuo? É idéia de que se você fizer prevenção de tudo, você não vai ter problema...

**LM: Medicina curativa para nada.**

**LS:** Não preciso... Esse pensamento, eu estou exagerando um pouco, mas esse pensamento de certa maneira ele existia. Então havia uma certa contradição entre as pessoas que trabalhavam com assistência, com as pessoas com pensamento sanitário chamado na época. Isso tinha uma certa contradição, assistência era um negócio desqualificado. E a própria... Ainda existem resquícios desse pensamento... Agora, esse pensamento ele tem, claro que desenvolveu também coisas muito importantes. Pensamento de determinantes sociais da saúde, tudo isso origem nessa idéia geral sobre saúde e bem estar, saúde e determinantes sociais e econômicos, etc. Só que a ingenuidade não é na identificação desses fatores. É de achar que eles eliminariam a...

**LM: Todos eles.**

**LS:** A necessidade da atenção, da assistência, etc.

**E: Esse conceito exercitado radicalmente leva pra um beco sem saída.**

**LS:** Exatamente. Acaba não tem para onde ir: “Está bom! E agora quando as pessoas ficam doentes, o que faz?”.

**LM: Isso.**

**LS:** Isso não é uma... Mas, enfim, onde que eu estava mesmo? Eu estava falando da...?

**E1: De seus primeiros passos de...**

**E: ...De gestão.**

**E1: e LM: De gestão.**

**LS:** Ah sim! De gestão. Então a emergência foi um deles. **(Falam juntos)**

**E1: Emergência na década de 90?**

**LS:** Não! Isso daí é década 70.

**LM: 70.**

**LS:** Isso daí é 77, por aí.

**LM: Logo depois do seu mestrado, não é?**

**LS:** É. 77, por aí. A partir daí eu estava falando era que eu não estava sozinho nisso, não é? Que existiam outros movimentos. Então nessa época já começa a existir, por exemplo, um negócio chamado Programa Materno Infantil, **PMI**, uma coisa assim. Eu não sei se teve algum nome antes do PMI, mas PMI aconteceu – Que era dentro da perspectiva do Ministério da Saúde, dos programas, mas voltado para a atenção materno- infantil, e já com uma interface para a assistência, porque obviamente para falar de materno infantil tinha que encontrar essa mãe e essa criança em algum lugar, e era basicamente voltado para as maternidades.

Esse programa para a gente dizer que não existe, quer dizer, para não adotar posição maniqueísta sobre as coisas, esse programa no Brasil ele teve um forte estímulo da Fundação Kellogg, que era obviamente uma fundação de raízes norte-americanas e de certa forma vamos dizer alinhada com os mesmos movimentos de BEMFAM, enfim, da Aliança para o Progresso, que estava atrás disso tudo, quer dizer, como um movimento estratégico... Como um movimento estratégico...

**E: Clássico imperialismo.**

**LS:** É. Foi um movimento estratégico de dominação da América Latina, pelo menos, assim nós o identificamos. Mas, no entanto... Voltando, sem ser maniqueístas, esse movimento abriu um espaço de discussão no setor saúde que trouxe uma discussão da questão Materno Infantil para o cenário da discussão da saúde objetivamente. Quer dizer, redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna, aleitamento materno, tudo isso foi uma grande novidade na política de saúde, quer dizer, uma grande inovação na política de saúde.

**LM:** Essa Fundação ela também financiou a *American Leprosy Mission*, aqui no Brasil, a ALM, que tinha uma grande parceria com essa... Tratamento de hanseníase, e tudo. Mas agora nos anos 80 eu acho, não é na década de 70 não.

**LS:** Na década de 70 ela entrou pela área de materno infantil.

**LM:** Eu não saiba disso.

**LS:** E depois abriu um braço em relação à educação médica. Então a Fundação Kellogg teve uma contribuição, e aí já não só no Brasil, mas na América Latina, assim como também para materno infantil também foi para a América Latina... Teve uma contribuição grande na discussão da reforma curricular.

**LM:** Ah tá!

**LS:** Então esse movimento... Isso que é uma coisa interessante que eu tive oportunidade de ver exatamente isso, esse momento onde essas duas coisas começaram a ser discutidas simultaneamente, nem sempre alinhadas. Quer dizer, às vezes um tratava exclusivamente da questão do aleitamento materno e o outro ponto estava discutindo materno infantil, digo, em outro lugar estava-se discutindo a questão da universidade. Isso nem sempre estava em paralelo, ou estava alinhado. Mas no nosso caso da UFF a gente conseguiu aproximar essa discussão. Aproximar a discussão desse campo materno infantil do campo da educação médica.

**E:** Da assistência com a docência.

**LS:** Da docência. Esse foi um elo que a gente conseguiu construir ali.

**LM:** A teoria com a prática, não é?

**LS:** E conseguiu construir em função de algumas pessoas que existiam lá naquele momento, que estavam disponíveis para isso: O Tomassini, o Hugo Tomassini...

**LM:** Ele foi da hanseníase, o Tomassini.

**LS:** Pois é, ele...

**LM:** Trabalhou com hanseníase.

**LS:** Ele foi um marco em termos pessoais nesse processo. Ele foi a pessoa que, vamos dizer, possibilitou essa aproximação de uma forma muito objetiva. Porque ele professor da universidade e foi em 76, ou por aí, chamado pelo Moreira Franco, que era o prefeito de Niterói para ser o Secretário Municipal de Saúde de Niterói. E aí montou o Primeiro Planejamento Estratégico de Atenção Municipal da Saúde.

**E:** Qual era a Rede de Niterói então?

**LS:** Era a Rede de Niterói.

**E:** Qual era? Dois cemitérios?

**LS:** Ah sim! Quando o Tomassini assumiu a Secretaria Municipal de Saúde tinha como unidade dois cemitérios. **(risos)** Não tinha nenhuma unidade...

**LM:** **(inaudível) (risos)**

**LS:** Era da Secretaria de Saúde.

**E:** Tinha uma unidade que estava cedida em comodato para o Estado, então que ele administrasse não tinha nenhuma.

**LS:** Não tinha nenhuma.

**LM:** Nossa, que vergonha!

**E1:** E aí, como...?

**LS:** Aí foi feito um planejamento de criação da rede de postos de saúde do Município de Niterói.

**E:** Na periferia.

**LS:** Na periferia. Conseguiu, e que foi um planejamento bastante integrado, inclusive junto com a, na época com a área de transporte. Foi um planejamento bastante moderno, até porque seguiu, vamos dizer assim, o plano rodoviário seguiu um pouco um e outro. Seguiu pare e passo um pouco um e outro, seguindo pare e passo um plano rodoviário com o plano de expansão dessas unidades, de maneira que o acesso fosse garantido.

**LM:** Para não impedir o acesso das pessoas menos favorecidas.

**LS:** Para garantir o acesso.

**LM:** Ótimo.

**LS:** Na verdade, foi uma coisa muito interessante isso aí também. Tem um parêntese...

**LM:** Professor de Saúde da Família. **(rindo)**

**LS:** É. Foi de fato.

**E:** Ele criou o primeiro agente.

**LS:** O primeiro agente comunitário de saúde... **(Falam juntos)**. E deu uma briga enorme com a associação médica. A associação médica...



**LM: Ah imagino!**

**LS:** A Associação Médica Fluminense na época... Acusava o Tomassini de criar, de transformar a medicina de Niterói na medicina em comunista chinesa...

**E1: Nossa!**

**LM: Olha só!**

**LS:** ...Criando os méritos...

**E: De Lèvi Straus.**

**LS:** de Lèvi Straus. Isso foi... A associação médica... Tem documentos da Associação Médica dessa época. É um negócio assim... Foi uma luta política forte.

**E: Imagino.**

**LS:** Mas nesse ponto a Faculdade de Medicina não tinha essa oposição. A faculdade de medicina ela se aproximava dessa discussão de forma favorável. Quer dizer, não era propriamente um aliado, mas tinha forma favorável. E o Departamento de Saúde da Comunidade que era da Faculdade de Medicina esse sim era inteiramente alinhado. Por isso, aliás, era um dos pontos de origem, visto que o Tomassini era professor dali.

Tinha outras pessoas importantes, eu me lembraria de uma outra muito importante nesse processo todo que foi a Márcia, Márcia Caetano Jandre. A Márcia também foi uma pessoa muito importante. Nesse momento ela foi a primeira coordenadora do programa. **(inaudível devido a ruído automobilístico paralelo à fala)**

Que, na verdade, era ligado ao hospital, ele não era ligado à faculdade. O hospital, o Antonio Pedro é quem coordenou esse programa inicialmente. Então a minha trajetória passa por aí. Eu comecei a me aproximar desse movimento, e do Tomassini, quer dizer, eu não sendo uma pessoa da área de saúde pública, sendo um cirurgião, um chefe da emergência, perceber: “Bom, o caminho é por aqui. Esse é o caminho de organizar. Se eu quero estruturar a minha emergência de forma que ela seja diferenciada, qualificada, etc., eu tenho que reduzir essa demanda espontânea de gente que não tem nada que está aqui”. Começando a trabalhar com isso.

Ao mesmo tempo e já como professor pensando a questão da formação eu via o seguinte, quer dizer, a observação que eu fazia era assim... E nessa época se discutia já há muito a questão do currículo e aí já também com a participação da Fundação Kellogg. A Fundação Kellogg entrou nessa discussão do materno infantil trazendo um pouco já da discussão curricular. E aí por força da atuação deles que outros... Por exemplo, em Londrina estava discutindo isso na Universidade Estadual de Londrina...

**LM: Professor da USP tinha relação? Não?**

**LS:** Não.

**LM: Porque eu acho um curso forte de saúde pública, não é?**

**LS:** Mas era muito tradicional.

**LM: Mas era tradicionalista.**

**LS:** Era a saúde pública nos moldes bem tradicionalista. Como, aliás, até hoje a Escola de Saúde pública da USP é bem, é bem... A estrutura é bem tradicional.

**E1: O senhor acha que o contexto de abertura final do governo Geisel, Figueiredo, propiciaram essa possibilidade de começar a se discutir de forma mais aberta e repensar essa rede de postos de saúde, esse novo... Um possível novo formato?**

**LS:** Eu acho que demora um pouquinho para chegar aí. Eu acho que ainda tem uma trajetória de consolidação antes de chegar nesse momento, vamos dizer assim. Porque na verdade é o seguinte, só para retomar o fio da meada. Então quando a gente começou a discutir a questão curricular integrada com a discussão da reorganização da saúde... Quer dizer, é meio difícil falar um pouco disso, a gente fala com paradigma do SUS. Não exista isso. Simplesmente exista o seguinte, o município de Niterói tomou a iniciativa de criar uma rede municipal, recursos próprios, não tinha financiamento de Kellogg nenhum. Era do município. A gente que viu nesse a oportunidade de articular isso para, vamos dizer assim, do meu ponto de vista modificar a demanda da emergência. Mas ao mesmo tempo, é isso que eu estava dizendo, eu vi nesse arranjo que estava se vislumbrando um campo de formação de pessoal. Eu olhava para eles e dizia o seguinte: “Por que o estudante de medicina tem que ficar internado no hospital se na verdade o que ele tem que aprender está muito mais fora do que dentro do hospital?”

Então esse olhar para fora como campo de prática também começou a despertar em mim um outro tipo de interesse em olhar para isso. Não só mais como um componente de desafio da emergência e da demanda, mas também como próprio campo de prática de ensino. E a pergunta era: Como nós vamos formar esse tal médico de pé descalço, se é para usar esse jargão, não era nada disso, mas como nós vamos formar pessoas capacitadas para atender a esse tipo de demanda se, na verdade, o modelo do currículo...

**E: Não acompanha.**

**LS:** Não acompanha. Pelo contrário, ele estava se tornando mais e mais tecnicista, porque estava se tornando cada vez mais especializado.

**LM: Gente!**

**LS:** A coincidência desses fatos. Quer dizer, ao mesmo tempo em que eu estava descrevendo essa mudança aqui na prática do serviço, iniciando, estava simultaneamente acontecendo essa pulverização do...

**LM: A área da clínica médica perdendo.**

**LS:** Exatamente. Isso foi ao mesmo tempo.

**LM: E aí que ela tinha que se fortalecer.**

**LS:** Isso foi acontecendo no mesmo período de tempo. No mesmo processo. Então era, vamos dizer assim, a busca da reorganização do sistema ela vinha no contra fluxo das mudanças que estavam se processando na universidade. Mas isso era o movimento social e o movimento político. E daí já outros... Outras iniciativas semelhantes a essa começaram a acontecer e os 5 principais foram Niterói, Campinas, Londrina, Florianópolis e Natal. Foram os 5 municípios que iniciaram esse processo.

**E: Montes Claros com o Saraiva?**

**LS:** Montes Claros um pouco diferente.

**E: Internato Rural, não é?**

**LS:** Foi internato rural. Montes Claros foi uma iniciativa que ela estava nesse mesmo contexto, mas foi internato e internato rural. Esses municípios não, eles começaram com uma proposta de municipalização.

**E: Santini, ficando no nosso foco de Niterói, na tua atuação, quer dizer, então havia dois movimentos aparentemente paralelos, mas que tendiam a convergir, a organização da rede e uma coisa que se repetia, uma expressão que se repetia muito que era a expansão dos espaços pedagógicos. Não é?**

**LS:** Isso.

**E: De dar aquela restrição...**

**LS:** Isso.

**E: ...De onde os estudantes meio sentavam. E expansão para onde? Para uma rede organizada.**

**LS:** Para a rede. Na verdade, a rede começou a delinear esse espaço.

**E: Sim.**

**LS:** Quer dizer, quem pensava sobre... Porque eu me lembro que a primeira vez que eu falei sobre currículo, isso ainda na década de 70, final da década de 70 eu já tinha começado a dar aula e eu tinha dificuldade de me limitar àquele espaço. Apesar de que o meu espaço de capacitação que era o centro cirúrgico era muito bem definido, eu sabia muito bem aquele espaço, utilizar aquele espaço, e se eu quisesse me contentar com ele estava tudo resolvido, para mim estava muito bom. Eu precisava... Desde que eu tivesse os recursos para mim estava perfeito. Só que eu estava pensando era naqueles alunos todos, eu não estava pensando no cara que estava formado só. E aí eu olhava esses espectros e dizia assim: “Bom, isso aqui tem que...”.

E a primeira conjectura que eu fiz, eu me lembro disso. Eu fiz isso publicamente, eu expressei isso numa reunião que estava se discutindo a questão do currículo. Eu disse o seguinte: “Pra mim o currículo da faculdade de medicina pode ser modificado da seguinte maneira, você faz o primeiro ano no primeiro andar do hospital, o 2º no 2º, o 3º no 3º e assim por diante. Ou o contrário pode começar de cima para baixo também.”

**LM:** (risos) **E se tivesse mais de seis andares? (risos de todos)**

**LS:** A vida tem mais de seis andares.

**LM:** **É claro.**

**LS:** E médico se forma a vida inteira. Então é isso mesmo. Mas essa pergunta foi feita e eu falei exatamente isso. Eu falei o seguinte: É totalmente arbitrário o momento que se define o fim do curso. Não existe nenhuma razão...

**E:** **Método científico.**

**LS:** Científica para dizer que curso médico termina em 6, em 8...

**E:** **Em 4.**

**LS:** Em 10 ou em 4 anos. Se você... Na hora que você começa a definir habilidades necessárias aí sim você começa a poder estabelecer...

**E:** **Uma certa clareza.**

**LS:** ...Certa clareza sobre isso. Mas como não existia isso, era puramente conectivo, tanto faz, era arbitrário. Então essa idéia ela é uma metáfora, obviamente eu estava fazendo uma metáfora. Eu não tinha muita clareza que era metafórico não. (risos)

**LM:** (rindo) **Hoje...**

**LS:** De certa maneira eu...

**LM: Cronologicamente...**

**LS:** Eu tinha 20 e poucos anos, então para mim era verdade...

**LM: É. É mais definitivo.**

**LS:** Fica por isso mesmo. Mas hoje eu vejo como metafórica essa idéia.

Mas a idéia essencial que está contida nisso é a idéia do seguinte: medicina é uma profissão prática. Quer dizer, não dá para você imaginar que você vai formar um médico impingindo a ele 70 e tantas, 80 e tantas disciplinas teóricas e com isso no final da linha ele vai sair um profissional. A metáfora expressava esse conceito, que era o conceito de que medicina é uma profissão prática. É claro que precisa de conhecimento, isso é outra coisa. Mas para formar um médico é preciso que ele saiba fazer outras coisas. Essa era a idéia que estava atrás dessa...

**E: Eu vou te lembrar um negócio e vou te sugerir um passo a frente no posto que você esteve. Houve várias resistências a essa proposta...**

**LS:** U-hum.

**E: A esse conjunto de propostas, e uma delas é que se dizia o seguinte: “Não, mas a rede, os serviços de saúde não servem como espaços de ensino. Você já foi? Já viu o que acontece?” Ele sempre dizia o seguinte: “O que não se pode ensinar, não se deve fazer.”**

**LS:** Não se deve fazer. Exatamente. Essa foi uma frase que eu usei muito fortemente. **(risos de todos)**

**E: Dizem: “Não, os alunos não podem errar, você já imaginou?” “Bom, se não podem ensinar, não devia estar fazendo”.**

**LS:** Tem uma coisa que é feita que não pode ser ensinada...

**LM: É verdade.**

**LS:** ...Então essa foi uma coisa realmente...

**E: Avança um pouco aí. Você foi diretor da Faculdade de medicina no final da década de 70.**

**E1: Não, mas e a reforma curricular, ocorreu?**

**E: Não, pois é...**

**LS:** Aí foi isso. Pois é. Com essa participação nesse negócio todo eu acabei ficando em evidência na discussão desse assunto. Eu virei uma espécie de celebridade negativa ou

**(risos)** positiva para tratar desse tema, porque pouca gente também cuidava disso. Não é porque fosse uma coisa muito importante, nem muita gente se interessava muito por isso.

**LM: Não interessava muito.**

**LS:** Isso era um assunto meio... Não chegava a ser marginal, mas também não era muito relevante. A não ser no meio estudantil que passou... Claro que os estudantes perceberam isso, não é? É óbvio, que a sensibilidade disso foi percebida, especialmente a sensibilidade e o próprio massacre a que eles eram submetidos com aquele curso alucinado com não sei quantas disciplinas, e se fazendo tudo picadinho, tendo que juntar tudo na cabeça, uma coisa impossível. Mas, aí, enfim, com isso eu fiquei em certa evidência sobre esse assunto e existia uma nítida divisão de poder em relação ao curso médico na universidade. Existia um colegiado de curso que era quem tomava conta desse conjunto orgânico de disciplinas. Quer dizer, era quem de fato fazia acontecer o curso, as aulas, a frequência, as notas, aprovar ou não aprovar, enfim, todo esse processo. E a faculdade de medicina que era uma espécie de... Lá na universidade... Ficou lá, o negócio de faculdade de medicina era uma coisa assim... .

**(interrupção para substituição da fita, conversas em torno, ajustes)**

**E: Bom, você estava se elegendo diretor da faculdade de medicina.**

**LS:** Pois é. Esse negócio da faculdade... Pode ir?

**E1: Pode ir? (risos)**

**E: Pode.**

**LS:** Esse negócio da faculdade que eu estava falando é interessante que a faculdade então ela era uma coisa mais simbólica. A faculdade de medicina na verdade ela só aparecia no fim do ano na formatura, aí aparecia um professor...

**E: Era só autoridade moral.**

**LS:** Fica autoridade moral. Ela não era mais responsável pelo curso. Então, na verdade, quer dizer, quem era o diretor da faculdade? Normalmente era um sujeito assim antigão e tal, um velho professor, e que tinha dali da faculdade uma coisa de representação. Então era uma coisa assim mais simbólica mesmo. Só que o nosso grupo lá de professores recentes, auxiliares de ensino recém entrados para a universidade... Entre parênteses - Para dar conta dessa demanda de alunos que começou a entrar a universidade teve que contra referência gente. E contratar gente com o grau de qualificação existente, quer dizer, não havia exigência de mestrado, doutorado, nem nada. Foram abertos cursos de mestrado, como no meu caso eu fiz,



mas não precisava ser. Bastava ter diploma de médico, residência, ou qualquer coisa, porque tinha que...

**LM: E algum o desejo de ensinar.**

**LS:** E algum desejo de ensinar. Então tinha uma categoria chamada auxiliar de ensino, foi contratado uma porção de gente, havia uma seleção, não era propriamente um concurso, eu inclusive fiz parte disso e fui contratado desse jeito. E a minha carreira acadêmica começou assim.

**LM: Começou aí.**

**LS:** É. Mas a essa altura eu já era...

**LM: O senhor já tinha o mestrado.**

**LS:** Tinha mestrado e já tinha feito o concurso de Professor Assistente em Cirurgia, já tinha passado e tal, e já era professor mesmo formalmente, nesse período aí do final dos anos 70, final de 69 por aí. Eu estava falando entre da faculdade. O que aconteceu? Houve uma eleição para a direção da faculdade. Um movimento provocado por nós, pelo grupo mais novo dos docentes fez um movimento para ganhar a faculdade, com a idéia de transformar a faculdade de medicina, de discutir novo currículo e fazer essa modificação toda, quer dizer, que estava muito embrionário, mas já se pensava nisso. E eu fui eleito para a lista sêxtupla, que era uma lista sêxtupla, não era uma eleição direta.

**E1: Mas o senhor chegou a se candidatar, seu nome foi sugerido, como que foi esse processo?**

**LS:** Não, foi o seguinte, era uma eleição indireta, na verdade. Você elegia um colegiado e esse colegiado elegia uma lista sêxtupla. Então eu fui eleito para o colegiado e depois... Mas só que toda a campanha já foi feita direcionada para que no fundo o resultado fosse esse. Quer dizer, as pessoas votaram neste modelo porque era o único modelo possível de eleição, mas o objetivo era que eu fosse... Eu fosse escolhido o diretor. E eu costumo dizer o seguinte: Eu fui escolhido diretor, eu fui indicado nessa lista, essa lista foi para o Ministério, quem escolheu foi o Ministro da Educação, obviamente com o apoio do reitor, mas eu costumo dizer isso e as pessoas acham que eu estou brincando, mas não é não. Eu só fui nomeado diretor da faculdade de medicina pela irrelevância da faculdade de medicina. **(rindo)** Porque não tinha importância nenhuma do ponto de vista da influência sobre o posto, eles não se preocuparam em fazer um escrutínio muito refinado sobre quem era, quem não era.

**LM: Ficha do SNI. (risos)**

**LS:** Nem ficha. **(risos)** Nada disso. Eu fui nomeado, simplesmente eu fui nomeado. Quem me nomeou inclusive não foi nem o ministro na época, o ministro estava viajando, uma coisa assim. Foi um negócio bem, bem...

**LM: Caseiro.**

**LS:** Caseiro, não é? Bom, foi... Isso faz parte dessa história aí. Aí sim, na faculdade de medicina eu comecei junto desse colegiado, desse grupo a montar um plano de mudança curricular. Aí foi um plano. Aí foi uma atividade planejada, aí começamos a trabalhar de forma estruturada na mudança do currículo da faculdade. E aí tem toda uma discussão conceitual a respeito de integração da ciência social. Que aí nós fomos recorrer, vamos dizer assim, a toda uma linha de pensamento que vinha sendo desenvolvida com, aí já sim com o apoio da Organização Pan-americana de saúde na questão da reforma do currículo.

Então tem algumas figuras emblemáticas sobre isso que algumas delas ainda vivas que vale a pena serem ouvidas se for possível, se vocês ainda não ouviram. Uma delas está lá na Fiocruz que é o José Roberto Ferreira, outro é o Jouval, o Henri Jouval.

**LM: Nós temos lá na Casa de Oswaldo Cruz uma entrevista dele. Justamente sobre esse tema do SUS, da formação SUS, Henri Jouval.**

**LS:** É. O Jouval tem esse lado da formação do SUS também mais para frente, no INAMPS, de tudo isso. Ele foi secretário de planejamento do INAMPS, mas antes disso ele teve outro papel na educação médica. Ele, a Alice Rosa, o professor Fraga, e o José Roberto Ferreira na OPAS. O José Roberto Ferreira na OPAS, ele foi para Washington. O José Roberto era cirurgião também...

**LM: Sim.**

**LS:** ...Ele trabalhava no Hospital de Ipanema, e ele foi para a OPAS para trabalhar com a questão da educação médica. E foi um apoio importante para esse processo de mudança toda. Foi um trabalho, não diretamente, mas a produção científica, a produção de material que a OPAS ajudou a desenvolver na época que ajudou a apoiar esse processo de discussão.

**LM: Descreve um pouquinho esse processo de mudança curricular. Em geral a discussão principalmente na UFF, quanto tempo isso levou e como é que isso transcorreu.**

**LS:** Na UFF foi assim, feita essa escolha da direção na faculdade nós começamos a trabalhar... Aí sim, nós já começamos a trabalhar numa aproximação mais formal entre a faculdade de medicina e esses serviços de saúde criados em Niterói. Aí criamos,

vamos dizer um espaço de trabalho, um processo de trabalho que foi chamado na época de Projeto Niterói.

O que era o Projeto Niterói. O Projeto Niterói foi uma associação entre o Município de Niterói, o Estado do Rio de Janeiro, a Universidade e o INAMPS num convênio que tinha por finalidade... Era um nome enorme, era o Programa Integrado e Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Saúde em Niterói. Um nome desse tamanho. Porque era tão inusitado isso que se o programa não tive o nome inteiro ninguém sabia do que se estava falando. (risos) E ficavam questionando o que era aquilo. “O que é isso?” “O que é isso?”

**LM: “É o Programa Integrado...”**

**LS:** Depois virou o Projeto Niterói, aí todo mundo sabia do que estava se falando, mas quando começou se você falasse o Projeto Niterói, ou projeto qualquer coisa, ninguém sabia do que você estava falando. Então ele tinha que ser auto-explicativo: O programa faz isso.

Só que isso era absolutamente, quer dizer, uma nomenclatura, pouca gente de fato, principalmente do Estado e do INAMPS estava efetivamente envolvido e compreendendo aquilo. Até que um presidente do INAMPS que foi o professor, acabou sendo, a escolha foi o professor Aloysio Salles que era professor da UFF e que tinha uma discussão anterior sobre educação médica, era um cara muito inteligente, era um sujeito brilhante, ele percebeu a oportunidade desse negócio ser uma coisa interessante e inovadora e apoiou, deu apoio a isso.

E, quando eu falei daqueles outros municípios, é que os outros também tomaram iniciativas semelhantes. Não efetivamente ligados à educação, mas iniciativas de municipalizar. E, ter o apoio do INAMPS era fundamental porque era a única maneira de ter recurso. Nenhuma dessas instâncias tinha dinheiro, o único que tinha era o INAMPS. Então era uma forma de ter recurso. E aí foram criados mecanismos, os primeiros mecanismos de remuneração das atividades de saúde praticados pelo Município com recurso do INAMPS. Isso era outra polêmica enorme, porque do ponto de vista conceitual isso era considerado que estava havendo repasse de dinheiro da previdência, ou seja, dos trabalhadores para atendimento de pessoas que não tinham contribuído.

**LM: É. E a Unidade de Serviço entrava nessa...?**

**LS:** A Unidade de Serviço ela pagava aos prestadores. Mas como prestadores prestavam serviço para os trabalhadores isso era normal, era normal. (Falamos juntos)

**E1: Mas isso foi reproduzido para esses postos?**

**LS:** Não. Para esses postos foi criado uma... Isso aí foi criada outra unidade, não era a Unidade de Serviço, era outra unidade de remuneração de menor valor, e diferente porque você não estava remunerando um procedimento, você estava remunerando uma ação, isso foi necessária muita criatividade para poder engendrar um mecanismo...

**E: Uma solução orçamentária.**

**LS:** É. Engendrar um mecanismo de financiamento.

**LM: É, porque, por exemplo, no Funrural eles tinham um modelo de subsídio fixo.**

**LS:** Subsídio fixo. Lá era fixo. Nesse não, nesse...

**LM: Já criou um terceiro modelo de pagamento.**

**LS:** Um terceiro modelo. Era um modelo que...

**LM: Nossa!**

**LS:** ...Remunerava ações básicas e procedimentos. Só que em relação aos prestadores era subfinanciado. Quer dizer, o INAMPS só aceitou pagar o município se fosse menos, valor menor, mas já se pagava vacinas, já se pagava algumas coisas.

Só que isso era extremamente questionário, porque alguns clássicos gestores da previdência consideravam isso ilegal, exatamente por isso, porque não existia um fundo, era um recurso da previdência realmente que era repassado...

**LM: Ao Ministério da Saúde de alguma forma para o município.**

**LS:** Na verdade, não passava pelo Ministério não, era diretamente ao Município. E o Ministério continuava com programas. Então os programas do Ministério continuavam a acontecer. E algumas prefeituras começaram a botar dinheiro próprio. Por exemplo, no caso de Niterói botaram. Ela contratava pessoal. Tinha todo um investimento da Prefeitura para manter o serviço funcionando. O via projeto de Niterói foram criados instrumentos de gestão, de informação, e de acompanhamento desse financiamento. Então foram criados alguns boletins de acompanhamento, de registros e gestão desse processo. Uma das pessoas que trabalhou muito na construção disso foi o Marcinho.

**E: Márcio Dias?**

**LS:** Márcio Dias. O Marcinho foi quem bolou esses primeiros formulários de registro das atividades para poder remunerar. Isso foi um avanço, mas ao mesmo tempo introduziu uma distorção. Isso trouxe, quer dizer, se você disser: "Não tinha mecanismo nenhum." Está bom, então criou-se um mecanismo de financiamento, mas

criou-se um mecanismo de financiamento com a mesma estrutura do pagamento do prestador.

**E: A mesma lógica.**

**LS:** A mesma lógica. A gente tentou evitar isso, mas não foi possível porque o INAMPS não conhecia outra lógica. Então a gente de certa maneira sabia que estava induzindo a uma distorção, mas não tinha nenhum mecanismo naquele momento que pudesse contemplar. E esse ponto do ponto de vista, vamos dizer assim, da discussão política e ideológica é um ponto importante. Porque é o seguinte: Quer dizer, havia alguns grupos de sanitaristas que discordavam dessa estratégia. Essa estratégia não era unânime na esquerda sanitária naquele momento. A estratégia adotada nesse modelo do Projeto Niterói, do Projeto do INAMPS, não sei o que, ela não era...

**E: Consensual.**

**LS:** Consensual. Havia um grupo de sanitaristas que defendia o que era chamado a construção do Sistema Nacional de Saúde, cujo documento básico se chamava Previ Saúde. É curioso porque justamente quem defendia a não articulação com a previdência tinha feito um documento chamado Previ Saúde. A gente que não tinha documento nenhum, **(rindo)** isso era estruturado, estava trabalhando, construindo a relação com a participação da Previdência. Esse documento do Previ Saúde ele definia o Sistema Nacional de Saúde. Tem várias características diferentes dessa descrição que eu estava fazendo aqui do processo da municipalização, vamos dizer, para chamar assim. É que o sistema nacional de saúde pensado no Previ Saúde ele era um sistema nacional, não descentralizado segundo o modelo federativo, era um modelo em que o Ministério da Saúde é que seria o responsável pelas ações da saúde em todo o território nacional.

**LM: Nossa!**

**LS:** Era um modelo centralizado.

**E1: Essa é a posição da ditadura.**

**E: Essa era a posição do Partidão?**

**LS:** Essa era a posição de parte do Partidão. Pois é, essa que era a história. Na verdade, ela não chegou a ser a posição do Partidão assim, vamos dizer...

**E: Hegemônica.**

**LS:** Hegemônica. Era o seguinte, essa era a concepção de saúde existente na verdade. Essa era... Qual era a referência? A referência era ou a referência dos sistemas socialistas...

**E: Sistema Nacional de Saúde...**

**LS:** Sistema Nacional de Saúde, ou do Sistema inglês...

**E: Nacional.**

**LS:** ...Que era nacional. Quer dizer, você não tinha essa construção, essa possibilidade de construção via município, estado, não sei o que, ela não estava na agenda de quem estava propondo o Sistema Nacional de Saúde.

**E1: Por que o INAMPS aceita fazer esse repasse de verbas para esse programa municipalizado ainda mais ele sendo uma novidade?**

**LS:** Pois é... (risos)

**LS:** Isso são coisas que são...

**LM: Inexplicáveis. (rindo)**

**LS:** ...Questões conjunturais que às vezes, vamos dizer assim, a lógica pura da análise não contempla.

**LM: Não consegue dar conta.**

**LS:** Então, por exemplo, nesse caso existem elementos que eu posso historicamente situar para te dizer por que isso aconteceu e até como aconteceu, mas motivação é um fato só. O que aconteceu? Estava dizendo o presidente do INAMPS, o professor Aloysio Salles ele era médico do Figueiredo, ele foi presidente porque ele era médico do Figueiredo. Ele não foi presidente porque ele... mas ele tinha um histórico de gestão, ele foi o primeiro diretor, um dos primeiros diretores do Hospital dos Servidores do Estado, ele era professor da Universidade, lá da UFF, ele tinha uma visão de educação médica, ele tinha uma abertura de cabeça, ele não era um cara da direita, ele não era um ideólogo da direita, ele era um médico de sucesso e um bom professor de medicina. E ao mesmo tempo médico do presidente, que naquela época os presidentes se tratavam no Rio de Janeiro, ele era um médico de sucesso e um bom professor de medicina, e ao menos tempo médico do presidente, porque naquela época os presidentes se tratavam no Rio de Janeiro, hoje é que trata em São Paulo. Naquela época era no Rio e no Hospital dos Servidores.

**LM: É verdade.**

**LS:** Então o professor Aloysio quando foi para o... Ele era sensível a isso. Então o acesso a ele para negociar essas coisas essas coisas era direto. Nós tínhamos acesso a ele diretamente, tanto pela via da universidade, quanto pela via da educação médica. Vários espaços existiam que permitiam a gente acessá-lo diretamente. E alguns



espaços depois disso de acordos políticos bem objetivos. Por exemplo, no momento em que se ajustou no espaço da política esse caminho da construção da saúde via esse processo da estadualização e municipalização, no momento em que se ajustou isso na política, no Partidão que era hegemônico na discussão da esquerda da saúde no país, foi negociado com o professor Aloysio a presença de pessoas, ideólogos desse processo dentro do INAMPS. Então foi para lá o Eleutério, o Rodrigues Neto que foi um cara importantíssimo nesse processo, foi o Temporão... Foram várias pessoas que foram ocupar posições no INAMPS para favorecer esse movimento. Isso já nos anos, em meados de 80.

**LM: É.**

**LS: Já 85, 86, que foi... Um pouco antes até...**

**LM: É. 83, 84... (Falamos juntos)**

**LM: Foi antes. Foi antes, foi 82, por aí. Foi exatamente isso. Então tinha três personagens importantíssimos nesse processo que eu não posso deixar de lembrar. Um o próprio Jouval que foi secretário de Planejamento e, portanto, foi quem viabilizou o recurso para isso, o Planejamento do INAMPS é que viabilizava o recurso; o Temporão e o Eleutério trabalhavam com ele; um outro foi o Guilherme Sampaio Ferraz que era um professor da UERJ, cirurgião também, mas que ele desenvolveu muito nessa questão, tinha uma percepção clara da importância desse processo. Tinha outro personagem que também ele não pode ser esquecido nessa história, que eu acho que atualmente é secretário de saúde de Florianópolis, que é o Cândido. O Cândido ele nessa época ele trabalhava no INAMPS também e ele foi uma pessoa importante nesse processo, e tem muitas outras pessoas. O Tomassini, mais uma vez, também trabalhou no INAMPS em algum momento com o Sandro na Prefeitura de Niterói, o Gilson Cantarino, a Maria Manuela, tem todo um pessoal contemporâneo aí que está aí até a pouco tempo atuando, e que atuaram nesse processo.**

**E: Santini, antes de a gente avançar nessa linha das transformações na rede de saúde, na assistência, vamos voltar só mais pouquinho para você falar da questão da educação médica, da mudança curricular, as facilidades, as dificuldades, os principais obstáculos, que cronograma foi esse, quanto tempo isso levou.**

**LS: É, na verdade a mudança curricular levou... Nós começamos a fazer essa discussão no início dos anos 80, 82 eu acho que foi aprovado um modelo de mudança e tal, e na verdade só começou a ser implementado no meio da década de 90, 12 anos no mínimo para esse processo ser implementado. E, vamos dizer, a base lógica da mudança foi essa que eu estava falando no início. Quer dizer, a ideia de que o campo**

de prática é o campo adequado para o ensino, quer dizer, essa era a idéia central e em cima da qual se estruturava, quer dizer, uma concepção de atuação onde atuação, portanto, da formação se daria ao longo da própria organização do sistema de saúde.

**LM: O senhor fez Projeto Rondon, não?**

**LS:** Não, não fiz não.

**LM: É posterior a sua graduação, não é?**

**LS:** Não, não na minha época na tinha, quando eu estava na Universidade já existia o Projeto Rondon.

**LM: Já tinha. Foi fundado em 1960.**

**LS:** Já. Mas a gente, no meu caso eu tinha uma resistência...

**LM: Uma resistência. Imagino. É.**

**LS:** ...Ideológica com o projeto Rondon.

**LM: Imagino.**

**LS:** O Projeto Rondon para nós era um projeto... **(Falamos juntos)**

**LM: Porque assim, tudo bem, ele poderia até ter essa vertente mais...**

**LS:** Não, muitas pessoas... Muitas pessoas fizeram. Mesmo que tinham militância de esquerda fizeram também.

**LM: Porque era isso, era para você ir para quem estava precisando. Pelo menos tinha uma vertente...**

**LS:** Era e não era, porque ele era paralelo. O que a gente estava propondo não era um projeto paralelo.

**E: Era uma coisa estruturante.**

**LS:** Era uma coisa estruturante. Era dentro, quer dizer, era usar o sistema de saúde, a rede como os... **(Falamos juntos)**

**LM: Sim. Não, o que eu estou querendo dizer é que isso, o Projeto Rondon ele poderia também mostrar para esse estudante encastelado...**

**LS:** Não, exatamente...

**LM: E ele iria se defrontar com uma realidade diferente.**

**E: Ele contribuía no diagnóstico.**

**LS:** É, contribuía.

**LM:** Isso. Para consolidação...

**LS:** Mas não contribuir com a solução.

**LM:** Não, não.

**LS:** É. Não, mas é verdade. Ele teve, o Projeto Rondon tem muita coisa legal nisso aí, mas a história dessa mudança de currículo é essa. Então, na verdade, com isso a gente redefiniu o espaço educacional e conseqüentemente redefiniu, produzimos uma definição do modelo pedagógico. Quer dizer, na verdade, nós não estávamos mais falando em disciplinas pulverizadas, nós estávamos falando em uma estrutura de conhecimento baseado na prática. Então a estrutura de disciplina ela mudava completamente. Ela não era mais a especialidade, ela se ajustava ao desenho, vamos dizer assim, dos níveis de atenção à saúde. Essa era a concepção básica. Hoje você tinha um equilíbrio entre as atividades práticas com as atividades teóricas correspondentes. Isso era o modelo lógico do programa. E o internato que era um período considerado dentro do curso que se eu voltasse àquela minha concepção original lá dos andares não seria necessário. Mas até, vamos dizer assim, cedendo um pouco na negociação interna a gente considerou que: “Está bem, então vamos reduzir o curso.” Essa palavra reduzir nunca foi usada: Vamos estabelecer o curso dentro do período de 4 anos e um internato de 2 anos onde você tem um sistema de prática estruturado de uma forma diferente do que antigamente no internato se voltava diretamente numa especialidade. Essa foi a concepção desenhada. Um grupo grande de pessoas trabalhou nisso. Quer dizer, isso foi um processo que envolveu...

**LM:** Muita discussão, insatisfação.

**LS:** Muita discussão interna, mas o que aconteceu? Quer dizer, essa discussão acabou sendo muito mais, envolvendo muito mais as pessoas que já, vamos dizer, estão sensibilizadas com essa discussão do ponto de vista da sua escolha profissional, da sua escolha de vida, do seu compromisso meio que ideológico pelas pessoas do departamento de saúde da comunidade, e muito pouco as pessoas, aquelas da estrutura das disciplinas etc., etc.

Então, na verdade, a grande dificuldade de implementação dessa mudança foi exatamente essa, que as estruturas de resistência estavam encasteladas na própria organicidade da faculdade. Quer dizer, apesar de você ter conseguido obter uma mudança formal, na prática os especialistas resistiam a se incorporar ao processo de mudança.

Eu acho que isso acontece até hoje. E até hoje a faculdade não conseguiu vencer essa resistência integralmente. Agora, conseguiu mudanças que são reconhecidas pelos alunos. Os alunos e também pelo sistema de avaliação externa. Os alunos costumam ter êxito em concursos, em atividades externas que avaliam a formação de alguma maneira como... Quer dizer, existe certa efetividade alcançada pelos alunos que eles conseguem se classificar bem, ter bom desempenho na avaliação profissional extra faculdade. Mas eu acho que isso ainda tem uma... Quer dizer, ainda não temos esse modelo hegemônico na faculdade. Pelo menos eu acho isso. Não sei se...

**E: Voltando para a linha assistencial, descreve um pouco para a gente a tua experiência na Superintendência Regional do INAMPS. Como é que você foi parar lá. Quando foi isso, como é que você foi parar lá, como é que você permaneceu lá, como é que você conseguiu.**

**LS:** É. Isso é outra...

**LM:** Friburgo foi anterior, não é?

**LS:** Não, foi depois.

**LM:** Foi posterior?

**LS:** Foi depois. Isso é outra saga, não é? A Superintendência do INAMPS foi o seguinte. Deixa eu me lembrar como é que foi... Ah sim! Nova República. Nova República.

**LM:** 85.

**LS:** Nova República.

**LM:** Conferência Nacional de Saúde.

**LS:** Mudança... Antes.

**LM:** É. 85.

**LS:** Mudança total no governo. Assume...

**LM:** Sarney.

**LS:** Morre Tancredo, assume o Sarney.

**LM:** É. Nossa!

**LS:** Aquela comoção toda.

**LM:** Foi um dia extenso, não é?

**LS:** Uma sacudida enorme nas forças políticas que estavam estruturadas. Você imagina que o Tancredo com certo grau de compromissos, inclusive da esquerda de uma maneira bastante bem... Bem ou mal, mas de alguma forma estruturada em torno de uma posição liberal do Tancredo mais ética e progressista por uma situação totalmente...

**LM:** **Avesa. Totalmente Arena, totalmente direita, totalmente compromissada com outras coisas...**

**LS:** E desarticulada.

**LM:** **...Desarticulada.**

**LS:** E desarticulada. Espaço para qualquer coisa. Então isso foi um processo terrível. E que na verdade alguns pela força do Ulisses Guimarães e tal – que foi a grande força dessa história, ele conseguiu preservar espaços políticos no governo Sarney. Espaço para a esquerda ou para...

**LM:** **Centro para a esquerda.**

**LS:** Centro para a esquerda, centro esquerda. Um desses foi o INAMPS. Foi o Ministério da Previdência na verdade.

**LM:** **O MPAS.**

**LS:** É. Que foi o Valdir Pires. Foi nomeado Ministro da Previdência. E o Valdir formou um histórico progressista, um cara de esquerda, uma cara que veio do governo João Goulart de quem ele foi Chefe da Casa Civil e tudo isso. Então foi nomeado Ministro da Previdência. E o governo Sarney era um governo absolutamente loteado. Quer dizer, a morte do... O Tancredo deixou, entre aspas, ao Sarney uma herança em relação ao governo que era o loteamento completo do governo. Pelo menos essa foi a interpretação que era dada pelos partidos. Eu não sei se o Tancredo deixou isso, ou disse isso. Mas isso, foi assim que foi tomado pelos partidos a lógica da ocupação dos cargos no Estado. Então foi feita uma divisão perversa que tinha o seguinte critério: Todos os cargos federais em cada Estado seriam divididos de forma a que o Deputado Federal mais votado da área...

**LM:** **Poderia indicar.**

**LS:** ...Indicava o responsável pelo órgão federal daquele Estado.

**LM:** **Nossa! Que luta hein!**

**LS:** Isso aí, isso já é o caos.

**LM:** **É.**

**LS:** Agora, pior do que isso era saber o seguinte: A que área isso se refere? Que cargo? Que posição? Isso não gerava nenhuma clareza, só gerava uma enorme confusão. Para ter uma idéia desse conceito de área e de hierarquia, existiu um deputado eleito na zona e Leopoldina, chamado Joel Lima... Joel Ribas, não é Lima... Joel Ribas que queria indicar o presidente da Fiocruz. Porque a Fiocruz fica na Leopoldina.

**LM: É. (risos)**

**LS:** Então ele...

**LM: Pobre de quem de chega então, hein!**

**LS:** Ele achava que era ele que tinha que indicar. Mas digamos que fosse, digamos que o critério fosse esse, regional, mas o fato é que eram dois partidos, então se ele podia indicar...

**LM: O outro também poderia. (risos)**

**LS:** ...O deputado federal do outro partido também podia. Então o que ia valer dessa indicação? Imagina o caos que era isso. Isso foi uma confusão que ninguém pode imaginar, só tendo vivido isso para saber o grau de confusão que era isso. E muito mais confuso ainda quando esses cargos representavam uma grande quantidade de dinheiro, que era o caso da Superintendência Regional do INAMPS do Rio de Janeiro, que era a Superintendência, depois de São Paulo a que tinha maior orçamento. Até porque tinha rede própria aqui, os hospitais do INAMPS todos, e toda a rede de postos...

**LM: Lagoa, Ipanema...**

**LS:** Além dos hospitais tinha os postos. Os postos na época eram todos próprios do INAMPS. Então tinha todo o pessoal. Então era um orçamento fantástico, era um orçamento equivalente, próximo do orçamento do próprio Estado do Rio de Janeiro. Só que o governador do Estado era eleito e o presidente do INAMPS era nomeado, era um cara qualquer, por exemplo, eu fui nomeado.

**LM: Era um cargo de confiança.**

**LS:** Era um cargo de confiança. Só que para eu ser nomeado dentro desse critério era impossível, era impossível. Jamais seria nomeado. Eu não seria, em hipótese nenhuma, eu não me enquadraria em nenhuma dessas circunstâncias. Só fui nomeado porque foi uma escolha pessoal do Valdir que não abria mão, o ministro. Porque ele considerava o seguinte, se ele abrisse mão da superintendência do Rio de Janeiro, ele iria abrir mão do INAMPS, porque ele não ia ter governabilidade sobre a rede que estava presente sob tudo isso. Isso ia ser o caos e ele então não podia abrir mão disso.



E aí por circunstâncias absolutamente ligadas a conhecimento mesmo, a vamos dizer assim identificação de pessoas com perfil, com capacidade. O Hésio Cordeiro tinha sido nomeado presidente do INAMPS, e a gente tinha um relacionamento em todo esse processo, e acabou que entre vários nomes surgiu o meu nome e eu fui indicado superintendente do INAMPS. Mas, o tempo todo, eu fiquei lá um pouco mais de um ano, um pouco menos, não sei, não me lembro exatamente, mas foi por aí, perto de um ano, o tempo todo sob intenso tiroteio (**risos**) para permanecer. E até que quando o Dr. Valdir saiu, não foi substituído por ninguém de direita, nada disso, quem assumiu foi o Rafael de Almeida Magalhães que era também um cara que militava no centro esquerda, centro direita, dependendo um pouco da circunstância, mas era um cara confiável...

**E: Foi vice-governador do Lacerda.**

**LS:** Ex vice-governador do Lacerda. No caso, era uma pessoa de centro...

**E: (fala muito baixo)**

**LS:** É. Mas, enfim, dentro da conjuntura ele estava ligado muito ao PMDB, ao Ulisses e tal. Mas não conseguiu me segurar, e acho que nem tinha muita intenção também. Havia um interesse dele maior de ter outra pessoa no cargo. Mas foi um período também extremamente... Esse período curto de um ano foi um período extremamente ativo em termos de, vamos dizer assim, avançar naquilo que hoje é o SUS, e que na época eram as Ações Integradas de Saúde. Quer dizer, daquele movimento lá do Projeto Niterói surgiu um movimento chamado Ações Integradas em Saúde.

**LM: Isso.**

**LS:** A minha participação no INAMPS serviu para consolidar, pelo menos no Estado do Rio de Janeiro, essas Ações Integradas de Saúde. Nós conseguimos fazer convênio entre o INAMPS, o Estado e todos os municípios do Estado para implementar as ações integradas de saúde.

**E1: Então o Projeto Niterói de alguma forma serviu como um projeto piloto para dar argumento para você conseguir expandir isso...**

**LS:** Sem dúvida.

**E: ...Tendo em vista que ele tinha alcançado um posto de articulação...**

**LS:** Sem dúvida. Esse Projeto Niterói foi muito importante para isso.

**E: Então de alguma forma mesmo estando no INAMPS que era um outro serviço de saúde você conseguiu levar a saúde pública para essa esfera, e por conta do sucesso.**

**LS:** Exatamente. A idéia foi essa. Quer dizer, a idéia foi transformar aquilo que foi uma experiência local num modelo. As ações integradas de saúde foi mais um passo na direção de construir um modelo, um sistema de saúde no país...

**LM: E descentralização.**

**LS:** Com base municipal. E aí existiu uma discussão. Quer dizer, ela já existia antes no campo mais teórico que é aquilo que eu falei, quer dizer, a discussão que existia até no próprio Partidão em relação ao sistema nacional ou o sistema descentralizado. Mas dentro da discussão do sistema descentralizado também havia uma outra discussão que era absolutamente pertinente que era a discussão de municipalização ou não. Então havia um corrente até que chamava-se de prefeitualização e não municipalização, que é uma discussão... Quando falou prefeitualização era uma idéia pejorativa, a idéia era dizer o seguinte: “Isso aí vai ser uma roubalheira danada, não tem controle, não sei o que...”

**LM: É igual médico pé descalço, não é?**

**LS:** É. Era pouco isso, era um pouco isso.

**LM: Para enfraquecer e pra...**

**LS:** Para enfraquecer. Por outro lado, a estratégia da municipalização politicamente ela foi fundamental. Se não tivesse tido essa estratégia eu diria que o SUS não sairia porque o que fez alavancar o SUS foi a municipalização...

**E1: Foi essa diferença de ideias.**

**LS:** Porque pulverizou o apoio. Entendeu? Pulverizou o apoio. Você passou a ter apoio do país inteiro. Nós percorremos, nós que eu digo o Arouca, o Hésio, eu, o Ary, um monte de gente, o Brasil inteiro, falando com todos os municípios antes da 8ª Conferência para trabalhar...

**LM: É essa a idéia levada nesse sentido.**

**LS:** ...O tema da municipalização. E já trabalhando com várias superintendências do INAMPS em vários estados onde a gente conseguia sensibilizar para ir implementando a coisa das ações integradas...

**LM: Da saúde.**

**LS:** Com isso vamos dizer criando a... **(reflexivo)** Criando essa possibilidade... Criando essa... **(fala muito baixo + risos)**

**LS:** Criando essa base de...

**E1: De experiência?**

**LM: O senhor quer dar uma parada?**

**LS:** Não, não.

**LM: Não?**

**LS:** Só quero fechar isso aqui. **(pausa)** E criando essa experiência, e criando principalmente dentro da adesão política. Na verdade, isso se tratava mesmo de política, fazer com que houvesse adesão política desse processo. E essa adesão não foi uma adesão ideológica, não... É uma ilusão imaginar que os prefeitos aderiram ao SUS ideologicamente. Aderiram porque eles começaram a receber recursos que eles jamais pensaram receber. Então isso foi um estímulo baseado em recurso.

**E: Porque era um instrumento de convencimento.**

**LS:** Poderoso de convencimento.

**LM: (risos) Verbas.**

**LS:** E aconteceram coisas assim bastante, digamos heterodoxas em alguns casos. E o caso do Estado do Rio foi um deles, sem dúvida nenhuma. Nós não tínhamos mecanismos de repasse de dinheiro a não ser aquilo que eu falei que a gente criou lá em Niterói e que gerou depois um instrumento do INAMPS, chamado Portaria 3046. Essa portaria é histórica, é do INAMPS. E ela, essa portaria definiu as formas de remunerar os municípios, como que passa um dinheiro para o município através dos procedimentos **(inaudível)**. Essa portaria ela foi prevaleceu desde que foi criada as Ações Integradas de Saúde até que foi editada a NOB 93, Norma Operacional Básica 93. Foi com isso que modificou, começou a modificar o sistema de repasse. Até então era ela quem definia o sistema de repasse. E essa portaria ela foi feita nas coxas.

**LM: Literamente?**

**LS:** Literalmente.

**LM: Dentro do avião. Não? (risos)**

**LS:** Por quê? Porque foi feito o seguinte. Foi feito um cálculo em cima de um PAM, o PAM Irajá, no Rio de Janeiro, examinando qual era a demanda do PAM Irajá. Pela demanda do PAM de Irajá, que era o PAM mais completo, era o que tinha o maior número de especialidade de oferta, e também de clínica médica, de cirurgia geral e tudo, foi feita uma relação entre a demanda de clínica médica, cirurgia, e curativos, injeções, não sei o que, com as especialidades. Então com esse cálculo foi estabelecida a relação entre as consultas básicas e a consultas especializadas, e com este cálculo foi

feita algumas aproximações, é o que eu chamo de clínicas **(inaudível)**... Uma aproximação, quer dizer, não é uma invenção, tinha uma base, mas só que uma base muito...

**LM: Precária.**

**E: Assumindo que a população de Irajá tinha um perfil do país... (Falamos juntos)**

**LS: ...Do país. Era precária a esse ponto.**

**LS: (rindo) É verdade.**

**LS: E com isso essa portaria passou a ser o instrumento...**

**LM: Normativo.**

**LS: Normativo de repasse financeiro entre o INAMPS e o município, Estado e município. Esse caráter, digamos assim, eu não tenho nenhum problema de falar isso assim dessa forma, um pouco ironizando esse aspecto, mas sem desqualificá-lo, porque na verdade isso foi feito assim porque não tinha outro jeito de fazer. Quer dizer, não foi uma escolha perversa, foi uma escolha possível. A gente sabia...**

**LM: Naquele momento com o que se tinha.**

**LS: A gente sabia que não estava com as melhores ferramentas de planejamento. Mas nós não dispúnhamos das melhores ferramentas de planejamento, só dispúnhamos daquela.**

**LM: É.**

**E1: Um grande problema que perpassa pela saúde do Brasil, pelo menos é a impressão que me passa, é a precariedade de estatística, planejamento...**

**LM: De informação.**

**LS: Exatamente.**

**E1: De processamento de informação de dados, não é?**

**LS: Exatamente. Então como você não tinha essa informação, essa foi uma aproximação da realidade possível naquele momento. Nenhum de nós tinha dúvida nenhuma que era precário o instrumento, mas nós também não tínhamos dúvida nenhuma da necessidade do instrumento, senão não tinha como definir uma forma de remunerar.**

Então foi uma forma precária, assumida como precária, mas necessária para resolver aquele problema daquele momento. E assumida a precariedade até o ponto em que

isso poderia ser assumido, quer dizer, ela não era irresponsável, porque havia uma base para fazer aquele cálculo. Era uma base precária, mas era uma base, baseada na demanda.

E havia, vamos dizer assim, não uma forma, digamos, de checar imediatamente aquilo, mas de uma certa consistência lógica. Quer dizer, você tinha que imaginar assim, o número de consultas especializadas será sempre um percentual da necessidade global, ok? Isso é lógico. Qual é esse percentual é uma questão ajustável, vai depender. Então a portaria ela tinha um conceito só lógico, ela era precária do ponto de vista de refletir exatamente a necessidade.

**E: Expressão do mérito.**

**LS:** Como refletir exatamente a necessidade? Teria que necessariamente que ter um caráter regional, dada a diferença epidemiológica do país?

**LM: Pois é.**

**LS:** Quer dizer, adotar qualquer uma seria precário, qualquer uma seria precário.

**E1: Por isso que o argumento do SUS é fortíssimo nesse sentido.**

**LS:** Pois é. Então na verdade assumir a precariedade não era uma irresponsabilidade, é uma análise planejada, era uma contingência. Então esse foi...

**E: Santini, você participou, que eu saiba de dois processos eleitorais na sua vida.**

**LS:** É.

**E: Na universidade e na sociedade. Conta um pouquinho para a gente. (risos)**

**LS:** O da universidade foi um momento assim extremamente rico na minha vida acadêmica e da minha vida política dentro da universidade. Em um determinado momento, quer dizer, nós, e não foi nem só uma decisão pessoal minha, mas o nosso grupo, o grupo com quem eu trabalhava na universidade, trabalhando todo esse processo, toda essa discussão entendeu que era oportuno que a gente avançasse mais em termos de ter mais espaço de poder dentro da universidade. Concorrer mesmo à reitoria, ganhar, e ter um... Tínhamos um projeto estratégico para a universidade. Tirar a universidade de uma certa visão burocrática, de um certo comportamento, digamos muito...

**LM: Técnico?**

**LS:** Não diria nem técnico, mas um comportamento muito acomodado.

**E: Quase cartorial.**

**LS:** Quase cartorial, não é? Conceder diploma e tratar disso e tal. Por uma universidade mais comprometida com a realidade. Quer dizer, trabalhar... Então o tema principal da nossa campanha eu, o Marco participou disso também, outras pessoas desse grupo todo, de várias áreas da universidade, de todas as áreas, não só da medicina, mas da economia, da geografia, o Marco que foi candidato a vice junto comigo era da geografia, das ciências básicas. Enfim...

**E:** O Leandro foi da sua lista sêxtupla... (muito baixo – incompreensível) Eu lembro dele.

**LS:** O Leandro (sobrenome) que era da sociologia fez parte da lista, desde que eu tivesse assumido com ele o compromisso quase de jurar que ele não aceitaria de jeito nenhum... (risos)

**E:** Ser o reitor.

**LS:** Em ser o reitor, mas que ele faria parte da lista como uma...

**E:** Força política.

**LS:** Uma expressão da força política, do compromisso, da...

**LM:** Isso foi quando, Dr. Santini?

**LS:** Foi 90.

**LM:** Ah tá!

**LS:** Isso aí foi em 90.

**LM:** (inaudível) nesse período então.

**LS:** É. Foi em 90.

**LM:** (fala muito baixo)

**LS:** E então foi isso. Quer dizer, então esse processo... E foi um processo extremamente rico de discussão. A gente conseguiu de fato propor uma agenda nova de discussão de reitor, que normalmente era uma discussão muito personalizada nas figuras que estavam disputando. E naquela edição, a minha candidatura a minha candidatura era a menos provável no sentido de naquele momento representar as forças, os segmentos mais fortes da universidade, com poder. Todos os outros candidatos tinham uma posição de poder naquele momento. Quer dizer, um era o próprio reitor, que tinha sido o reitor...

**E:** (inaudível)



**LS:** Os outros eram diretores de centros.

**LM:** Isso.

**LS:** Então todos eles tinham uma posição de poder forte dentro da estrutura.

**LM:** O Edilberto, não é? É desse período?

**E:** Não, o Edilberto não.

**LS:** Não, o Edilberto era reitor.

**LM:** Ah! Ele foi.

**LS:** Ele estava sendo substituído. Foi exatamente a campanha...

**LM:** Para substituí-lo.

**E:** De sucessão.

**LS:** De sucessão do Gilberto. Então foi o Raimundo, foi o Glésio, foi o Iran, foi o Pedro que era diretor (**inaudível**) Eram 6 candidatos. O Abraão e eu. O Abraão era diretor daqui. Eu era o único que não tinha nenhum cargo naquele momento na universidade. Mas tinha uma proposta diferente dos demais e era uma proposta na verdade de, uma proposta de mudar a universidade, fazer a universidade olhar para a realidade, atuar mais em busca de soluções para a sociedade. Entendeu? É uma coisa mais ou menos nesse sentido. Entendeu? Uma coisa mais ou menos desse tipo.

**E1:** A idéia de extra-muros da Universidade?

**LS:** Principalmente fortalecer muito as atividades extra-muros, mas sempre com a mesma premissa básica de que o extra-muro já é uma realidade específica. O extramuro não é uma coisa genérica, aberta que você vai para qualquer lugar e está tudo bem. Não, não é isso. O extra-muro tem...

**LM:** E: e **LS:** (**Falam juntos**)

**LS:** Guarda relações, o extra-muros guarda relações geográficas e populacionais. Isso para mim, quer dizer, do ponto de vista da ação política na gestão, desde que eu entendi isso como chefe da emergência que existia uma população demandando aquilo ali, eu passei a entender que o papel do gestor em qualquer nível de serviço público tem que ter responsabilidade geográfica e populacional. Geográfica por quê? Porque você tem que delimitar. É impossível num país como o Brasil, portanto, você ter uma coisa que você... A não ser que você seja o presidente da república, mas se não for o seu papel, a sua área de abrangência tem que estar delimitada, tem que estar estabelecida. E populacional porque é óbvio. Tem que levar em conta a

necessidade das pessoas e não a oferta. Então essa é uma questão crucial, que você não trabalha com a oferta. Você trabalha com a necessidade e com a oferta definida dessas coisas. Então a minha visão da questão da universidade era também essa. Quer dizer, o que é o extramuros? O extramuros é desenvolver o projeto acadêmico na sociedade.

E para isso a produção de conhecimento, a pesquisa, tudo isso tinha que levar em conta esse espaço não só de necessidade, mas também de potencialidades. Quer dizer, esse espaço da sociedade é um espaço que tem recursos, recursos naturais e recursos científicos, tecnológico. Quer dizer, por exemplo, estou falando disso pensando que, por exemplo, a questão da pesquisa científica você tem que levar em conta recursos existentes da sociedade também, quer dizer, que você incorpora aquilo como contraparte, como parte, e não você se encastela na pesquisa como uma questão **(inaudível)**, interna. Então era esse o desenho.

E com isso a minha candidatura acabou se diferenciando um pouco porque ela passou a ser um contraponto com as demais. Quer dizer, apesar d'eu ser nanico na candidatura, mas ela diferente das outras. Então nós conseguimos desenvolver uma campanha onde o meu discurso além da proposta era tentar mostrar de forma mais explícita possível que todos os outros ficaram como falando a mesma coisa. Então eu acabei indo para o 2º turno. Obviamente que eu perdi a eleição no hospital, eu perdi a eleição dentro do hospital universitário?

**LM: É mesmo?! Santo de casa não faz milagre. (risos)**

**LS:** Não. Teve uma discussão específica que até hoje tem repercussão na estrutura do hospital, na organização da faculdade de medicina do hospital universitário. Eu perdi a eleição nessa discussão. Que quantitativamente eu sei que perdi lá, e qualitativamente foi por quê? O Raimundo que foi meu opositor no 2º turno, que tinha sido reitor ele se comprometeu publicamente em não cobrar a carga horária de 40 horas.

**E1: (risos)**

**LS:** E eu não me comprometi com isso então... Então fez isso.

**E1: Detalhes.**

**LS:** Detalhes.

**LM: Por que servidor público não quer trabalhar, doutor Santini?**

**LS:** Não sei. **(risos)** Essa é uma pergunta. Essa é uma pergunta que muita gente...

**LM: Essa é... Eu não consigo compreender isso.**

**LS:** Essa é uma pergunta que acho que muita gente.

**LM:** Quando eu fui gestora eu fiquei pensando buscar uma resposta para isso, não consegui entender. Porque que servidor público não quer trabalhar. Eu não consigo entender isso.

**LS:** É. Eu também não sei responder isso não. Realmente é uma coisa...

**LM:** Tem um salário no fim do mês, tem as condições todas...

**LS:** Não, e outra coisa é o seguinte, se você não tem, se você não está satisfeito com o salário, se você...

**LM:** Eu não consigo entender, cara! Vai embora.

**LS:** Não, ou então você vai brigar por aquilo, você vai discutir, você vai pensar uma melhor maneira de ser remunerar... Agora essa não...

**LM:** Ah! Realmente...

**LS:** Essa foi uma questão crucial, foi uma pergunta. Foi feita uma pergunta se eu concordaria em que as pessoas que tivessem 40 horas trabalhassem 30. Eu disse: Não. (risos)

**LM:** Vai embora e deixa o outro que trabalhar 40 trabalhar 40.

**E1:** Realmente...

**LS:** Então como eu perdi a eleição do hospital eu atribuo uma forte razão a essa resposta. Porque do ponto de vista da discussão maior, da questão da política foi... A eleição foi um barato. Fora isso...

**E:** Foi excelente. Foi uma campanha maravilhosa.

**LS:** Houve boicotagem.

**E1:** Ainda mais para os médicos, porque eles provavelmente queriam essas 1<sup>o</sup> horas a menos para atender nos seus consultórios.

**LM:** Mas obviamente que pagos com dinheiro público, não é? (rindo)

**LS:** Mas não foi só não. Não foi só não. Os funcionários administrativos também.

**LM:** Também.

**E:** Porque muitas vezes eles não queriam 10 horas a menos para não sei o que, eles queriam legitimar uma situação que eles já tinham criado.

**LS:** Já tinham criado. Exatamente.

**E: Precisavam de amparo. Já não trabalhavam.**

**LS:** Os funcionários administrativos tiveram um papel muito grande nisso aí. Foi até principal. Porque toda a campanha do Raimundo foi feita em cima dessa... **(Falam juntos)**

**LM:** O Horácio Macedo na UFRJ também ganhou a candidatura por conta... O Horácio Macedo na UFRJ acho que também **(inaudível)** também. Ele ganhou assim, eleito pelos servidores, estava com propostas assim...

**LS:** Foi.

**LM:** ...Bem assim assistencialistas, não é?

**LS:** Agora a campanha em si foi fantástica. Foi um barato.

**E:** Bailes.

**LM:** Ah! **(risos)** Bailes... **(Risos)**

**E1:** Teve showmício?

**LS:** Não, teve um comício fantástico.

**E:** Na reitoria.

**LS:** É na reitoria. Comício mesmo, comício mesmo.

**LM:** Bacana.

**LS:** Um monte de gente.

**LM:** Poxa!

**LS:** Na rua, dentro da reitoria, mas...

**E:** Não havia ninguém interessante naquela universidade que não estivesse nesse campanha.

**LS:** Na campanha. É verdade. Quem estava na campanha era... Foi legal. E a campanha foi alegre para caramba. Foi muito bom. **(risos)** Foi muito bom.

**LM:** E a outra candidatura, a outra eleição, não é? é Marco?

**E:** A outra o relato **(inaudível + risos de todos)**

**LS:** É.

**LM:** Não teve, não tiveram tantos bailes, não é?

**LS:** A outra só... Não, até teve...

**E: (Falam juntos) Nossa conjuntura era mais agradável.**

**LS:** Nossa conjuntura era mais agradável, o debate mais interessante, a visão da universidade. A outra foi... Posso falar?

**LM: e E1: Pode.**

**LS: (inaudível + risos)**

**E: Está ligado cara? (pergunta se referindo ao gravador.)**

**E3: Está.**

**LS:** A outra foi a campanha que eu fui candidato a deputado estadual pelo PPS em 94 em pleno processo de mudança entre o Partidão e PPS.

**LM: Foi organizada uma legenda de esquerda.**

**LS:** Exatamente. Aquele momento foi um momento... Vamos dizer que o que me estimulou ser candidato foi exatamente a discussão dessa mudança. Quer dizer, a incorporação pela discussão do partido de novos temas que a sociedade estava colocando e que...

**E: Novos métodos de abordagem.**

**LS:** E novos métodos de abordar esses temas, que era a questão ambiental, a questão ecológica, a questão da mulher...

**LM: ECO-92 tinha sido dois anos anterior a...**

**LS:** Exatamente. A questão da mulher, a questão da sexualidade...

**LM: Muito interessante.**

**LS:** Uma série de temas que não estavam na agenda política e que o PPS no início da transição...

**E: Se propunha...**

**LS:** Se propunha a discutir.

**E: Democraticamente.**

**LS:** E foi uma coisa interessante por causa... Pelo seguinte, a mudança do partido comunista para o PPS, mesmo para mim pelo menos, para aquelas pessoas que participaram desse momento ali foi um dado... Dado da realidade, quer dizer, a queda do Muro de Berlim simbolicamente representava realmente um ponto de...

**E1: Uma visão de esquerda, não é?**

**LM: Um ponto de inflexão.**

**LS:** Um ponto de inflexão fortíssimo na questão do modelo. Quer dizer, se faltavam evidências para mostrar que o modelo do socialismo real era um modelo que não tinha dado certo, não é? Ali tudo que se tornou visível no leste europeu, da Rússia, da União Soviética e tal veio à tona. Além do que era visível havia também uma reflexão e que Gorbachovsk fazia de uma maneira muito interessante que ele trazia á tona tudo isso. Quer dizer, ele dizia o seguinte, a discussão toda do socialismo foi baseada numa concepção do homem muito maquinicista, muito máquina, o homem, a história do Rousseau, aquela história toda que o homem (**inaudível**), a questão era a produção, e na verdade a questão do homem não é só produção, o homem é vida. E aí essa reflexão, vamos dizer, mais filosófica, esse componente mais filosófico que foi trazido para a discussão que estimulou a gente, a mim pelo menos, no PPS a ter, a buscar uma participação política mais direta, mas efetiva, e mais partidária nesse sentido.

E eu sempre tive próximo da posição partidária, mas eu sempre tive uma certa dificuldade com o contingenciamento da ação política no campo do partido,. Quer dizer, o partido por definição limita a ação. O partido é parte. Você para poder atuar partidariamente você em algum momento tem que conter a sua expansão de percepção, porque senão você interfere na... Se você abrir mais você interfere na dinâmica da atuação. Por isso que, esse é um parêntese só, mas essa organização partido político ela hoje claramente para mim é uma organização completamente superada. Eu não sei o que virá no lugar, mas essa organização...

**LM: Mas essa não...**

**LS:** ...Ela não responde a necessidade da sociedade, mas na época eu não tinha essa visão, eu tinha, pelo contrário, ainda uma visão... Eu tinha essa percepção, eu sempre tive uma dificuldade de me conter no espaço do partido. Mas sempre tive um vínculo forte com o pensamento da esquerda especialmente com o pensamento da esquerda que era hegemonizado pelo Partidão, pelo PCB. E também nessa transição para o PPS. Aí fui candidato um pouco nesse movimento, um pouco na busca dessa possibilidade. Mas aí maluco? (**risos de todos**)

Aí a realidade disso não tem nada a ver com isso. A realidade de uma campanha é uma coisa duríssima. Precisa de dinheiro, precisa de você fazer acordos de compromisso. E na verdade se você tiver flexível para isso, esses acordos também não significam nada, você faz um *pool*. Tudo bem, mas isso... Entendeu? Esse é o tipo da coisa que não é isso que eu quero para a minha vida. Então eu disputei eleição, foi uma eleição



complicada, porque foi o único ano que a eleição foi anulada e teve que ser feita eleição de novo. Eu já estava esgotado da primeira... **(rindo)**

**LM: Da primeira...**

**LS: Física ainda.**

**E: A sobre campanha.**

**LS: Fazer uma sobre campanha. E pior do que tudo isso. Isso nem você sabe, eu acho. A pouco atrás eu procurando uma informação sobre essa questão de eleição no...**

**LM: No Google.**

**LS: E cai no TRE não sei da onde, eu fui suplente. **(risos)** Eu não sabia... **(risos)****

**E: Também não.**

**LS: Quer dizer, eu tenho esse risco. **(risos de todos)****

**LM: Recebeu a **(inaudível)****

**LS: Não, não recebi. Mas está lá, se eu quiser eu imprimo aquele papel do Tribunal.**

**LM: O registro.**

**LS: E eu reenvio...**

**E: Que risco!**

**LM: Suplente de quem?**

**LS: Pois é, aí que está. A suplência não é de cada pessoa, você é suplente do partido.**

**E1: Do partido.**

**LM: Ah! Do partido.**

**E1: Da legenda.**

**LS: Da proporção. Eu acho que se morressem todos os deputados. **(risos)****

**E: É uma idéia. **(risos)** É uma idéia.**

**LS: Mas eu não sabia, eu fiquei tão...**

**LM: Desgastado.**

**LS: Mobilizado e desgastado com o processo que realmente quando acabou. Graças a Deus esse negócio acabou.**

**E: Santini, vem Friburgo depois?**

**LM: É, vamos para Friburgo.**

**LS:** Friburgo já é 95, 96. Aí Friburgo é outra história interessante também. Nesse período, terminada a eleição até 95 que foi Friburgo eu fiquei um pouco pessoalmente numa... Eu não sabia direito o que eu ia fazer.

**E: Sem projeto.**

**LS:** É. Sem projeto. Eu não estava vinculado mais a universidade com projeto, envolvido no processo acadêmico, não estava... Quer dizer, tinha perdido a eleição, mais do que isso perdido o...

**LM: O encantamento.**

**LS:** É. A coisa da ação política partidária eu não estava mais... Quer dizer, aquilo me decepcionou, aquele tipo de ação, eu não queria, não estava mais envolvido com aquilo. Quer dizer, o projeto político...

**LM: Afetivamente falando.**

**LS:** É. E o projeto tinha realmente se...

**LM: Esfacelado.**

**LS:** Esfacelado na eleição. Não por causa da...

**LM: Da derrota.**

**LS:** Da perda. Quer dizer, eu digo por conta do processo, do desgaste do processo. Exatamente, por conta do desgaste do próprio processo. E fiquei meio sem projeto mesmo. Pessoalmente também a vida não estava lá essas coisas, não estava o melhor possível. Então eu fiquei meio assim andando por aqui, por ali, fazendo uns trabalhos. Sempre, claro, trabalhando, mas sem muito entusiasmo, sem muito envolvimento.

**LM: Mas aí você já tinha deixado a cirurgia torácica ou você ainda atuava como cirurgião?**

**LS:** Estava parando. Ainda fazia, porque eu operava aqui no Hospital da Lagoa, mas nem isso estava me entusiasmando mais, entendeu? Já tinha... Não estava mais... Estava num momento ruim de vida inclusive pessoal. E aí bom, aí surgiu esse negócio de Friburgo que foi um acaso, foi uma coisa de... O prefeito de Friburgo... Uma vez me ligou alguém dizendo que o Prefeito de Friburgo queria falar comigo. O prefeito de Friburgo ele era... Quando eu fui superintendente do INAMPS ele tinha sido, ele era prefeito também. E ele era uma cara de direita. Na época do PDS, depois foi do PFL.

Então, quer dizer, a referência que eu tinha dele era de ser uma cara de direita. Mas, além de ser de direita, ele era um cara arrogante, autoritário, a visão que eu tinha dele na época, que eu tive relação com ele porque como superintendente do INAMPS eu me relacionei com todos os prefeitos.

**LM: É.**

**LS:** Então ele me chamou, eu: “O esse cara quer comigo? O cara...”

**LM: De repente ele mudou e você... (rindo) É...**

**LS:** Provavelmente a única pessoa com quem ele não devia querer falar. Está bom, estava sem fazer nada também, assim especificamente. E fui até lá. Foi uma coisa muito surpreendente. Quer dizer, a questão que ele colocava era o seguinte, ele falava: “Olha, eu me lembro muito de você, me lembro de todas as coisas que você falava quando eu fui prefeito, eu não acreditava em nada daquilo. Agora o que acontece é o seguinte: O serviço de saúde em Friburgo está uma porcaria, eu acho que só você é capaz de resolver isso.” **(risos de todos)**

**E1: Uma bomba de presente. (Risos)**

**LS:** “Porque pensando bem, aquelas idéias que você falava e tal, eu acho que aquilo faz sentido. Friburgo até hoje não tomou nenhuma...” Até então Friburgo não tinha, por exemplo, aquelas graduações do serviço que era... Como é que chama? Era gestor... Não, hoje em dia é gestor...

**E: É gestão plena.**

**LS:** Gestão plena, semiplena...

**E: Plena da Atenção Básica.**

**LS:** Semiplena. Veja que nome: Semiplena, é um nome...

**LM: Semi é sempre um problema, não é? (risos de todos)**

**LS:** Pois é, o SUS passa por coisas... **(risos)** Uma delas é esse negócio de semiplena.

**LM: De semiplena. É.**

**LS:** Mas, enfim, lá não era nem semiplena, nem gestor da atenção básica, não era nada. Friburgo estava no estágio...

**E: Da pré SUS.**

**LS:** Pré SUS.

**LM: Nossa! Em 95.**

**E1: Na década de 90.**

**LS:** Em 94... Em 95. 94 foi eleição, isso aí foi 95 para 96. Não tinha nada.

**LM: já estava no Itamar Franco já.**

**LS:** E não tinha absolutamente nada em termos de estrutura, de organização, nem nada. Apesar de ser uma cidade que tinha uma maternidade que tinha sido do INAMPS, um hospital geral com emergência, várias unidades de saúde do Estado, postos de saúde estaduais grandes, PAM do INAMPS, pelo menos dois. Tinha uma rede.

**E1: Já tinha infraestrutura.**

**LS:** Tinha infraestrutura, não tinha nenhuma organização.

**E: Física.**

**LS:** Física.

**LM: Não tinha gestão.**

**LS:** E era totalmente... E as estruturas locais de gestão, quer dizer, as instâncias de gestão eram totalmente ocupadas pela corporação médica, quer dizer, elas dominavam completamente aquilo. Então todos os mecanismos de gestão que a prefeitura teria para utilizar era inteiramente manipulados e hegemônicos pela corporação médica. Então os interesses eram extremamente fortes da corporação em relação ao financiamento, a tudo. Era um horror. E não conseguia fazer realmente nada.

Eu falei: “Eu vir de fora para cá para fazer isso não vai dar certo, porque isso só vai gerar confusão. Os caras vão brigar comigo, vão me matar...” **(rindo)** Sei lá o que... “Não vai adiantar nada. Assim não dá certo. Eu posso vir para cá para fazer uma sugestão. Eu posso fazer um estudo assim preliminar e te dar umas idéias e tal, e você vê aí como que faz, arranja alguém que possa tocar isso. Eu posso até ajudar fazendo uma consultoria, não sei o que... Mas é o que eu posso fazer.” “Então está bom, você faz isso para mim?” “Faço.” Ok. Aí fiz um projeto, um plano de trabalho e tal. Aí na semana seguinte fui levar para ele, um planzinho de trabalho, uma coisa de umas 10 páginas, sugestões do que fazer passo a passo. Era um passo a passo. Envolvia aí a formação do conselho municipal de saúde, aquelas coisas básicas do SUS, e um plano, elaborar um plano de trabalho. Não tinha. Aí ele falou “Você não quer vir para cá e fazer isso não?” Eu já tinha ficado a semana inteira tentando querer. **(risos de todos)**

**E1: Que bom que (inaudível). Não é?**

**LS:** Aí eu falei: “Quero.”

**LM:** **Olha! (risos) Foi exatamente assim.**

**LS:** É. “Quero. Só que não é para ocupar a Secretaria nem nada. Eu quero, eu posso te ajudar... O que eu quero fazer é o seguinte, eu posso coordenar o processo de trabalho, mas não posso executar, não tenho como executar isso porque vai ser uma confusão danada.” E aí fui... Ele montou um projeto, ele fez um decreto municipal criando um projeto, criou um grupo de trabalho, e aí nesse grupo de trabalho eu já comecei a identificar algumas pessoas que pudesse contribuir, pessoas da área de gestão, e montamos então um grupo de trabalho para elaborar um plano. E aí elaboramos um plano e começou-se a implantar com o então secretário de saúde, que depois saiu porque não aguentou a pressão da categoria. As pessoas... Ele era de lá, era médico da cidade, e tinha pretensões políticas, queria ser prefeito e tudo e estava batendo de frente demais com os profissionais, ele acabou saindo e aí eu acabei assumindo a secretaria de saúde do município e fizemos, e implantamos lá uma... Quer dizer, todas as possibilidades que o SUS oferecia para o município naquele momento nós implantamos, e algumas que o SUS ainda não oferecia a gente desenvolveu.

**E:** **E que ainda não oferece.**

**LS:** E que não oferece até hoje.

**E:** **O cartão.**

**LS:** Que foi o cartão de saúde municipal que nós cadastramos 200 mil pessoas e montamos um sistema de gestão com a população toda identificada, com registro eletrônico de formação do paciente com toda a estrutura que até hoje o SUS não dispõem lugar nenhum, foi totalmente implantado.

**LM:** **Mesmo tendo o SINAM e tudo, não consegue fazer. Impressionante!**

**LS:** Pois é, isso foi feito em 2005, 2006.

**LM:** **U-hum. 95, 96.**

**LS:** 95, 96. Foi totalmente implantado isso lá e fui uma coisa...

**LM:** **Inédita.**

**LS:** Uma coisa fantástica.

**LM:** **É.**

**LS:** Porque imagina você de um dia para o outro ter a possibilidade de ter uma... Ligar o telefone e marcar uma consulta e está marcado, para ligar no posto, estava marcado. Qual era a tecnologia que a gente dispunha? Talvez eu vou falar de um...

**LM:** Jurássico.

**LS:** ...De um equipamento que vocês nunca viram, que era o computador servidor de toda essa rede, segurava toda essa rede era um computador chamado Pentium 2.

**LM:** Pentium 2. (risos)

**LS:** Já ouviram falar desse?

**LM:** e E1: Já.

**LS:** Pois é.

**LM:** Eu sou do tempo do Carta Certa, doutor Santini. (rindo)

**LS:** Então esse era o computador servidor.

**LM:** Nossa!

**LS:** Pentium 2. Dois juntos espelhados, cada um com dois componentes da memória para poder segurar uma rede que na época tinha 16 computadores. Não tinha internet.

**LM:** Não.

**LS:** Isso era tudo cliente servidor. Não existia internet, a internet estava começando. E esse sistema funcionou redondinho, podendo inclusive fazer o registro eletrônico das (inaudível) Destino disso. Perdeu-se a eleição, o prefeito que entrou tirou os computadores das unidades inclusive. Não deixou pedra sobre pedra, tirou tudo.

**E1:** Por quê? Ele levou para casa? Os computadores eram dele?

**LS:** Não. Distribuiu os computadores para não sei o que, acabou com o sistema, disse que aquilo não servia para nada. Acabou com tudo.

**LM:** Nossa!

**E:** Esse tipo de sistema atrapalha muito.

**LS:** Claro.

**E:** Você tem um balcão de agenda, marcação, exame... Isso aí é uma fonte de fisiologismo político maravilhoso. Marcar pelo telefone, sem nenhum intermediário?

**LM:** É.



**E1: Aonde é que ficava... (Falamos juntos)**

**LS:** Olha só, se deu o seguinte... A situação é a seguinte... **(Falamos juntos)**

**LS:** Claro.

**LM: A pessoa do seu ambiente marcava consulta. (Falamos juntos)**

**LS:** Claro. **(inaudível)** que marcava consulta, que marcava exame. Não tinha nada disso. Não tinha nada disso.

**E1: É. De repente como ele tinha perdido a eleição acho que...**

**E:** Não, não, não. O que ganhou.

**LS:** O que ganhou.

**E1: O que ganhou tirou tudo?!**

**LS:** Tirou tudo.

**LM: Claro. (Falamos juntos)**

**LS:** Agora, ele teve o apoio integral da categoria médica cidade.

**LM: Porque tiraram.**

**LS:** Claro. Porque olha só...

**E1: Nossa!**

**LS:** Gente!

**LS:** O que aquilo fazia? Aquilo controlava...

**E1: O trabalho.**

**LS:** ...O trabalho.

**LM: Se você trabalhava, se você está consultando.**

**LS:** Claro. Se eu tenho uma agenda...

**LM: De novo a mesma pergunta doutor Santini?**

**LS:** De novo a mesma pergunta.

**LM: Porque que funcionário público não quer trabalhar? (rindo)**

**LS:** Você controlava a agenda.

**LM: Exatamente.**

**LS:** Se você podia marcar consulta tinha que ter alguém lá para receber.

**LM: É.**

**LS:** A consulta não era marcada... 16 consultas, o cara tinha que chegar lá às 6 horas da manhã. A consulta era marcada de 7h e tanto, de tanto a tanto. Tinha consulta marcada de 11 meia a meio dia. Estava marcada, o cara tinha que estar lá, mas o principal desse projeto não era nada disso, isso era o operacional, o principal desse projeto era a possibilidade de gestão, esse que era o principal. Então quando a gente criou... Quer dizer, quando nós criamos a gestão plena que chamava, o município receber todos os recursos e gerenciar, para você ter uma idéia de como era a fraude no sistema de Friburgo, não tem outra palavra para descrever isso. A primeira vez, o primeiro recurso que o município recebeu, aí eu já era secretário - Que o município recebeu diretamente para pagar os prestadores, eu analisei as contas... Que eu não tinha acesso nenhum. Quando a gestão era semiplena, aquele negócio, o gestor não tem acesso ao pagamento do prestador, aquilo era feito diretamente. Você pagava só aquilo que operacionalizava, aquele que estava fora do seu âmbito era pago pelo nível central. Seja lá que nível central seja esse, pode ser o Estado, o Ministério da Saúde. Você não sabia quanto que o gestor recebia. E lá tinha um hospital psiquiátrico, em Friburgo. E esse hospital psiquiátrico era terrível em termos de qualidade da assistência, em termos de tudo, e principalmente em termos de faturamento.

**LM: A AIH, não é?**

**LS:** Então o que se pagava de AIH para eles era um absurdo, era mais da metade de todo o faturamento do município, quer dizer, de todo o suposto... Se tivesse um orçamento do município seria mais da metade que eles recebiam como pagamento de AIH. Só que isso não tinha limite, era emitido um ou outro. Não existia um orçamento do municipal. Isso era uma conta aproximada que a gente fazia.

**E1: Então isso era ser faturamento no relento.**

**LS: É.** Eu fiz o seguinte, só para ter uma idéia de como esse negócio funcionava. Eu paguei só 50% da conta apresentada. O que aconteceu? Nada.

**LM: Nada.**

**LS:** Ninguém reclamou. (risos)

**LM: Nossa! Impressionante.**

**LS:** Eu fiz a mesma coisa para isso com relação ao serviço de fisioterapia, que também tinha um faturamento brutal. Também paguei só 50% ninguém reclamou.

**E1: As pessoas não perceberam a diferença.**

**E: Melhor ficar quieto.**

**LS:** Melhor ficar quieto.

**E: Que já é um absurdo, não reclama, que pode perder mais.**

**LS:** É melhor ficar quieto. Aí a partir daí...

**LM: Gente, 50% a menos.**

**LS:** 50%. A partir daí começamos a criar alguns mecanismos de fiscalização, porque também não era... Eu não tinha muitos mecanismos. Os mecanismos são diretos, só que acontece que as pessoas tinham medo de fiscalizar. Então o que acontece é o seguinte, isso foi o que afastou, assustou as pessoas desse processo. Eu só estava fazendo uma ultra superficial atividade de controle, que se eu aprofundasse o controle a partir das informações que o sistema começava a me apresentar ia ser um problema. Então a primeira coisa a fazer, a melhor coisa a fazer era eliminar aquilo tudo. Então mais uma vez o compromisso de eliminar esse processo era muito mais importante para aquele pessoal do que continuar no SUS, no Sistema de Saúde. Ninguém queria saber de nada disso, aquilo era um... Ali havia uma forte coisa de corrupção, que foi que o sistema não permitia que... Por exemplo, o sistema permitiria controlar.

**E: Conspirava contra a clandestinidade.**

**LS:** Exatamente.

**E: Era clandestino até então.**

**LM: Impressionante.**

**LS:** Exatamente. Exatamente. Então isso mais uma experiência, digamos extremamente positiva, mas que acaba com... E as repercussões disso em relação à cidade foram péssimas porque Friburgo até hoje é uma cidade com enorme... Agora com essa tragédia então a coisa deve ter piorado mais ainda. Mas uma cidade com enorme potencial, com capacidade instalada, com tecnologia, com profissionais, boa formação médica. Quer dizer o recurso humano de Friburgo em geral não era ruim em termos de qualidade profissional, qualidade técnica. Agora em termos de comportamento médico com relação ao sistema não posso generalizar, mas também é difícil selecionar quadros que pudessem estar comprometidos com esse projeto, muito difícil.

**LM: Esse trabalho lhe apaixonou, não é? De alguma maneira.**

**LS:** É. Isso...

**LM: Que o senhor disse que estava meio assim...**

**LS:** É. Não, sem dúvida.

**LM: Sem um grande projeto, uma coisa. Não é?**

**LS:** Não, sem dúvida. Isso aí foi... Isso aí foi... Isso aí foi...

**LM: Muito interessante. Foi muito legal isso.**

**LS:** Isso aí foi muito legal. Isso aí foi muito bom.

**E: Não é?**

**LS:** Muito bom.

**E1: A gente para fechar essa primeira parte pré INCA...**

**E: Se você aguenta. (risos)**

**E1: Quais as perspectiva que o senhor ver pro SUS, a agenda do SUS tem sido cumprida ou não, quais os caminhos da saúde pública brasileira?**

**E: Reflexão geral.**

**LS:** Não, eu acho que o SUS é o projeto de saúde pública mais, vamos dizer assim, de maior importância eu acho no mundo hoje é o SUS. Quer dizer...

**LM: Os Estados Unidos está doido para fazer um SUS, não é? (rindo) Só que...**

**LS:** Pois é, o problema é que a resistência...

**LM: É muito grande.**

**LS:** Da sociedade americana é enorme, não é? Eu acho que a principal qualidade do SUS em termos de construção foi ter-se assumido que é um processo em construção. Quer dizer, isso que lá no passado a gente tinha aquela disputa de sistema nacional, sistema único de construção, não sei o que, a vitória dessa vertente na disputa de hegemonia, não porque eu tenha participado desse lado, mas porque histórica está se mostrando assim, foi importante. Talvez se a gente tivesse tido uma solução mais completa, mais unitária naquele momento talvez a gente não tivesse tido capacidade de implementar tanta coisa como essa forma permitiu.

Porque aquele modelo, digamos, do sistema nacional ele tinha premissas assim de organização que eram... Não se superpõem à realidade do Brasil. Quer dizer o Brasil é o único país continental com uma população de mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde único, universal.

**LM: É.**

**LS:** Então isso é um dado diferencial que nos faz pensar o seguinte: Imagina se isso tivesse uma concepção unitária. Muito provavelmente não daria certo. Porque você não ia respeitar as diferenças regionais. Esse modelo do SUS, por mais trancos e barrancos que ele venha acontecendo, ele vem respeitando as diferenças regionais e vem se apropriando das experiências regionais para...

**LM: Torná-lo melhor.**

**LS:** Torná-lo melhor. Então eu acho que esse é o grande diferencial do ponto de vista da implementação. Do ponto de vista político, do processo político, é aquilo que eu falei, para dizer o seguinte: A adesão municipal foi um elemento decisivo para esse processo. Não fosse isso certamente teria fracassado. Isso pulverizou e consolidou a experiência. As ferramentas de gestão que vieram a ser desenvolvidas a partir das normas operacionais, NOB 91, 93, 96, o NOAS, vem de certa forma dando formato gerencial ao sistema. Quer dizer, a idéia da territorialidade se mantém, mas ao mesmo tempo começa a se estabelecer comprometimento com algum tipo de resultado, com algum pacto, com algum tipo de pactuação. Quer dizer, então a lógica de apenas renumerar o que é feito, vem sendo progressivamente substituída por pactuação, por definição de busca de resultado.

E eu acho que há suas semanas atrás teve uma portaria histórica, que é... Uma portaria não, um decreto da presidente, que é um componente histórico da legislação do SUS que é a regulamentação da lei 8080.

As repercussões desse decreto, lógico ainda não foram suficientemente analisadas e percebidas, mas é uma coisa... É um grande avanço, porque ela retoma a questão da territorialidade, mas não mais em função exclusivamente do pacto federativo, do ente federativo, mas da regionalização.

E isso especialmente para aquilo que é entendido como média e alta complexidade é essencial. Você não consegue resolver os problemas da média e alta complexidade no território municipal exclusivo se ele não tiver população correspondente. Isso fica um balanço, um desequilíbrio muito grande entre o que são as necessidades da população com a oferta necessária para atender. Então isso é responsável, certamente a inexistência disso tem sido responsável hoje por uma das grandes iniquidades que o SUS ainda representa que é acesso. Quer dizer, apesar de você...

**E: Não tanto na atenção primária.**

**LS:** Apesar de você dizer que todo mundo tem acesso a tudo, teoricamente tem, na atenção básica tem, mas o problema é que na hora de ter acesso a atenção...

**E: Diagnóstico.**

**LS:** A atenção de diagnóstico e de alta complexidade isso engarrafa o sistema todo. Isso, grande parte disso é em função exatamente da territorialização de base municipal. Então aquilo que foi um tremendo reforço político para o desenvolvimento e implantação do SUS hoje é um ponto crítico que tem que ser resolvido. Esse decreto agora busca resolver isso. Esse decreto associado a um sistema de pactuação mais efetivo para a construção de indicadores mais efetivos de resultado certamente é um salto de qualidade que o SUS vai dar enorme. Também claro, associado a um... Aumenta a questão do financiamento, a aprovação da emenda 29, ou qualquer coisa que aumente os recursos de financiamento do SUS que hoje todos nós sabemos que é...

**LM: É insuficiente.**

**LS:** É insuficiente. Mas eu acho que é isso, essencialmente o SUS é um sistema em evolução, é um sistema que tem... Quer dizer, em evolução e em busca de alcançar esses objetivos de **disponibilidade**, de acesso, de equidade, e vem construindo isso ao longo do tempo.

É uma construção muito difícil, claro que é. É complexo mesmo, o sistema é muito complexo.

**E1: Então isso de alguma forma precisa de um jogo de escalas, não é?**

**LS:** É.

**E1: Dependendo da atenção que ele vai destinar a população de acordo com a demanda dela.**

**LS:** Exatamente. Isso é fundamental. Isso é fundamental. Esse processo de construção tinha que passar necessariamente, ou passou por um conjunto de negociações que era indispensável, não tinha como não fazer.

Esse conjunto de negociações foi o que permitiu ele ser instituído, não é? Agora, o aperfeiçoamento isso e outra... É outra... Enfim, é vida, é história.

**E: Vamos?**

**LS:** Alguma proposta?

**E:** Pois é, a proposta é a gente interromper agora, dar um descanso e tal, voltarmos na Praça da Cruz Vermelha com a coisa... Com um espaço de tempo muito menor, uma coisa menor, que você já deve estar cansado (**rindo**) também.



**LS:** Não, aqui tudo bem.

**E:** Vamos dar uma paradinha.

**LS:** Uma paradinha. Eu nunca tinha feito um depoimento. **(risos de todos)** A não ser na polícia. **(risos)**

**E:** Eu estranhei você chegar sem um advogado.

**E1:** Não sabia que alguma vez o senhor tinha sido interrogado.

**LS:** Já.

**LM:** Já?

**LS:** Já.

**E1:** Que todo mundo que passou pelo movimento estudantil tem uma experiência enriquecedora...

**(Interrupção no depoimento para um lanche/relaxe – Gravador continuou acionado por ESQUECIMENTO. Duração de 22 minutos que não foram transcritos)**

**(Retomando o depoimento)**

**LS:** Agora é o INCA, não é? **(risos)** Agora tem muita coisa que ainda não sei, mas tem que deixar o tempo passar.

**E:** Temporão chegou no INCA quando?

**LS:** Em 2003. Setembro de 2003.

**E:** Setembro de 2003. Você chegou em?

**LS:** Outubro.

**E1:** Outubro?

**E:** Vamos começar daí.

**LS:** **(interrupção – acertos para gravação)**

**E:** Santini, fala um pouco dos episódios de 2003 no INCA, a gestão de Jamil Haddad, crise, chegada do Temporão, e aí emenda com a tua chegada a seguir, e tal. Como é que você interpretou esse momento.

**LS:** A questão do Jamil ele tomou posse em março, saiu em setembro, quer dizer, a gestão dele no INCA foi muito curta, muito tumultuada. Só que apareceu posteriormente. Durante o período de gestão dele, esses curtos meses,

aparentemente as coisas não tinham nenhuma repercussão até que a repercussão quando surgiu já foi com forte impacto no social, e público, por exemplo, e tal. Ao que parece a indicação do Jamil para a direção do INCA foi uma coisa levada em conta a importância da instituição, porque afinal ele era um ex-ministro da saúde. Então, não foi uma coisa intempestiva, no sentido de poder pegar uma pessoa de fora e botar lá, mas uma pessoa de fora que tinha uma história importante. Era um médico, é médico... Era médico, era... Não sei se ministro da...

**E: Senador.**

**LS:** Senador. Então não era um desprestígio para a instituição. A nomeação dele foi... Não seguiu a história da Instituição de nomear alguém de dentro, mas também não era uma nomeação que significasse desprestígio, era uma nomeação prestigiosa. Eu acho que foi recebida assim também. Quer dizer, não houve reação nenhuma à nomeação dele inicialmente.

O que houve e posteriormente ficou bastante evidente é que ele próprio não tinha ou não teve a dimensão da complexidade que era o INCA já naquele momento. Quer dizer, ele assumiu a direção praticamente como se estivesse assumindo a direção de um hospital, um hospital complexo, mas de um hospital, sem levar em conta muitos dos componentes críticos da instituição.

É uma instituição com um orçamento bastante significativo, principalmente em relação aos demais órgãos do Ministério, com bastante autonomia gerencial sobre esse... E também orçamentária, com um quadro de pessoal misto, com funcionários públicos e funcionários contratados pela Fundação. Os funcionários públicos também com regime diferenciado, regime de ciência e tecnologia, portanto, com salários mais altos.

Enfim, é uma situação muito específica, bastante peculiar. E principalmente com algumas ferramentas de gestão administrativa bastante desenvolvida em relação ao que se encontra de uma maneira geral por aí na rede hospitalar. A maioria dos processos informatizados, sistema de compra do Estado, tudo arrumado, tudo bem articulado. O processo de planejamento não era um processo muito estruturado, mas bastante eficiente. Quer dizer, para não deixar nunca faltar material, equipamento, nada disso. Então funcionava relativamente redondo.

E o Jamil tomou algumas decisões em termos de gestão que comprometeram a gestão dele completamente. As escolhas que ele fez, principalmente os cargos administrativos foram responsáveis por comprometer o desempenho totalmente da gestão dele.

Então, por exemplo, todos esses processos administrativos que eram informatizados, todos organizados de uma forma estruturada foi desmontado pela estrutura

administrativa. O pessoal não tinha competência técnica para operacionalizar os processos administrativos. E aí, desmobilizou-se o processo administrativo. Voltou... Quer dizer, foi determinado que essas temáticas de constituição do processo de compra, tudo isso, voltasse a ser manual e não informatizado, e isso engarrafou o processo todo.

E a conclusão, é o seguinte... Só para concluir, a gestão ficou totalmente comprometida, o INCA ficou desabastecido, coisa que nunca tinha acontecido. Quer dizer, a última vez que tinha acontecido um processo de desabastecimento do INCA foi início da década de 80.

Então isso gerou uma reação interna fortíssima com paralisia, greve, ocupação, abraço ao INCA, abraço à Cruz Vermelha, e acabou. E acabou com a saída dele, o afastamento dele. Um negócio bem chato, bem melancólica. Até porque era uma pessoa que todos nós tínhamos um respeito muito grande, pessoal, profissional, um sujeito idoso, uma pessoa formidável, coisas do trato pessoal, e que ficou com uma imagem péssima, por uma situação de um descuido até em relação à gestão de uma instituição tão complexa.

Isso gerou uma crise também dentro do Ministério da Saúde, o processo de indicação de cargos é um processo complicado sempre. E, então o ministro... Houve uma crise forte entre o Ministério Humberto Costa na época e o presidente da Fundação. O presidente da Fundação que era o Marco Moraes ele atribuiu publicamente inclusive ao Ministério da Saúde o que estava acontecendo, a crise. E isso gerou um atrito político forte.

E aí com a mediação do Paulo Buss, que era presidente da Fiocruz houve uma negociação para então ter alguém que pudesse assumir a direção do INCA com alinhamento com o Ministério, e ao menos com a capacidade de governabilidade internamente, que fosse aceito internamente pelos profissionais.

E aí foram chamadas algumas pessoas. Várias pessoas foram contatadas. Pelo menos q eu saiba o único que eu sei que foi contatado e que aceitou foi o Temporão, ele na ocasião estava com uma atividade puramente acadêmica na ENSP, ele não tinha nenhuma atividade de gestão naquele momento, embora ele tivesse várias outras, e ele foi então chamado pelo ministro que pediu que ele assumisse a direção do INCA.

Não foi tranquilo também inicialmente. Quer dizer, houve reação, as pessoas meio que queriam indicar alguém da casa. As pessoas estavam preocupadas com o futuro.

O que era expresso por alguns era assim: “A Fiocruz vai tomar conta do INCA”. Essa era o...

**E: A ameaça.**

**LS:** A ameaça que as pessoas sentiam. E quando falava Fiocruz era uma referência negativa. A Fiocruz... A Fiocruz do ponto de vista do INCA significa dizer o seguinte: “Vem para cá esses burocratas que só falam em saúde pública, de mata mosquitos. Vão chegar aqui e vão acabar com o INCA que é uma unidade complexa, que cuida de câncer, esses caras não entendem desse nada disso e vão acabar com essa história”. Não era uma reação generalizada, mas era bastante disseminada. Existia um pensamento ali sobre isso. E aí o desafio do Temporão formar uma equipe que pudesse de certamente ir desfazendo essa imagem e tentando costurar um acordo interno para poder viabilizar a permanência dele. E o Temporão é um cara muito habilidoso, jeitoso para fazer esse tipo de coisa. E ele então convidou algumas pessoas, permaneceu como coordenador assistencial o Maltoni que é até hoje... Inclusive continua lá e que é um cirurgião que trabalha no INCA há muitos anos.

**LM: Como é o nome dele?**

**LS:** Maltone.

**E: Luis Augusto Maltone.**

**LM: Luis Augusto Maltone.**

**LS:** Teve a formação dele toda lá. É bem reconhecido pelo corpo técnico como bom profissional, um bom técnico, e manteve-se na posição de coordenação assistencial, o que de certa maneira já trazia para o pessoal da casa certa tranquilidade: “Bom, então pelo menos tem um de nós aqui na assistência”. Na área administrativa foi trazido alguém de fora com o compromisso de reorganizar, restabelecer os fluxos administrativos normais que estavam todos interrompidos por aquela decisão anterior. E recursos humanos foi trazida também a Virgínia que já vinha com um pensamento mais de pensar recursos humanos com uma visão mais política, na política de recursos humanos e não só em gestão de pessoal.

Então o Temporão montou uma equipe que de fato trazia uma cultura de saúde pública, uma cultura de... Uma visão diferente da instituição olhando para um aspecto mais amplo do que simplesmente botar a instituição para funcionar, mas num primeiro momento isso era fundamental.

E nessa ocasião eu fui chamado também para participar da gestão com uma missão que de início não ficou muito bem definida, mas era uma missão de coordenar o que nós chamamos de coordenação das ações estratégicas.

**E1: O senhor estava onde antes desse convite? No Hospital da Lagoa?**

**LS:** Não, antes d’eu vir para o INCA eu estava na universidade...

**E: Você tinha assessorado a direção do Hospital Antonio Pedro.**

**LS:** É. E tinha ficado algum tempo na assessoria do Hospital Antônio Pedro que estava também vivendo lá uma crise e eu tinha ficado um tempo lá assessorando a direção. Mas eu não estava feliz não. As coisas não estavam andando do jeito que eu achava que poderiam andar. Mas era o meu emprego, eu era funcionário da Universidade e estava lá fazendo o máximo que eu podia. Só que eu não estava... eu não estava me sentindo feliz, mas trabalhava do mesmo jeito, mas aí vim para cá. Esse negócio era um desafio interessante, trabalhar com o Temporão era bom, conhecia bem ele, meu amigo também há muitos anos. E aí começamos a trabalhar ali no INCA.

E a primeira coisa que o Temporão fez, quer dizer, foi trazer de fora pessoas que pudessem nos ajudar a entender aquele cenário. Então pessoas de dentro e de fora. Ele montou algumas reuniões, algumas oficinas com pessoas de dentro do INCA e com convidados externos para discutir um pouco a realidade da instituição. Então a gente solicitava as pessoas que apresentassem a sua visão, pessoas de dentro da área da assistência, da área da prevenção, tal, tal e tal, e da educação que tinha residência médica, tinha vários cursos de pós-graduação, lato senso.

**E: Estrito também?**

**LS:** Estrito estava... Estrito não tinha ainda. Estrito senso existia mestrados e doutorandos, mas de fora que faziam seus créditos no INCA. Não havia o curso do INCA ainda estruturado.

Enfim, mas buscando construir uma visão panorâmica da instituição e ao mesmo tempo submetendo essa visão a um olhar externo de pessoas que a gente reconhecia, principalmente o Temporão conhecia e reconhecia com competência para fazer isso. Então, por exemplo, uma das pessoas que veio foi o Vecina, que hoje...

**E: Gonçalo...**

**LS:** O Gonçalo Vecina que foi Secretário de Saúde do Município de São Paulo, foi presidente da ANVISA, foi... Enfim, e ele hoje é do Superintendente do Hospital Sírio-Libanês. Mas outras pessoas vieram. Enfim, o que eu estou querendo com isso não é tanto nominar as pessoas, mas é falar um pouco do processo. Então nesse processo a

idéia era submeter o que existia no INCA à análise de pessoas de dentro e de fora e ver quais nós poderíamos tomar.

E eu citei o Gonçalo justamente porque numa dessas oficinas onde o Gonçalo estava presente, e ele é uma pessoa que tem uma experiência muito grande na coisa de administração hospitalar. Quando foi apresentado tudo que o INCA dispunha de ferramenta de gestão, de uma série de competências que estavam instaladas ali para pensar o que fazer no futuro, a recomendação do Gonçalo foi o seguinte: “Eu se fosse vocês não fazia nada. Deixa tudo andar como está que está tudo bom. Não inventa coisa, porque isso aqui está muito bom. É só arrumar e botar no trilho para funcionar que vai funcionar”. Reconhecendo uma coisa que a gente sabia que o fato era verdadeiro, que o INCA tinha... Em termos de gestão hospitalar o INCA tinha uma boa capacidade, uma boa infraestrutura. Inclusive com um sistema de informação bastante desenvolvido. Isso era real.

Só que o desafio para nós começou a se delinear de uma outra forma. Nós começamos a ver o seguinte: “Não, mas o desafio daqui não é gestão hospitalar, o desafio daqui é o câncer.”

Quer dizer, dentro do que o INCA é na estrutura do Ministério o papel do INCA não é só... Olha que isso é muito, atender os doentes, fazer pesquisa, fazer formação de residente, tudo isso é também, mas pela legislação é muito mais do que isso, em termos de controle de câncer para o país.

Por parte de prevenção, do tabagismo, enfim, das políticas de controle de câncer, de sistema de informação, de registro. Enfim, a gente começou a descortinar ali uma série de questões que para quem vinha da área de saúde pública estrito senso era uma desafio muito grande, e para quem vinha da área com uma interface maior na assistência como eu vinha e depois o Marco veio também, a gente conseguia ver muito mais rápido e muito mais claramente que a dimensão do desafio era muito maior do que aquela questão hospitalar que estava colocada ali.

E isso gerou então uma nova... Uma movimentação, uma mobilização, uma articulação interna, uma busca para tentar redefinir o modelo de atuação do INCA.

Aparentemente parece o seguinte: “Pô, mas você então é o cara que tem mania de arrumar problema para resolver, **(rindo)** porque se o cara que entende para caramba desse negócio, porque se o cara que entender para caramba desse negócio chegou lá e disse que não precisava fazer nada, era só tocar, por que vocês foram se meter nisso.” **(Risos)** “Fazer, pensar e tentar mexer com coisas tão mais complexas que ninguém estava perguntando nada. Se vocês estivessem tocando esse negócio do jeito que



estava, estava tudo bem e não estava incomodando ninguém.” Certamente não é porque a gente tem mania de grandeza, nem porque a gente tem mania de trabalhar com coisa difícil. É porque a gente tem uma formação profissional que nos põe frente a esse... O problema para nós passa a ser o desafio. A gente conseguiu identificar de fato a dimensão de saúde pública com o problema do câncer apresentado, e não o problema de pessoas que têm câncer e que precisam de atendimento hospitalar. Esse é um componente importantíssimo do problema, gravíssimo, mas é só um componente. Na verdade, o desafio é muito maior do que esse.

Então começamos a redesenhar a instituição, e redefinir o papel do INCA, ou ocupar o espaço na Política Nacional de Controle do Câncer que o INCA formalmente tinha, mas eventualmente não ocupava, e desenvolver mecanismos, ferramentas e estratégias para fazer com que o SUS se apropriasse também desses mecanismos, dessas ferramentas, e dessas estratégias para implementar uma política de controle do câncer.

Então basicamente a transição da gestão de prevenção do câncer até então existente no INCA para o que passou a ser a partir da gestão do Temporão e depois a gente foi aprofundando e desenvolvendo mais foi exatamente isso, sair da esfera do câncer como um problema das pessoas, para a esfera do câncer como um problema de saúde pública. Utilizando para isso um acervo de conhecimentos e de estrutura, e de sistemas que o INCA dispunha. Esse acervo está lá. Quer dizer, a história dos 70 anos... A existência do INCA há 70 anos no país não é uma existência banal, é uma existência que foi rica na construção desse acervo. E este acervo foi extremamente importante para que esse passo pudesse ser dado. Quer dizer, dificilmente a gente poderia chegar a essa reformulação, a esse modelo atual do que é a proposta de atenção oncológica do câncer no país, se não fosse por um lado essa visão do problema, mas, por outro lado, esse acervo existente de conhecimento, de infraestrutura, de tecnologia que o INCA dispõe. Então a chegada é um pouco essa visão desse processo desse grupo. Que mais falamos sobre isso?

**E: Pois é. Aí a bola começa a rolar, você é o coordenador de ações estratégicas... O que é isso?**

**LS:** Pois é, a coordenação...

**E: Já estava pronta a sua pauta de trabalho?**

**LS:** Não, não estava. A coordenação de Ações Estratégicas foi até uma coisa engraçada, quando o Temporão me chamou... É até uma curiosidade aí. Existia dentre as coordenações uma lá que se chamava coordenação de ações estratégicas. Para as outras todas, quer dizer, para a Coordenação de Recursos Humanos, para a

Coordenação de Administração ele identificou pessoas com perfis bem aderidos ao nome das atividades. Para a Coordenação de ações estratégicas ele me chamou.

**(rindo)** Porque a Coordenação de Ações Estratégicas era uma coisa que não estava muito bem definido o que era. Quando ele me chamou para ser o coordenador de Ações Estratégicas eu obviamente, cuidadosamente perguntei a ele: “Mas o que você é isso? O que você quer eu faça?” Ele falou: “Não sei.”

**E1: Ah! (risos)**

**LS: (rindo)** Disse: “Ainda não sei, mas nós vamos descobrir o que é essa... Isso é uma coisa para a gente pensar. Realmente o que eu quero é que a gente pensa estrategicamente nos desafios que esse problema nos coloca.” Quer dizer, então a Coordenação de Ações Estratégicas foi o espaço que nós encontramos... Ele encontrou, me convidou e que eu topei de fazer discussão do futuro da organização. Ela podia ser qualquer coisa. Por isso quando ele disse: “Não sei o que eu quero” não era uma irresponsabilidade, era a clareza de saber o seguinte: Olha, o futuro nós vamos definir, o que é estratégico nós vamos definir. Então por isso é que não adianta juntar coisas. A gente vai ter que definir isso.

**LM: Elaborar uma coisa nova, não é?**

**LS:** Elaborar uma proposta. E aí foi... E aí o desafio era esse. Quer dizer, era propor então um plano, um plano estratégico, um planejamento estratégico para as ações de controle de câncer no país que envolvia, desde ações de prevenção até cuidado paliativo, passando por detecção precoce, diagnóstico, tratamento clínico, cirúrgico, pesquisa, até chegar ao cuidado paliativo.

E todo esse espectro tem uma fortíssima demanda no país. Quer dizer, tanto é importante no Brasil a política de controle do tabagismo, quanto a de cuidado paliativo, considerando que um grande número de pacientes chegam ao Sistema Único de Saúde em fase muito avançada da doença e que a única coisa que tem para fazer é cuidar. Você não tem mais o que tratar. Isso é um grupo ainda muito grande de pessoas nessa situação.

E que havia uma cultura, e ainda há uma cultura de que não poder tratar significa não tem nada para fazer. Que é absolutamente... Não tem absolutamente esse significado. Não poder mais tratar não significa que você não possa cuidar. Ao contrário, não poder mais tratar talvez seja o momento que você queira mais cuidar. Então dentro desse espectro pensar estrategicamente a instituição era repensar todo o modelo da organização. E o modelo dela em si e como estabelece as interfaces com o sistema de saúde, que tipo de articulação, que tipo de interface, que tipo de estratégia se faz para que esse conhecimento, esse acervo, esse processo passe a fazer parte do sistema.

Porque nós podemos imaginar que uma doença que epidemiologicamente vai ganhando a dimensão que o câncer vai ganhando, quer dizer, sendo a segunda causa de morte, sendo só sobrepujada apenas pelas doenças cardiovasculares, e se separar a série das cardiovasculares é a primeira causa de morte. Então com essa repercussão epidemiológica que tipo, que abordagem você vai ter no sistema? Não pode ser a oferta de consulta para os pacientes só porque isso aí você vai é criar cada vez mais uma fila de pessoas esperando para morrer na porta do sistema, não tem como resolver isso assim.

Então tem que ter uma coisa muito mais abrangente. E aí a Coordenação de Ações Estratégicas passamos a pensá-la de forma a que ela fosse, vamos dizer assim, criasse as ferramentas para que essas coisas acontecessem. Então a Coordenação de Ações Estratégicas ela articulava a área de prevenção e os seus diferentes componentes, Componentes de atenção primária e secundária, principalmente, enxergando a terciária, se pudesse chegar até lá. A área de informação e comunicação, a área de tecnologia de informação e área de... **(reflexivo)** Tecnologia de informação, informação, formação de recursos humanos e prevenção.

Esse conjunto é que formava a Coordenação das Ações Estratégicas. Que a finalidade da coordenação era dar corpo, forma e expressão na rede dessas ações, certo? Quer dizer, articular na rede do SUS uma política que desse conta de todos esses componentes. Essa foi a missão da Coordenação de Ações Estratégicas. E aí começamos a trabalhar com essa, com essa perspectiva, com essa organização.

**E: Pela complexidade do problema, pelo reconhecimento como problema de saúde pública, quer dizer, na verdade a tua proposta extrapolou a rede de assistência, não é? E propôs um novo campo de arrumação desses problemas e possibilidades que foi a rede de atenção oncológica.**

**LS: É.**

**E: Fala um pouquinho disso.**

**LS: É.** Essa questão de rede hoje em dia nós estamos num momento bem instigante dessa discussão hoje no Brasil. Mas eu estou falando de alguns anos atrás, estamos falando de sete anos atrás. Então esses conceitos, algumas dessas palavras ela não estão superpostas exatamente ao que está se falando hoje. Ou pelo menos a gente vai ter que fazer um pouco essa distinção.

Naquele momento quando nós estávamos falando da rede de atenção oncológica nós estávamos dizendo o seguinte: Olha, um problema como esse que tem as dimensões do câncer em termos de... Que é diferente quando se trata de uma doença infecciosa,

a hepatite... Qualquer uma das doenças infecciosas que a gente pega por paradigmas, seja as doenças transmissíveis, a gente tem uma abordagem bem mais clara, bem mais compreensível em termo de causalidade. A situação do câncer é completamente diferente porque não existe uma causa necessária, existem fatores de risco. E fatores de risco envolvem questões que não são de causalidade, são comportamentais, são hábitos de vida, são, enfim, vários componentes.

### **E: Tradições culturais.**

**LS:** Tradições culturais. Vários componentes de ação humana que, além de genéticos, além de alguns de causa eficiente, mas que fazem parte do contexto. 90% dos casos de câncer de pulmão estão associados ao tabagismo, mas tem 10% que não está. Certo? Mas o tabagismo é um ato social. Então o campo, o espectro de atuação é muito diferente quando se trata de uma doença como o câncer.

Então quando você fala da rede de atenção oncológica, você está falando, portanto, de uma articulação que vai além do sistema de saúde. A rede de atenção oncológica não é a rede dos hospitais, ou das instituições que cuidam das assistências ao paciente, é uma rede que envolve outros componentes. É de fato uma concepção de rede, que não é a rede assistencial é uma rede social, onde você vai ter atores no sistema assistencial e a atores fora do sistema assistencial.

Claro, essa é uma concepção de rede que a gente procurou desenvolver, e a gente fez uma discussão sobre isso. Quando a gente começou a falar de rede a gente fez um Seminário e contou com a colaboração basicamente para organizar o seminário da Sônia Fleury, que nós chamamos para não fazer isso, organizar esse seminário junto com a gente para definir quando a gente estava falando de rede do que estávamos falando. Exatamente chegamos a essa concepção bem mais geral do que estar falando exclusivamente da rede de hospitais ou da rede de unidades assistenciais, estávamos falando de redes sociais.

E a rede de atenção oncológica para nós tinha essa abrangência, trabalhar com o sistema, mas também com componentes da sociedade, com atores sociais, ONGs, enfim, e até mesmo ações... Dentro da concepção de rede até mesmo ações individuais faziam parte de estimular, ou alimentar, ou formar uma rede cooperativa.

Então a rede de atenção oncológica tinha um componente de gestão e componente de comunicação. E nem sempre todos os componentes estão envolvidos em todas as etapas do processo, mas as etapas gerais do processo envolvem todos os componentes, está sempre aberto à participação de todos.

Dentro desse conceito a gente começou a estruturar as ações. Só que esse conceito, como dar praticidade a isso? Dá praticidade a isso através da identificação de quais as ações prioritárias que nós tínhamos que trabalhar, quais os tipos de câncer, quais os temas prioritários os quais nós tínhamos que enfrentar para reduzir o que? Os objetivos do controle do câncer? É muito simples de definir. Os objetivos do controle do câncer são: Reduzir a incidência, reduzir a mortalidade, e melhorar a qualidade de vida. É isso que tem que fazer. Reduzir a incidência do que é possível reduzir. Por exemplo, se você combate o tabagismo você vai alcançar redução da incidência de câncer de pulmão entre outros, mas principalmente; se você reduzir a infecção por HPV você vai reduzir a mortalidade do câncer do colo do útero e a incidência também; e se você fizer a detecção precoce em relação à mama você pode reduzir a mortalidade.

Então é muito simples determinar os objetivos da atenção oncológica. Muito difícil de implementar isso. É muito difícil.

É muito difícil principalmente se você tiver uma estratégia coercitiva, ou restrita. A estratégia da rede é justamente para você poder combinar o conjunto de ações e possibilidades e potencializar essas ações e essas possibilidades em cada um dos seguimentos da sociedade.

Então, por exemplo, potencializar a organização do serviço de saúde para o controle do câncer de mama significa ter oferta de exames, tem qualidade dessa oferta, ter controle sobre essa oferta com um sistema de informação adequado, ter gestão sobre essa oferta para poder permitir que as pessoas tenham acesso ao tratamento, ao diagnóstico, tudo isso. Então para isso nós desenvolvemos sistemas para isso, o SIS-Mama, o Sistema de Gestão de Mama, o Sistema de Gestão do Câncer de Colo do útero, o SIS-Colo. Tudo isso foram ferramentas para viabilizar a operacionalização de políticas de controle do câncer de mama e do colo do útero.

No entanto, se você não fizer uma discussão com a sociedade, aí começa com força dos meios de comunicação, com força da disseminação de diversos tipos de informações, com diversas fontes você pode ter ruídos de comunicação e até informações contraditórias e até informações inadequadas, fazendo com que as pessoas se submetam as coisas que não deveriam se submeter, e passem a ter riscos por aquilo que deveria ser um benefício.

Por isso que a rede é importante. Por exemplo, se você dizer assim: “O Brasil recomenda mamografia a partir dos 50 anos até os 70.”

**E: Pra fins de rastreamento.**

**LS:** Para fins de rastreamento. Essa palavra é chave no entendimento. Porque aí as pessoas dizem assim: “Mas e se a pessoa tiver 40 anos e tiver que fazer uma mamografia?” Fará, porque o SUS garante acesso a mamografia ou a qualquer outro tipo de exame em qualquer idade. Rastreamento é outra coisa. Rastreamento é uma política de saúde pública onde você chama as pessoas normais para virem fazer o exame, numa certa periodicidade. Isso não tem nada a ver com a capacidade do SUS fazer diagnóstico ou não. E essa estratégia ela é usada se ela tiver impacto na saúde pública. Porque se você chamar as pessoas normais para fazer exame e esse exame puder causar na pessoa câncer invés de possibilitar a detecção precoce então você não deve fazer esse exame.

Então esse tipo de... Quando a gente fala de rede então a gente está falando é exatamente disso, é de pôr em contato a informação técnica, o conhecimento científico com as informações da sociedade e as expectativas da sociedade, e os diversos atores da sociedade envolvidos nisso.

Quer dizer, essa é a complexidade de lidar com uma doença crônica ou com uma doença do tipo do câncer, que é diferente de lidar com uma doença do tipo caxumba. Caxumba tem vacina, tomou acabou, não vai ter, ou vai ter abrandada, ou vai ter não sei o que e tal. É diferente, não existe essa coisa da causalidade. Então isso muda a estratégia de lidar com o problema.

Então, baseado nessa análise, nessa concepção, toda a estratégia de atuação do INCA foi sendo ajustada a essa remodelação, reorganização do pensamento a respeito do problema. Isso originou dentro disso tudo uma redefinição de todas as linhas, não só das linhas de atuação em todos os níveis: prevenção, diagnóstico... Com os das linhas de pesquisa, porque as linhas de pesquisa passaram a ser prioritariamente definidas a partir da necessidade do Sistema Único de Saúde, e não a partir da iniciativa individual de cada pesquisador. Porque o papel do instituto é esse. Se a gente fosse uma universidade aberta, ainda que a gente possa discutir isso também, mas o sujeito tem direito de ir lá pesquisar um *in site* que ele teve, não está ligado necessariamente a nenhum tipo de problema, mas o Instituto tem que priorizar o problema e não o *in site* do pesquisador. Esse pensamento repercutiu na reorganização também das nossas unidades de pesquisa, na formação de recursos humanos, repercutiu em toda a estrutura do sistema e está repercutindo até hoje. Até hoje a gente está em processo de consolidação desse modelo, não é?

**E: Santini, em junho de 2005 o diretor do INCA se tornou secretário de atenção à saúde.**

**LS:** Isso.



**E: E aí o coordenador de Ações Estratégicas passou a ser o diretor geral.**

**LS:** Isso.

**E: O impacto disso hein?**

**LS:** É. Isso aí foi o seguinte, quer dizer... Eu não sei, quer dizer, eu acho que em termos de sucessão ali, do processo doméstico, casa e cozinha, eu acho que foi compreendido como um processo normal. Quer dizer, não houve... Essa mudança foi uma mudança aceita com naturalidade, percebida com naturalidade. Quer dizer, havia uma clara percepção por parte de todos que esse projeto que estava sendo implementado ele tinha não na sua gênese, que a gênese foi de todos, mas ele tinha na sua... Eu vou chamar de... Não posso chamar de gêneses porque não é verdade, mas eu posso chamar do seu cuidado, alguém cuidando disso, quem cuidava disso? De fato era eu. A Coordenação de Ações Estratégicas, o coordenador tinha, digamos, a responsabilidade por manter a integridade desse processo, para não deixar que ele fosse...

**E: Distorcido.**

**LS:** Distorcido de alguma maneira, porque era **mútuo**. Sempre há uma tendência para isso, e sem nenhuma maledicência ou mal querência, mas pela necessidade. Quer dizer, as necessidades mais específicas de uma ou outra área podem enviesar e distorcer o processo. Então tinha que ser alguém que fosse uma espécie de curador do processo.

Mas não só isso. Porque se for só isso o cara acaba sendo derrotado. Tem que ter essa capacidade de ser curador...

**E: Com pró-atividade.**

**LS:** E também com pró-atividade, com capacidade de gerar resultados, de gerar, de potencializar, de avançar. E aí isso era identificado. E aí permaneci, quer dizer, eu assumi a direção com esta determinação.

E aí o que precisava fazer para isso? Uma porção de coisa, mas uma delas era normatizar isso. Tudo isso que foi sendo construído faltava uma norma para isso. Não tinha, não existia. A política de atenção oncológica era definida por uma portaria do Ministério da Saúde que organizava a atenção de alta complexidade, mas não existia uma portaria, um documento, um instrumento qualquer que normatizasse essa abordagem na complexidade existente, de todos os níveis, de todos os níveis da atenção.

Então em 2005, uma das primeiras tarefas nossas foi a de elaborar a regulamentação desse novo modelo da política. E aí nós usamos para isso um órgão que a gente tinha

criando dentro do modelo de gestão do INCA que é Consinca, que é o órgão que reúne as entidades científicas, os gestores, todos os coordenadores do INCA e mais outros representantes da sociedade, e esse fórum foi o fórum que gerou o grupo de trabalho, que o Marco participou já na posição de coordenador de prevenção, não é? Na época você era isso mesmo, ou não?

**E: Chefe da Divisão de Atenção Oncológica.**

**LS:** Da Divisão de Atenção Oncológica, e participou da coordenação desse grupo de trabalho para elaborar a portaria que redefiniu a Política de Atenção oncológica. Esse foi o primeiro passo, vamos dizer, para o INCA... Onde a gente desenvolveu a proposta transformou em norma do Sistema Único de Saúde.

E a partir daí vem toda uma consequência disso. Quer dizer, a partir reorganização várias ações consequentes a isso foram sendo tomadas para organizar o processo, organizar os níveis, hierarquizar o processo de atendimento, normalizar esse processo. Isso passou a ser o arcabouço em torno do qual as políticas passaram a se referir para serem implementadas.

Então isso foi um marco fundamental na reorganização do trabalho de atenção oncológica produzido pelo INCA, mas com a participação dessa espécie toda de representações contidas no Consinca.

Uma outra coisa importante da gestão do INCA, eu acho, foi o desenvolvimento de uma sistematização de processo de planejamento. Criamos uma ferramenta, desenvolvemos, isso aí foi um trabalho ainda da Coordenação de Ações Estratégicas que foi desenvolver uma ferramenta de gestão que pudesse alinhar todas as ações da instituição aos objetivos estratégicos. Então foram definidos os objetivos estratégicos, a objetividade e criada uma ferramenta que deu transparência a tudo isso.

Quer dizer, o INCA dispõe de um sistema de alinhamento que permite olhar de forma transparente, dar visibilidade, desde 2003 até hoje todos os projetos que foram apresentados para serem analisados estão registrados no sistema, pontuados de acordo com câmaras técnicas específicas, e hierarquizados segundo as prioridades que foram estabelecidas. Alguns foram executados outros não, dependendo do recurso existente. Mas existe um sistema que é completamente transparente, então qualquer pessoa, qualquer um de nós pode acessar e acompanhar.

Esse foi um trabalho da gestão, de suporte da gestão. Quer dizer, a política e tudo isso que a gente está falando e as ferramentas de suporte da gestão foram sendo desenvolvidas e implementadas e tal. Também é isso que possibilitou definir uma

política de investimentos, definir... Mas tudo isso sempre referindo as prioridades, as linhas de ações estratégias, prioridades da discussão. É mais ou menos isso.

**E: Na primeira parte da conversa você se referiu a um conflito equivocadamente entre a assistência e uma concepção de saúde pública do processo saúde doença. Trazendo isso um pouquinho para o campo do câncer, quer dizer, seja internamente na instituição, seja na rede de saúde, na sociedade, existe essa dicotomia entre prevenção e assistência? Essas coisas estão bem harmonizadas? Como é que você vê isso?**

**LS:** Eu acho que ainda existe essa dicotomia, ela é muito forte, ela é na verdade uma concepção muito estruturada na... Ela é paradigmática, vamos dizer assim, então a lógica da saúde ainda é muito fortemente determinada pela concepção saúde doença como uma ruptura de uma situação de equilíbrio, não é? A lógica do processo saúde doença como tal, como processo, como momentos intercorrentes, é, não concorrentes é uma lógica que não está...

E o problema é que para cuidar do câncer ou até de outras doenças, das chamadas do grupo das não transmissíveis, essa lógica das doenças infecciosas ela não subsiste, ela não persiste, porque não existe o estado de perfeita harmonia, de perfeita saúde, e nem tão pouco o estado de completa doença. Você pode ter, você está sempre em situações intermediárias de equilíbrio estável dessas situações. Portanto, a ação de saúde correspondente a esse estado estável não é uma ação uniforme, nem pontual, nem uniforme do ponto de vista da ação em si, nem da força aplicada a ela, há variante em todo esse processo.

Então é difícil equilibrar esses componentes de atividades de prevenção com as atividades assistenciais que em geral, frequentemente são atividades vistas como concorrentes. Concorrentes inclusive em termos até de recursos, de aplicação de recursos, como aplicar aqui e ali. O que eu falava do sanitarismo ingênuo é aquela ideia se você dizer o seguinte: Se eu aplicar todos os recursos em prevenção, ninguém mais vai ficar doente, então vai ser o mundo da felicidade. Não é isso. Tem que entender que há um... E, na verdade essa noção, vamos dizer assim, esse modelo de intervenção capaz de dar conta de tudo isso é um desafio para o INCA e para o Ministério da Saúde e para o mundo inteiro. Quer dizer, eu acho que hoje não tem nenhum país que tenha equacionado suficientemente essa questão.

E tem algumas razões muito práticas para isso também que é o seguinte, com o envelhecimento da população, comparecimento mais frequente, e mais... Um maior número de pessoas com risco de adoecimento com uma doença real, especialmente

câncer, há uma tendência natural também a que haja uma maior demanda para o atendimento a essas pessoas.

Então, por outro lado, o desenvolvimento, o crescimento, o progresso, os remédios, novas drogas, não sei o que, também torna isso cada vez mais caro, e com risco de ser cada vez menos acessível?

Então tem uma tensão hoje. O que se vive em relação ao câncer é uma grande tensão sistêmica mesmo no sistema de saúde em relação aos desafios que estão colocados para a abordagem complexa do problema. Quer dizer, o câncer não é um problema para ser tratado do ponto de vista exclusivamente de dar acesso ao tratamento. Isso é importante, mas é uma parte do problema, e crítico. Porque hoje dar acesso significa o seguinte, para ter uma idéia 30 e... Quase 35% de todos os gastos do INCA com medicamentos, significa o pagamento da compra de 4 drogas, que foram incorporadas nos últimos 5 anos. Então quer dizer, em 5 anos 4 drogas novas ocupam 35% dos gastos do INCA.

**E: Gente, é muito!**

**LS:** E sendo que nem todas elas a gente possa afirmar com toda a certeza...

**E: Que possa ser... (inaudível)**

**LS:** ...Que ela possa estar entrando num daqueles pontos que eu falei lá da redução da mortalidade e para a melhoria da qualidade de vida.

**LM: Da qualidade de vida.**

**LS:** Não dá para afirmar isso em termos de custo efetividade.

**LM: Mas elas não são drogas experimentais.**

**LS:** Não, são drogas fechadas.

**LM: Já consolidadas e tudo. Mas mesmo assim...**

**LS:** Mas o problema é o seguinte... Só para ter uma idéia é o seguinte, quer dizer, uma droga como essa ele tem várias etapas no teste de uma droga como essa, como qualquer outra que você tem uma fase que você vê o seguinte, a droga é eficaz? Ela atua naquela célula e ela faz o que tem que fazer ou mata a célula, modifica? Enfim, atua. O.K. Isso então está comprovada a atuação. Está comprovado que ela não tem... Foi feita a experiência, que ela não causa malefício. Quer dizer, ela utilizada não causa nenhum problema tal, tal, tal.

Então vai percorrendo duas ou três fases iniciais que definem eficácia, efetividade e não malefício. E uma certa experiência populacional, num certo grupo pequeno que apresenta resultado clínico.

Bom, feito isso essa droga passa a ser utilizada, quer dizer, ela passa a ser aprovada. Só que esse resultado clínico o impacto pode ser assim, o que foi demonstrado nesta população selecionada foi um aumento de sobrevida de 50%. Pô, isso é uma maravilha! Mas 50% sobre o que?

**LM: É.**

**LS:** A sobrevida anterior era de quatro meses, 50% significa viver mais dois meses. É isso. Só que acontece que isso custa. Isso é um custo altíssimo e que você não tem como explicar isso para ninguém. Quando se diz: “Há uma sobrevida de 50%” ninguém consegue desfazer essa leitura para falar de custo benefício. Ninguém consegue, é impossível, as pessoas não aceitam. 50% é muito forte. Você aplica 50% a você mesmo e diz assim: “Pô, mas então eu vou viver mais 50%.” Claro que vai. Só que você só ia viver três meses, vai viver três meses e meio, mas isso... Ninguém pode afirmar isso... Isso são estatísticas, é um dado. Isso não é um fato social concreto. Então tem essas...

**LM: Nesse sentido a gestão numa instituição como o INCA que cuida desse tipo de doença, assim que cuida de câncer eu acho que deve ser diferente, deve pesar de repente outras coisas, outros quesitos que se você for trabalhar com a gestão em outro lugar para lidar com outro tipo de doença. Ou o senhor acha que gestão é tudo igual?**

**LS:** Não, não é tudo igual.

**LM: Eu acho que não. Não é? Pelo que o senhor está falando...**

**LS:** Não, não é tudo igual não.

**LM: Tem muitas coisas assim particulares...**

**LS:** Claro.

**LM: ...Da questão da doença, do medicamento, da droga e tudo o mais do câncer que tem que ser considerado, não é?**

**LS:** Tem muita diferença.

**LM: É impressionante.**

**LS:** Tem coisas gerais, mas tem coisas particulares.

**LM: É. Que são muito particulares.**

**E: Santini, você recém inaugurou recentemente a poucos meses, se não me engano o 4º ministro da Saúde. É isso?**

**LS: É. Saraiva.**

**LM: Foi.**

**E: Agenor...**

**LS: Saraiva, Agenor, Temporão.**

**E: Padilha.**

**LS: Padilha.**

**LM: É.**

**E: Como são, não digo em termos pessoais, isso eu sei que não há problema, mas como são as relações institucionais do Ministério com o instituto? Isso é uma eventual causa de tensão, pelo menos?**

**LS: É. É, e é compreensível, porque o INCA ele tem uma característica que nenhuma outra instituição no Brasil tem. Embora ela seja positiva, ela aparece uma ameaça para alguns níveis de gestão do Ministério. No que ela é positiva? É exatamente naquilo que é mais desafiador, que é você ter uma visão horizontal do problema. Quer dizer, você poder olhar o câncer como um problema de saúde pública que percorre todas as instâncias de organização do Ministério. Então isso é uma vantagem, você ter uma instituição com essa capacidade.**

No entanto, ela ameaça porque você não está tecnicamente subordinado a ninguém. Nenhum órgão do Ministério em particular, nenhuma das secretarias contém o INCA, não é que não contém o INCA, não contém o câncer.

O INCA é transversal nisso tudo. Então a ligação natural do INCA é com o ministro, e a ação é transversal. Só que isso é um conceito, isso é uma abordagem estratégica. A estrutura do Ministério não é assim, a estrutura do Ministério é burocrática, é...

**LM: É vertical.**

**LS: É vertical. Então formalmente o INCA é ligado a SAES, mas a interface do INCA é com todas as secretarias. Tem interface na vigilância, tem interface com a ciência e tecnologia, tem interface com a formação de pessoal, tem interface como a... (reflexivo) Como é que chama? Esqueci o nome da outra de mobilização? Não... A depois Odorico. Enfim, a gente fazia com todas...**



Então isso gera uma tensão. Até o Ministério compreender isso parece que o INCA é indisciplinado. **(risos)** Que não... Mas depois vai ajeitando, vai acertando. Eu acho que o Ministério ainda não se apropriou desse, digamos, desse patrimônio que ele tem de ter uma instituição com essa característica. Ele ainda não percebeu isso como um patrimônio. Ainda percebe isso como um certo problema. Isso causa às vezes... Um pouco de ciúme, um pouco desconforto. Por causa disso, porque, na verdade, é o seguinte, quer dizer, a ação é que não consegue se enquadrar, não é a pessoa. Eu sou completamente hierarquizado no sentido de respeito a hierarquia. Mas eu não posso ser hierarquizado no sentido da ação. Se eu tenho que agir em articulação com todos os níveis eu tenho que agir em articulação com todos os níveis. Eu não posso obstruir a minha ação porque eu tenho que primeiro falar com não sei quem, para depois falar com não sei quem.

Isso são problemas que acontecem, mas ao longo do tempo isso vão mudando porque a percepção dos gestores acaba sendo...Pela própria demanda eles acabam também relaxando um pouco em relação a isso pelo seguinte, porque a demanda é muita grande, então se entrar no viés burocrático exclusivamente vai começar a ter repercussão negativa, porque as demandas são feitas e não tem resposta.

**E1: Vai travar o sistema.**

**LS:** Começa a travar. Aí o cara percebe que é melhor...

**LM:** Deixar. “Deixa esse pessoal para lá mesmo, eles se viram... **(rindo)** Não vamos mexer com isso não.”

**E:** Mas passando por quatro ministros deve ter havido algumas trocas aí nessas secretarias por onde o INCA tem essas articulações.

**LS:** É.

**E1:** Você sentiu um pouco essas mudanças?

**LS:** Não, sempre tem que recomeçar o diálogo e retomar a conversa às vezes no mesmo patamar, às vezes tem que ir um pouco mais atrás. Essa história aqui e eu estou contando, às vezes tem que contar para o novo secretário, o nosso ministro. Com cuidado a gente não pode dizer para o ministro que a gente não sabe. **(risos)**

**E:** Santini, você de certa forma acabou de ser reconduzido, de certa forma está inaugurando uma nova gestão.

**LS:** É.

**E:** O que você vê, no teu horizonte o que gostaria que acontecesse na tua gestão no INCA?

**LS:** Eu acho que duas coisas importantes. A primeira é o seguinte, o INCA. E nós estamos trabalhando nisso fortemente ao longo de todo esse tempo. Quer dizer, que estamos construindo todos esses mecanismos, criando essas ferramentas, fazendo essa gestão, tudo isso, nós temos dois desafios não resolvidos e absolutamente indispensáveis. Um é o modelo do INCA.

O INCA tem uma administração direta da forma como que o INCA é estruturado hoje dentro do sistema de saúde é impraticável para uma instituição como o INCA. É inviável.

O INCA só consegue ser o que é, porque ele tem um mecanismo vicariante de viabilidade que é a fundação, mas que não é a melhor possível, não é o que nós gostaríamos é o melhor possível, é o que tem. Não é a melhor forma, é a forma possível que garantiu a sobrevivência e até os avanços das instituições até agora. Isso precisa ser aperfeiçoado, nós precisamos de um novo modelo do INCA. Estamos trabalhando isso, isso é muito difícil. Isso passa por decisões macros de governo, não são só dentro da instituição, nem dentro do ministério, são decisões macros. Decisões que envolvem uma mudança de percepção sobre o papel do... Não sobre o papel do estado, mas sobre qual é a estrutura de gestão que o Estado precisa ter para desempenhar o seu papel. Não se está abrindo mão do papel do Estado, mas sim qual a melhor maneira de estar exercendo o seu papel. Esse é um desafio.

E o outro é um estrutural, que é físico, que é o novo campus do INCA que a gente desenvolveu um projeto que está pronto, que a gente está pronto para colocá-lo em licitação, que é uma obra que vai não só unificar todos os atuais 18 endereços que o INCA tem na cidade.

**LM: Nossa!**

**LS:** Mas também vai ser, vamos dizer assim, a consolidação física desse novo modelo de gestão, quer dizer é onde a abordagem global do câncer vai poder ser operacionalizado num espaço físico apropriado para desenvolver pesquisas.

Então eu acho que esses são os principais desafios para o futuro. No presente o principal desafio é sustentar a instituição funcionando porque se nós não resolvermos principalmente o primeiro no modelo jurídico, a gente continua ameaçado pelos órgãos de controle a perder parte da força de trabalho que é a força de trabalho remanescente ainda da fundação. Então o desafio do presente é esse, é manter esse processo.

**E1: Além dos desafios o que significa para o senhor ser diretor geral do INCA desde 2005. Assim, não só no âmbito da gestão, mas também no âmbito pessoal, de realizações profissionais.**

**LS:** Pessoalmente eu diria o seguinte, uma pergunta que foi feita lá atrás: “qual foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida.” Foi essa. **(risos)**

Isso aí realmente é uma oportunidade. Pô, raríssima! Eu acho que, enfim, tanto é que pouca gente teve. Se vocês forem lá olhar aquelas fotografias que tem lá nos 70 anos de existência do Instituto muito poucas pessoas ocuparam essa função. Pelo tempo que eu estou menos ainda. Quer dizer, eu acho que pouquíssimos ficaram o tempo que eu estou permanecendo lá na direção.

O que significa para mim. Basicamente esse tempo é a oportunidade de fazer as coisas. Esse tempo não significa nada mais do que isso, quer dizer, a possibilidade de fazer, ter realmente tempo para fazer.

As outras coisas que eu contei para vocês aqui ao longo da vida toda, quase todas duraram muito pouco.

Os tempos decorridos entre o início do trabalho e o fim, e quando eu sai foram tempos pequenos, geralmente um ano e meio, dois anos, coisas assim muito...

**LM: Muito rápidas, não é?**

**LS:** Aparentemente muito fugazes, mas muito intensas, todas elas sempre foram muito intensas. Esse é o lugar onde estou por mais tempo. Eu não sei o que isso vai significar depois no futuro, mas para mim pessoalmente tem sido uma coisas muito boa.

**E: Vamos?**

**E1: Tem duas na verdade para finalizar. Uma primeira é um pouco assim, a gente gostaria de saber como integrantes do projeto de Pesquisa História do Câncer, não é? que é a parceria do INCA com a Fiocruz. Enfim, como o senhor entende esse projeto, essa atividade que resgata a memória do INCA e a história do controle do câncer no Brasil. Assim, não só na idéia desses 70 anos do INCA, desses 75 anos... Mas toda essa história da saúde pública, toda essa história que o senhor contou, do movimento que o senhor fez parte.**

**LS:** Eu acho muito importante. Eu fico extremamente até emocionando com a sistematização e organização desse processo. Se vocês notarem uma das... Quando visitarem o 4º andar do INCA vocês vão ver que tem ali uma...

**E: Uma linha do tempo.**

**LS:** Uma linha do tempo. Por que nós fizemos aquilo ali, por que aquilo está exposto ali? Isso fez parte também de uma estratégia de comunicação. Colocar aquilo ali visível, dar visibilidade a isso aí.

E uma das coisas que nós fizemos, pessoalmente eu tive a preocupação de fazer, quando eu assumi a direção, foi compartilhar com a comunidade interna e externa essa história, resgatá-la. Porque o que acontece? Essa história do INCA ela estava lá. Só que muita gente, a maioria das pessoas não se dava conta dela.

Então uma coisa super importante é você fazer com que as pessoas se apropriem da sua própria história. Isso dá significado a sua presença, a sua participação. As pessoas se sentem parte, porque elas são parte, mas às vezes não percebem que são.

Então naquele momento quando nós identificamos, por exemplo, a possibilidade da festa dos 70 anos do INCA, tudo aqui foi uma construção que foi, vamos dizer assim, deliberadamente utilizada como um momento de reflexão para está mudança. Quer dizer, por isso que eu digo essa mudança ela só é possível por causa desse acervo. É impossível produzir uma mudança numa instituição se não resgatar essa história.

Então vocês ao colaborarem para sistematizar isso e dar uma forma, vamos dizer, que a comunidade acadêmica e a sociedade de uma maneira geral reconhecem como história isso é fundamental. Isso para mim, se tem um marco na minha administração... E aí usando duplamente a palavra marco. **(risos)** Incluindo o Marco Pocco, eu diria que é esse, é o de além de definir, quer dizer, de compreender, desenvolver e elaborar todo esse processo é torná-lo tangível. O que vocês estão fazendo é dar tangibilidade a esse acervo que está aí senão ele fica diluído no processo. É isso.

**LM:** Eu queria fazer uma pergunta ao senhor que tem, pode ter um pouco a ver ainda com lembrar um pouco da vida acadêmica. Porque como que o senhor ver hoje um médico que sai formado hoje das faculdades de medicina e tudo mais para lidar com a questão do câncer. O senhor acha que existe alguma... Eu não sei, não sei se afinidade seja um bom termo, mas existe alguma preparação das escolas de medicina, se ela existe ou não como que é, se não existir o senhor acha que deveria existir, ou cada um vai aprender meio da prática, a partir do interesse, como é que o senhor ver isso?

**LS:** Olha só. Essa é uma coisa que assim, eu acho que infelizmente eu não tenho tido mais recentemente contato com os egressos, com a escola mesmo, há muito tempo que eu estou afastado dessa vida do dia a dia da formação, não é? Mas a percepção que eu tenho, a sensação que eu tenho é que essa foi talvez a área que a gente tenha

conseguido menos êxito no país. Quer dizer, a área da formação é a que mais resiste permanecer como está ou como esteve. Quer dizer, é um processo muito resistente à mudança.

**E: É.**

**LS:** E é uma pena, não é? Porque realmente seria muito mais rico para o próprio estudante, o próprio médico, se ele tivesse uma percepção. Não é só a questão do câncer não, é da relação com algum problema. A relação do médico com a saúde, ou mesmo com a doença é uma relação empobrecida diante do que poderia ser. A tecnologia empobrece a relação. Se por um lado ela facilita uma porção de coisas, permite o diagnóstico, permite... Eu não estou negando nada disso, mas se por esse lado acontece, do ponto de vista da profissão, da medicina, das relações humanas, dos resultados que poderiam ser alcançados ela empobrece, porque você fica restrito, quer dizer, uma coisa que poderia ser muito mais... Uma relação de outro tipo ela fica restrita ao uso de uma técnica, de uma ferramenta, de uma tecnologia que tira da relação uma monte de possibilidade e acaba, quer dizer, empobrecendo a própria vida da pessoa.

Porque você acaba se tornando, vamos dizer, muito mais você dependente do apêndice, da tecnologia do que ela uma ferramenta para você. Toda a sua estrutura de trabalho, todo o seu processo de trabalho acaba sendo determinado por aquilo.

E toda a organização também, porque você começa a entrar com o problema seguinte, quer dizer, a organização do processo de trabalho começa a ser estruturado em torno da tecnologia. Aí se estabelece um conjunto de regramento, de atitudes, de coisas que interferem, enfim decisivamente no que poderia ser a riqueza da sua vida, no exercício da profissão. Então eu acho que infelizmente essa é a área onde a gente está menos... Alcançou menos resultado.

**LM: E a questão das campanhas assim? A gente agora... Acho que agora em julho de 2011 a gente tem uma nova campanha. Acho que foi até a Leticia que sugeriu isso: Novas diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero. Como o senhor vê esse momento assim de controle desse tipo de câncer, o que significa essa campanha.**

**LS:** Não, na verdade, o não é uma campanha, isso daí é uma política.

**LM: Ah tá!**

**LS:** Então as novas diretrizes são exatamente recomendações que são obtidas a partir das recomendações anteriores acrescidas de uma consulta pública que foi feita e envolve toda a sociedade, e segmentos de conhecimento tudo participando no sentido

de criar e orientar, e difundir, informar para a comunidade, para os usuários, para o sistema de saúde diretrizes para melhor o atendimento ao câncer do colo do útero com aqueles três objetivos sempre que a gente falou lá. Então na verdade isso faz parte...

**LM: (Fala junto - inaudível) e qualidade e qualidade de vida.**

**LS:** Isso faz parte do processo um todo.

**E: Como um todo.**

**LS:** Como um todo. Vamos dizer, o que seria a campanha é um processo de comunicação disso assim, é a divulgação desse conhecimento. Mas a ação vai além disso, a ação é estruturante, estruturar o sistema para que isso possa ser efetivado.

**E: O fato é o seguinte, nada disso que você falou nem na primeira, nem na segunda parte, em nenhuma dessas partes você foi tão explorado como foi hoje aqui. (risos) de forma tão inclemente. (risos)**

**E1: Mas mesmo assim eu tenho que fazer uma pergunta essencial que é: O senhor gostaria de falar mais alguma coisa. (rindo)**

**E: O senhor aguentaria falar mais? (risos)**

**LS:** Não, melhor... Com certeza eu não disse tudo, mas também nem é possível que se diga. Então tem que militar aqui essa possibilidade. Mas foi muito legal.

**E: Legal, Santini, muito obrigado.**

**Fim da entrevista**

---