

MUSEU DA PESSOA



Museu da Pessoa

Uma história pode mudar seu jeito de ver o mundo.

Abifarma 50 anos: Indústria Farmacêutica e Cidadania (ATD)

Pelo caminho mais longo

História de [Neilton Araújo de Oliveira](#)

Autor: [Museu da Pessoa](#)

Publicado em 01/06/2005

Projeto Abifarma - 50 anos
Entrevista de Neilton Araújo de Oliveira
Entrevistado por: Karen Workman
Realização Museu da Pessoa
Palmas, 15/05/1997
Código do depoente: APD_HV031
Transcrito por Rosália Maria Nunes Henriques
Revisado por Lígia Furlan

P/1 - Vou começar tudo de novo, perguntando o seu nome e o nome dos seus pais.

R - Eu me chamo Neilton Araújo de Oliveira, a minha mãe se chama (Dosolina?) Giroto. Eu sou neto - por parte materna - de italianos, a minha mãe já nasceu aqui no Brasil, mas os meus avós vieram jovens ainda, da Itália. E o meu pai, que é baiano, chama-se Alcebiades Araújo de Oliveira. Eu nasci em Nova Veneza, uma colônia de italianos perto de Goiânia, capital do estado de Goiás. Morei lá até os três meses de idade, depois disso os meus pais se mudaram para o sertão. Morei na roça até os 10, 11 anos de idade, quando a gente foi para uma cidade menor, Itaporanga. Moramos um ano lá e depois fomos para Goiânia, onde eu fiz toda a minha formação escolar, primeiro e segundo grau. Quer dizer, os primeiros anos eu estudei na escola rural, mas a faculdade, inclusive, foi em Goiânia, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, me formei em 75.

P/1 – Existia, na sua formação, na sua família, uma influência forte da origem italiana?

R - Não, eu tinha alguns tios que até hoje falam bastante enrolado, a alimentação, aquela coisa toda, mas nós não convivemos com eles. A minha mãe, depois que casou, viveu sempre distante da família. O meu avô não queria o casamento da minha mãe, com isso eles viveram bastante distantes da família.

P/1 - Ele não queria o casamento por quê?

R - Eu não saberia dizer todas as razões, mas uma das razões, que eu penso que foi a principal, foi o preconceito contra a origem do meu pai, de ser baiano. Aliás, hoje eu me orgulho muito de ser filho de baiano e de goiano, a minha mãe é um pouco goiana, um pouco mineira e um pouco italiana. Mas então, por causa dessa... Ela conta a história de que o meu avô não queria, e com isso eles distanciaram da família. Vamos dizer assim, convivendo, resgatando o convívio, depois... Eu já tinha quase 15 anos quando a gente voltou para Goiânia, que reaproximou um pouco da família. Mas então a influência italiana, isso tem um pouco nas comidas, mas a influência da família baiana... Porque eu sempre convivi com ela, o meu pai, tios, avós paternos, a gente sempre conviveu mais perto, então foi mais forte.

P/1 - Quer dizer que a família do seu pai foi para Nova Veneza?

R - Não, eles moravam lá, nós é que, depois de três anos de idade, a gente mudou para o sertão, e a família do meu pai foi com a gente. Nós fomos para o sertão abaixo de Goiás Velho, antiga capital do estado de Goiás. A gente morava numa região muito distante, muito selvagem ainda,

ficava, na época, a 14 léguas, equivalente a 65 quilômetros da capital de Goiás, Goiás Velho.

P/1 - E vocês mudaram para lá por quê?

R - Meu pai foi fazer uma plantação de café numa fazenda, ele trabalhava na roça e só depois... E antes ele trabalhava na roça, depois começou a trabalhar de pedreiro quando eu nasci, esses três anos da minha vida urbana. O meu pai trabalhava de pedreiro, ele foi para roça pra trabalhar de novo na agricultura, foi fazer uma plantação de café. Ele adoeceu, adquiriu várias malárias, teve uma hepatite muito forte, e com isso, apesar de se tratar e ter terminado o serviço - ele sempre foi muito rigoroso, criterioso nos compromissos pessoais dele - ele decidiu mudar para a cidade para a gente estudar. Somos dois irmãos, eu e mais um, meu irmão é mais novo, dois anos e dois meses mais novo. E a preocupação principal dele era botar a gente para estudar, ele é praticamente analfabeto, a minha mãe tinha apenas o curso primário.

P/1 - Era uma família então... A sua infância era mais pobre?

R - Mais pobre não, bem pobre.

P/1 - Vocês chegaram assim a ter problema de comer...

R - Ah, muitas vezes, muitas vezes. Quando a gente mudou para Goiânia eu tinha 11 anos, eu era engraxate, depois fui trabalhar numa imobiliária, e sempre tive que trabalhar. O meu pai trabalhou de pedreiro uns anos, depois de motorista, depois comprou um caminhão e fez transporte de combustível de São Paulo e de Belo Horizonte para Goiânia, vários anos trabalhando nisso. A minha mãe era costureira, ela costurava tanto para nós, pra família, e para o pessoal, para fora. E a escola sempre foi mantida com recursos do trabalho. Logo no primeiro ano...

P/1 - Você e seu irmão já trabalhavam?

R - Já. E o meu pai nunca gostou da gente trabalhar, mas eu logo comecei a trabalhar, porque tinha algumas coisas que a gente percebia, as dificuldades que tinham.

P/1 - Que coisas, por exemplo? Você se lembra?

R - Lembro. Chegava Natal, por exemplo, a gente não tinha dinheiro para comprar um presente para o pai e para a mãe. Então eu queria ter o meu dinheiro próprio. Nas escolas, as dificuldades... Livros: muitas vezes a gente estudava nas bibliotecas, porque não podia comprar os livros. Sempre estudei em escola pública, nunca fiz nem o cursinho. Mas a gente... Desde cedo eu percebi que para vencer algumas dificuldades eu teria que ter um esforço muito maior. Então quando eu decidi mesmo - eu sempre gostei de saúde, de medicina, desde pequeno eu falava isso, mas numa visão um pouco idealista, romântica -, quando comecei analisar concretamente o que eu ia seguir, o que eu ia fazer, e decidi por medicina, comecei a me preparar.

P/1 - Com que idade, você lembra disso?

R - Com 12, 13 anos eu tinha essa clareza do que eu já queria fazer, mesmo, medicina, apesar de não conhecer os aspectos, vamos dizer assim, econômicos, políticos. Mas já tinha uma convicção pessoal.

P/1 - E na sua casa era falado, o seu pai gostava dessa ideia?

R - Ah, desde menino a minha mãe disse que eu falava que eu queria ser doutor. Naquela época tinha dois tipos de doutor: doutor das leis e o doutor das doenças, eu queria ser o doutor das doenças, e desde menininho, assim pequeno, eu já falava nisso. Acho que a doença, muitos casos de doença que a gente enfrentou, essa mesmo do meu pai... Mas não havia assim uma consciência, vamos dizer assim, havia uma vontade que eu estou dizendo, mais ou menos romântica. Com 12 anos eu tomei a decisão de fazer mesmo medicina, e a partir daí eu comecei a discutir, a conhecer mais. Mas só aos 16, 17 anos que eu vi o que é que significaria fazer medicina. Teria que enfrentar um vestibular que seria muito concorrido, vi as dificuldades que não ia poder fazer um cursinho - porque na nossa época quem não fizesse cursinho não passava -, então eu comecei desde o primeiro científico a me preparar para o vestibular, e passei em dois vestibulares, em Brasília e em Goiânia, todos dois para medicina, e sem ter feito nenhum cursinho, me preparando, e só nas escolas públicas. E como eu, outros companheiros, quer dizer, a presença de outras pessoas que comungassem o mesmo projeto, o mesmo desafio, sempre foi para mim foi uma coisa muito viva, porque sozinho é difícil você manter essa força pessoal que às vezes precisa ter. Mas nós fomos três colegas que entramos para a faculdade nesse mesmo projeto, na época, em Goiás.

P/1 - E quando você entrou na faculdade de medicina, era uma ideia sua fazer esse tipo de medicina social ou isso foi formando ao longo da...

R - Não, já era. Eu tinha uma militância como jovem nas igrejas, trabalho de igreja, trabalho comunitário, e a preocupação era de fazer uma medicina mais voltada para a população. Eu me lembro que quando eu li "Cidadela", do Cronin, eu dizia um pouco: "Eu quero ser um pouco esse médico que ele era no começo do livro." E dentro da faculdade eu vivi muitos momentos de crise, porque você é formado dentro de outros valores, você é formado muito mais para uma medicina mais curativa, uma medicina mais tecnológica, mais medicamentosa, do que uma medicina social. Mas o que eu pude perceber, depois, é que era preciso fazer articulação dessas duas medicinas, então eu passei a dizer que eu queria ter uma formação de medicina integral, e saúde para mim era uma visão mais integral.

P/1 - E isso já dentro da faculdade de medicina?

R - Já, isso nós já discutíamos. Muitos momentos, inclusive quando eu comecei a fazer estágios, ao invés de escolher... Nós tínhamos algumas chances de fazer estágios em hospitais diferenciados, eu optei pelos hospitais públicos. Eu trabalhava na área materno- infantil, na área de doenças tropicais. Na materno-infantil eram dois lugares, e na parte de cirurgia, de pronto-socorro. Então desde o terceiro ano da faculdade eu comecei a me preparar para, assim que terminasse a faculdade, poder ir para o interior sem precisar fazer uma residência, até porque as residências eram cada vez mais no sentido da especialização, e eu queria ter uma visão integral da medicina, tanto é que eu saí da faculdade preparado para fazer. Nos meus locais de trabalho eu sempre fui um curinga da nossa equipe. Fui durante mais de três anos o anestesista do hospital, eu fui o ortopedista. Então sempre fiz tudo e com muita segurança, com muito prazer. Sempre achei muito importante fazer e ver a saúde, fazer a medicina dentro dessa visão geral. Teve uma época que nós, inclusive, fizemos uma discussão muito grande na faculdade de medicina sobre a questão da formação do médico, porque a faculdade de Goiás formava o médico com uma visão muito boa, muito ampla, preparando-os para o interior. Aí começou a chegar, através do acordo MEC-USAID, aquela visão toda do especialista precoce, coisa que a faculdade acabou seguindo por esse caminho da especialização. Depois, já como médico em Porto Nacional e convivendo com a faculdade de medicina, uma vez que eu conheci Porto Nacional fazendo o estágio rural da faculdade de medicina.

P/1 - Quarto ano?

R - Sexto ano, quer dizer, no sexto ano a gente tinha que fazer um mês de estágio rural. E tinha duas cidades, uma era Firminópolis, que era mais urbana, e Porto Nacional, que era mais o sertão. Eu optei por vir para Porto Nacional por causa dessa minha disposição de ter uma visão mais voltada para o interior. Quando eu cheguei a Porto Nacional eu gostei demais do trabalho que a turma fazia ali, tanto é que eu podia ficar 22 dias, nós tínhamos que ficar um mês, mas com 22 dias a gente tinha já completado o estágio e podia ir embora. A minha turma foi embora e eu fiquei sozinho ainda mais 15 dias, o que eu podia matar de frequência em outro estágio, matei para ficar em Porto Nacional. Aí a equipe de lá que tinha um trabalho de quase seis anos, sete anos, me convidou para vir para Porto. Terminei a faculdade e vim para Porto Nacional.

P/1 - E aí começou todo esse...

R - E aí começamos. O trabalho de Porto já tinha uma visão bastante desenhada, o grupo que começou esse trabalho tinha uma definição bem clara do que eles queriam, o que ocorria é que eles eram muito ligados a São Paulo, porque eles se formaram lá, então a ligação com eles era muito mais os ex-professores, era tudo mais ligado. Eles tinham mais ligação com o Ministério da Saúde do que com a Secretaria do Estado da Saúde, da qual eles eram funcionários. Então a minha vinda foi uma ligação entre o nosso trabalho da unidade mista de Porto Nacional com a Secretaria de Saúde do estado. Com isso nós passamos a influenciar mais a própria... E foi nessa ocasião que nós discutimos a possibilidade de fazer uma especialização de medicina generalista. Juntamente com a faculdade de medicina numa discussão da extensão na universidade como um todo, com o próprio Ministério da Saúde, a divisão materno-infantil da ocasião. A gente fez uma discussão muito grande, nós tínhamos um trabalho forte de adolescentes, e nessa discussão com o ministério, com a secretaria, a gente criou uma residência de medicina geral. Em Porto Nacional nós formamos quatro anos seguidos, a turma era dois alunos, eles terminavam o curso de medicina e ficavam um ano fazendo esse estágio, essa residência de medicina geral. Ali ele via toda a parte de planejamento, de organização do sistema de saúde, que era tanto municipal como regional. Nós atuávamos a nível regional, ele via a parte curativa, a parte materno-infantil tanto a parte do parto, junto como as parteiras, toda a vida, todos os aspectos que influenciavam uma gravidez, a discussão com o grupo de gestantes, o que é que elas comiam, como é que elas trabalhavam, como elas viviam, o número de filhos, quais eram os métodos que elas utilizavam, quais eram os preconceitos que elas tinham do ponto de vista cultural. Essa formação desses especialistas em medicina generalista foi numa época em que a gente influenciou muito a formação dos médicos em Goiás. Depois acabou extinguindo isso, novamente um reforço da visão especializada da faculdade.

P/1 - Que época a gente está falando agora?

R - A primeira turma de medicina generalista foi 77, a segunda 78, a terceira 79 e a quarta 80.

P/1 - O seu ingresso na faculdade foi em...

R - Setenta. Eu me formei em 75, 75 eu já vim em Porto Nacional, e em 76 a gente fez toda aquela discussão entre o trabalho que eu fazia, onde eu ia... Fiz concurso, fui aprovado em várias residências, mas optei por vir para Porto Nacional, então início de 77 eu já estava trabalhando como médico da equipe, e foi nessa ocasião que a gente fez a ligação mais com Goiás e que discutiu essa questão da medicina generalista, foi a época do projeto assistencial que nós fizemos em 77, 78, 79 e que foi avaliado como um modelo de serviço de saúde, de sistema de saúde do ponto de vista de atenção primária de saúde, do ponto de vista da participação popular.

P/1 - E a sua família ficou morando onde? O que aconteceu?

R - Pois é, os meus pais, o meu irmão, ficaram em Goiânia, e eu vim para cá.

P/1 - E o seu irmão?

R - Ele fazia... Optou pela área de ciências contábeis, fez a faculdade mas não chegou nem a concluir, porque começou a trabalhar no banco e aí começou a fazer carreira bancária. Depois o meu pai mudou aqui para o norte, para perto de Gurupi, e eu até queria que eles viessem para cá, mas não foi nem por influência pessoal, ele deixou de viajar com caminhão, comprou uma fazendinha e mudou para lá, ele e a minha mãe, moram até hoje na roça. E o meu irmão deixou depois o banco, veio para o estado do Tocantins, mexeu com agricultura, plantou alguns anos, depois a agricultura perdeu a importância e ele está trabalhando na área bancária de novo.

P/1 - E você se casou?

R – Ah, sim. Foi interessante. Eu, quando fazia o quinto ano, dava plantão num hospital de doenças tropicais, eu sempre gostei muito de doenças tropicais, acho que pela própria característica do Brasil. Quer dizer, era uma coisa que ia precisar e ia querer fazer. Eu comecei a dar plantão e acabei sendo chefe dos plantonistas desse hospital, dos plantonistas acadêmicos. E aí nós fizemos um trabalho muito bom de treinamento, de seminários, de discussão, fizemos um planejamento de formação dos acadêmicos, fizemos uma rotina de trabalho, fizemos vários trabalhos científicos e envolvemos outros profissionais também, as enfermeiras. E tinha uma técnica de enfermagem desse hospital que a gente ficou muito amigo, apesar de não sermos namorados nem nada, a gente ficou muito amigo. E num dia, à noite, a gente conversando à meia noite, conversando sobre o que ia fazer no futuro, eu falei: “Eu estou querendo terminar, eu estou me formando, estou me preparando para ir para o sertão, para ir para o interior.” E ela dizia: “Ah, eu não sei o que eu vou fazer, mas eu acho que...” Eu disse: “Por que você não faz enfermagem? Você faz enfermagem e nós vamos para o interior, a gente casa e fica lá.” Foi uma brincadeira, e passou. Eu vim para cá - isso foi em 73, 73, 74, a nossa convivência -, vim para Porto, em 79 voltei para Goiás, fui ser diretor técnico da Secretaria da Saúde, o pessoal me convidou e eu fui. Foi uma época boa, a gente fez um monte de coisa lá, fez a regionalização, fizemos a reestruturação da Secretaria da Saúde. Ela fez psicologia, fez concurso do INAMPS [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social], foi aprovada e a gente acabou se reencontrando em 79. Em 80 tivemos alguns encontros, e em 81 a gente acabou casando (risos). Eu tenho quatro filhos.

P/1 - Quatro filhos!

R - Eu queria sete e ela queria um, nós fizemos uma média e tivemos os quatro.

P/1 - E eles têm que idade?

R - O Samuel tem 15, a Gabriela está fazendo 13, a Raquel tem... O Samuel faz 16, ele tem 15 mas faz 16 em outubro, a Gabriela tem 13, faz 14 em junho, a Raquel fez 12 agora em fevereiro e o Teruã, ele tem 10 anos. Teruã é um nome indígena, a gente colocou em homenagem aos nossos irmãos indígenas, sempre admirei muito e defendi muito a história, e Teruã significa “amigo”. A Gabriela foi em homenagem mais ao ramo baiano da minha família e a Raquel e o Samuel foram nomes bíblicos. Samuel significa “ganhado de Deus”, nós tivemos o Samuel antes da gente se casar, quando a gente estava escolhendo o nome eu vi um dia o significado de Samuel eu falei: “Pronto! É esse o nome.” A Adelaide gostou. (fim da fita)

P/1 - Vamos continuar.

R – Então, eu estava dizendo do trabalho da diretoria técnica da saúde em Goiás. A gente, além de organizar a assistência em saúde, todos os programas especiais, o Ministério da Saúde trabalhava nessa época com a ênfase muito grande em programas, só que nós tínhamos a visão de articulação de integração já originada na nossa própria atuação em Porto Nacional. Mas então a gente procurou fortalecer muito a integração interinstitucional, a própria participação da população no sentido de que ela fosse compreendendo mais os seus... Não só a questão de direitos em saúde, mas o seu próprio papel na promoção da saúde de uma comunidade. E nessa ocasião, Goiás, essa região nossa aqui, ao norte do paralelo 13, era integrante do estado de Goiás, então só em 88 é que a região é desmembrada, criando o estado de Tocantins. Mas mesmo antes disso eu fiquei dois anos na diretoria técnica da Secretaria de Saúde e após isso voltei para a região de Porto Nacional, continuando o trabalho que a gente tinha junto com aquele grupo.

P/1 - E esse grupo a gente pode dizer que era uma organização não governamental?

R - Foi interessante que no primeiro momento a idéia era fazer todo o trabalho de saúde via organização governamental, que era o hospital, era a unidade mista da organização de saúde do estado de Goiás. O que eles puderam perceber logo no primeiro ano é que muitas ações eles teriam que dar uma resposta imediata, e essa resposta imediata era dificultada pela própria burocracia do órgão governamental, e também pela distância que ocorria, Porto Nacional estava e ainda está a 850 quilômetros de Goiânia, onde era a sede do governo, então eles criaram...

P - O que é que quer dizer uma ação imediata?

R - Vou te dar um exemplo. Você tem uma constatação de uma situação de desnutrição importante num bairro da cidade ou na cidade. Para você fazer uma programação, uma resposta em torno disso, você demanda um tempo enorme de programação, de planejamento, de recursos que o órgão da saúde às vezes demorava mais de ano para fazer isso, aí o problema continuava se agravando. Eu estou citando isso porque foi o primeiro que eles constataram, eles viram que era muito alto o grau de desnutrição, então o que é que o grupo decidiu? Criar uma organização não governamental para poder articular projetos e ações de modo a dar uma resposta mais imediata para essas questões. E então foi criada a ComSaúde, Comunidade de Saúde, Desenvolvimento e Educação. É uma entidade não governamental, hoje já tem utilidade pública, além de municipal, que foi adquirida em 71, estadual, e utilidade pública federal tem um processo já no ministério há quatro anos, no Ministério da Justiça, para ela ser também considerada de utilidade pública federal. Então o trabalho no começo era feito tanto a nível governamental quanto a nível não governamental pela mesma equipe, pelas mesmas pessoas.

P/1 - Me conte um pouquinho como era esse trabalho.

R - Eu vou falar. Então a população não distinguia se naquela hora o médico estava indo pela ComSaúde ou se estava indo pela Osego, que era Organização de Saúde, o nome do hospital. Só mais tarde, quando há, vamos dizer assim, um aprofundamento da questão organizacional da população, é que a população começa a compreender as diferenças de papel. Então no primeiro momento a ComSaúde intermediava projetos com secretarias de ação social, com a SUDECO [Superintendência de Desenvolvimento do Centro-Oeste], com organizações não governamentais religiosas, tipo “Pão para o Mundo” na Alemanha, “Misereor” também na Alemanha, depois a própria... Outras organizações aqui

no Brasil não governamentais, e trabalhava em cima de projetos. Então tinha o projeto do CREN, que era o Centro de Recuperação e Educação Nutricional, as mães participavam levando as crianças, eram treinadas sobre a preparação dos alimentos, sobre os alimentos que elas tinham na sua própria região, aprendiam sobre higiene com as crianças, aprendiam sobre os cuidados. A criança ficava o dia todo nessa casa, à noite ela voltava para casa.

P - E a mãe também ficava o dia todo?

R - A mãe, o grupo de mães tinha um rodízio, a cada dia duas mães ajudavam a cuidar das crianças e aprendiam aquelas questões, de modo que depois de certo tempo essas crianças, além de recuperar sua nutrição, tinham as suas mães e os seus pais já mais orientados sobre a sua alimentação. Só que ao lado da questão nutricional percebeu-se que muitas vezes a casa onde morava não tinha condições de higiene e não era nem possível aplicar os conhecimentos, era preciso fazer um trabalho de melhoria daquela habitação. Então veio o trabalho de mutirão da própria comunidade para melhorar a habitação. Muitos lugares a mãe ou o pai era mais interessado, tinha a sua pequena horta, orientada pelo próprio pessoal da saúde junto com a EMATER [Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural], que era também uma visão de integração institucional. Só que algumas famílias sugeriram de fazer hortas comunitárias, então já se fez um mutirão para fazer as hortas comunitárias. Aí veio a ideia de “por que não se cria um centro comunitário?” Então o centro comunitário passou a trabalhar com nutrição, com as hortas, com a distribuição de filtros, a construção de fossas, as melhorias de habitação e começaram a discutir: “Por que é que a gente não faz aqui um movimento para ter energia elétrica na nossa região?” E por aí a fora. Ao lado disso tinha uma reunião mensal em que cada grupo comunitário elegia um representante que participava, a gente chamava essa reunião de reunião da liderança, e aí discutia a criação dos postos de saúde, tanto na zona urbana como na zona rural. Era reivindicação do pessoal, a gente discutia. E aí surgia aquilo que eu dizia, o conselho técnico administrativo que reunia representantes da população e representante dos vários órgãos do município, inclusive da prefeitura. Esse trabalho de envolvimento da população teve uma época que a turma dizia: “Nós não estamos tendo os remédios.” E o pessoal: “Mas a gente usava antigamente alguns remédios.” Então nós dissemos: “O que a gente poderia aproveitar desses remédios para a nossa prática do dia a dia?” Então nós começamos exercitar um trabalho de fitoterapia junto com a comunidade, mas na frente a gente articulou com o Ceres, com Itapuranga, um dos nossos colegas médicos foi fazer um curso de fitoterapia.

P/1 - Isso eram quantos médicos?

R - Olha, o grupo inicial, em 68, que chegou, eram cinco médicos. Quando eu cheguei em 75 esse grupo já tinha mudado, parte dos médicos tinha voltado, a assistente social tinha voltado, a pedagoga tinha voltado. Mas tinham chegado novos médicos já originados da própria região e de Goiás também. A minha vinda para o trabalho fez um canal de comunicação mais forte com a faculdade de medicina e com as organizações de saúde do estado de Goiás, porque antes o grupo se relacionava mais com São Paulo pela própria origem de formação do grupo. Então 76, 77 nós éramos seis médicos, em 78, 79 esse trabalho ampliou e vieram mais alguns médicos. E houve uma crise muito forte em 79, com o fechamento da unidade de saúde e desarticulação desse trabalho praticamente todo.

P/1 - Em 79? Por quê?

R - Houve uma diminuição dos salários dos profissionais de saúde naquela ocasião, de 60% dos salários.

P/1 - Só para que eu entenda, vocês eram médicos e recebiam salário do estado. Vocês tinham sido contratados pelo estado para fazer esse trabalho?

R - Não, o estado nos contratava para ter um trabalho dentro do hospital.

P/1 - Vocês faziam concurso ou qualquer coisa assim?

R - Tinha concurso, tudo normal.

P/1 - E aí entrava no hospital.

R - Dentro do hospital. O que ocorre é que o trabalho de saúde que a gente tinha na cabeça não era um trabalho de carga horária definida, não era um trabalho só de fazer consulta, de só fazer pré-natal, de só fazer cirurgia, mas um trabalho de ajudar a população a conhecer as causas de suas doenças. Nós fizemos, por exemplo, uma pesquisa na cidade, perguntando o que era saúde para cada grupo. O que é saúde, qual é o mal que ataca a saúde, de onde vem o mal que ataca a saúde e o que é que nós podemos fazer para combater o mal que ataca a saúde. Tem muitas frases dessa pesquisa que eu guardo e transmito, e uso até hoje na nossa prática diária. Uma das respostas, por exemplo, era essa que: “Estando com fome toda doença pega”, “Saúde é você ter um prato de comida, ter um monte de companheiros e mesmo assim você repartir esse prato de comida com eles.” “Saúde é você ter casa, lazer, alegria.” E aí a gente tem inúmeras respostas do pessoal, mas o que a turma viu, de fato mesmo, e o que a gente trabalhou, é que qualquer trabalho de saúde que nós quiséssemos fazer, por mais tecnologia que tivesse, por mais recursos financeiros que tivesse, era preciso fazer junto com a população, porque ela é o primeiro agente da sua própria saúde. Eu estou colocando essa questão para dizer que isso não foi feito por uma programação governamental, isso era um pouco o ideal que o grupo tinha e que, por outro lado, não era uma preocupação da instituição, mas o próprio fato de nós estarmos na instituição. Nós levávamos para a instituição esse tipo de preocupação, então nós recebíamos a cada mês um grupo de estudantes de medicina para fazer o estágio.

P/1 - Isso um grupo de medicina de Goiás?

R - De Goiás, que, inclusive, eu conheci o trabalho de Porto Nacional vindo num desses grupos, está certo?

P/1 - Esses médicos que vieram de São Paulo, eles também eram contratados em São Paulo?

R - Não, eles foram contratados pelo estado de Goiás.

P/1 - Então havia algum secretário de saúde nessa época que tinha alguma coisa...

R - O secretário de saúde tinha a preocupação de organizar um serviço hospitalar.

P/1 - Então ele contratava médicos.

R - Ele não tinha preocupação, contratava médico, enfermeiro para fazer trabalho por 43 horas semanais.

P/1 - Lá no hospital?

R - Lá no hospital. Todo esse trabalho que eu estou dizendo, da articulação comunitária, isso era fruto do próprio ideal da equipe, e tinha algumas pessoas de fora que já tinham essa preocupação. Aos pouco as pessoas também... Da própria região foram incorporando a esse trabalho, de modo que em 79, dez anos depois que foi criada a ComSaúde... A ComSaúde já tinha um perfil social, político, de trabalho junto à população, totalmente diferenciado da saúde. Tinha ações integradas, mas já era visto com uma instituição, uma missão diferente da missão do hospital.

P/1 - Só uma última pergunta: esse dinheiro que vinha, por exemplo, de organizações não governamentais, ele vinha para o projeto?

R - Aí é o seguinte, o estado, a Secretaria de Saúde do Estado mandava os remédios, (mas?) muitas vezes não mandava, porque era longe demais, mandava dinheiro para a manutenção do hospital, certo? E tinha os projetos específicos: "Projetos de filtros e fossas do bairro, tal" esse dinheiro não vinha pela Secretaria de Saúde, vinha para a organização, a comunidade de saúde, só que como a equipe era a mesma, no começo não tinha muito essa diferença: "Eu vou usar o dinheiro para aqui, para ali." Quer dizer, o dinheiro era usado num programa como um todo, até porque a Secretaria de Saúde estava a 850 quilômetros, não tinha telefone, não tinham televisão.

P/1 - Vocês é que geriam tudo.

R - Essa gerência, esses recursos de saúde, nós não nos preocupávamos como, de onde vinha e para quê era utilizado, uma vez que "para quê" era tudo o que nós precisássemos na área de saúde, significava a construção de fossa. Aí também a prefeitura colocava recurso, comprava cimento, comprava combustível para os carros se movimentarem e tudo mais. O salto de qualidade ocorreu em 77, 78, 79, com um projeto de financiamento através da Fundação Kellogg, que foi assessorado pela Organização Panamericana de Saúde. Então a gente criou um programa docente assistencial de Porto Nacional, nós pudemos articular tudo o que nós fazíamos no município com os municípios vizinhos a Porto Nacional. Com isso nós pudemos treinar pessoal, aí sim das unidades de saúde, mas também fora das unidades de saúde. Nós pudemos treinar professores, pudemos treinar líderes comunitários sobre a saúde, mas dentro da visão integral e não só da visão da assistência médica.

P/1 - E aí o que aconteceu?

R - Bom, aí o programa docente assistencial de três anos teve uma avaliação muito positiva pela Organização Panamericana, o doutor Roberto Chats, que era um consultor da OPS [Organização Panamericana de Saúde] considerava inclusive modelo, considerando esse trabalho nosso de modelo de serviço de saúde para os países do Terceiro Mundo na parte de atenção primária e na parte da participação popular, do controle social. Nessa época não se falava ainda em SUS [Sistema Único de Saúde], não se falava ainda em Conselho de Saúde apesar da gente já ter isso na região.

P/1 - Nessa época a política era o hospital?

R - Era, era INAMPS ainda, só mais na frente é que vai surgir a (Zais?), discussão do prêmio saúde. Foi interessante que discussão do PIES, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, ocorreu na nossa região na mesma época. Nós tínhamos sido, de certo modo, juntamente com algumas experiências do Nordeste e de Montes Claros, em Minas Gerais, Porto Nacional era um pouco referência para algumas discussões, inclusive do PIES. Essa discussão, quando ela chegou institucionalmente na nossa região, foi na mesma época que a Secretaria de Saúde fechou a unidade mista, naquela crise que eu dizia, de 79, quando se retirou...

P/1 - Me conta um pouco sobre essa crise.

R - Essa região era uma região muito distante, muito Amazônia.

P/1 - Porto Nacional?

R - Porto Nacional. Era muito distante do centro, na década de 60, 70 havia uma lei governamental, estadual que garantia 60% de gratificação para quem fosse para essa região pela situação insalubre e tudo mais. Isso foi criado em 67, essa lei para alguns profissionais. Depois, em 69, estendido para todos os profissionais de saúde. Então todo o pessoal que vinha trabalhar ao norte do paralelo 13 recebia essa gratificação. Em 77, novembro de 77, fez-se outra lei, extinguindo a gratificação daqui para frente, uma vez que a região já tinha sofrido um processo de desenvolvimento melhor, já tinha comunicação, já tinha telefone, já tinha a Belém-Brasília. Mas garantiu-se àqueles funcionários antigos o direito

adquirido, estava tranquilo, quem vinha a partir daí não tinha mais a gratificação, mas já tinha outra situação na região. O que ocorre é que em 79 e 80 o secretário da saúde quis tirar a gratificação para aqueles antigos também, quis não, tirou. Então houve um movimento muito forte na região toda, houve um movimento de greve, e essa crise fez com que vários serviços de saúde do norte de Goiás, inclusive de Porto Nacional, fossem desarticulados. A unidade mista lá ficou fechada seis meses. Nesse período nós mantivemos todo o trabalho de saúde só com atuação comunitária, só com atuação popular, uma vez que não tínhamos mais a estrutura, a instituição governamental dentro do processo de construção do sistema de saúde. Nós ficamos além desses seis meses, depois a equipe toda reabriu a unidade, superou essa crise, foi para a justiça e os funcionários ganharam na justiça em todos os níveis, ganhou a manutenção dos seus 60%.

P/1 - Nós estamos falando de quantas pessoas?

R - Porto Nacional em torno de 106 pessoas, e no estado todo em torno de 500 pessoas, 500 profissionais. Então esses profissionais ganharam na justiça a manutenção dos seus 60% e o hospital foi reaberto, mas já reaberto num outro enfoque, já não era a mesma equipe, porque grande parte daquela equipe era parte da equipe, era parte, vamos dizer assim, da crise. Então nós ficamos quase dois anos trabalhando quase que só com as entidades não governamentais e com as estruturas governamentais locais. Não conseguimos mais a integração com o nível... A Secretaria Estadual da Saúde, com o hospital regional, como tínhamos antes. Dois anos depois, ou seja, em 83, a gente retoma essa articulação, essa integração, e a gente refaz parte daquilo que havia sido destruído. Foi interessante que nessa mesma época nós discutimos um pouco as experiências de medicina comunitária, então a gente participou de um encontro em São Paulo, em Lins, depois no Recife, que foi o primeiro. O segundo (foi o?) ENEMEC, Encontro Nacional de Experiências Comunitárias em Saúde. Em 81, plena crise da nossa região, do serviço de saúde da nossa região, nós participamos do Encontro do Terceiro ENEMEC em Goiânia, e foi ali que nós criamos o MOPS, Movimento Popular de Saúde. E em 83, então, nessa ocasião, em 81, 82 nós discutimos muito a questão da pesquisa em saúde que eu dizia.

P/1 - O que é que é saúde?

R - uma das respostas era que saúde era ter terra para trabalhar. Nós participamos muito da organização de vários sindicatos de trabalhadores rurais, que discutia a questão da saúde aliados à questão de ter terra, tanto ter o pedaço de terra na zona rural como ter o pedaço de terra na cidade, porque muitos chegavam, moravam em invasões e não tinham o seu próprio terreno. Então ele dizia: "Eu não posso fazer uma casa porque o terreno não é meu." Então esse movimento de conscientização, de organização da comunidade, ajudou muito a encaminhar algumas. O nascimento de alguns bairros... Por exemplo, em Porto Nacional, onde a prefeitura legalizava a questão do terreno, a população se sentia mais motivada para poder fazer a horta, para melhorar a sua habitação, assim por diante. Em 83 nós retomamos um pouco essa integração, mas aí a gente tinha a instituição governamental, a Secretaria de Saúde, com um papel definido e algumas ações integradas ao trabalho popular que era coordenado pela ComSaúde. Então esse processo se deu, em alguns... Dois ou três anos nós tivemos outras crises, inclusive por questões salariais também, e depois a própria concepção de saúde. O que nós pudemos ver em 87, 88: um movimento muito forte na região pela criação do estado, era uma grande esperança de que, com a criação do estado, nós teríamos condições de articular essa visão de saúde, esse conceito amplo de saúde. Nós desenvolvemos o conceito de saúde para o nosso trabalho, que mais do que não ter uma doença, e também não era só o conceito da Organização Mundial de Saúde, que é "É um completo bem estar físico, social e mental". Pela própria pesquisa que nós fizemos, pelo trabalho que a gente tinha, pelas crises que ocorreram, nós desenvolvemos o conceito que saúde, para nós, era capacidade de luta. Tanto a capacidade de um organismo lutar contra uma bactéria, um vírus, um agravo qualquer, como a capacidade do ser social, do povo, da comunidade lutar contra os fatores que impedem o seu bem estar físico, social e mental. Tudo isso foi nos ajudando a formar uma concepção de serviço de saúde e ajudando também a formar uma consciência do que é saúde e como deve ser o serviço de saúde. Então nessa ocasião já tinha um movimento da reforma nacional sanitária, veio o movimento da Constituinte, nós participamos ativamente. Quando eu falo "nós", é que alguns representantes de todo esse trabalho participava desses encontros nacionais levando um pouco essa experiência que a gente tinha vivido. E nós pudemos, inclusive, participar juntamente com outros grupos do Brasil todo da Constituinte quando a gente discutiu muito a questão do Sistema Único de Saúde.

P/1 - Que seria o SUS?

R - SUS, com acesso universal, com integralidade das ações, com hierarquização das ações, com facilidade de acesso e com controle social. Quer dizer, o SUS, quando a gente conseguiu escrever na Constituição os princípios básicos do SUS, dizer que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, depois a luta pela própria regulamentação, a lei 8080, a lei 8142, que é a lei dos conselhos, tudo aquilo era, de certo modo, uma institucionalização daquela luta popular que nós já tínhamos na nossa região. Então o controle social que nós temos hoje no SUS, pra nós é parte do que fizemos aqui em 77, 78, 79 e continuamos a fazer até hoje.

P/1 - Mas o controle social é o que, exatamente?

R - O controle social é a organização da comunidade através dos conselhos municipais de saúde com representantes dos usuários. Metade, pelo menos, do conselho, deve ser representante de usuários, e "usuários", é tanto trabalhadores, tanto população trabalhadora, como população patronal também, as igrejas, as associações comunitárias, sindicatos, clubes de serviços, enfim, toda a população que não está diretamente ligada à área de saúde, 50% dos integrantes do conselho municipal devem ser identificados, devem ser nomeados, indicados por esses segmentos sociais que representam os usuários. A outra metade é formada por representantes dos trabalhadores da saúde, por prestadores de serviço em saúde e por representantes do governo. Então esse conselho na saúde, ele é deliberativo, é permanente e ele é que vai avaliar as ações da saúde do município, ele é que vai aprovar as contas. É verdade que muito disso ainda está no papel, mas já tem muitos municípios no Brasil que isso funciona de forma efetiva, de forma continuada.

P/1 - Quer dizer que você acha que o SUS representa, efetivamente, um grande avanço?

R - Ah, não tenho dúvida. Particularmente eu vivi a experiência regional, a experiência popular, e vivi depois a luta institucional para a gente conquistar essas leis todas. Então eu tenho uma avaliação, vamos dizer assim, não só teórica, jurídica, legal, mas a própria avaliação do nosso trabalho, da nossa experiência. E eu estou convencido que a participação da população é importante tanto na fase do planejamento, como da execução das ações de saúde, como na avaliação dos indicadores: “o que nós estamos fazendo?” “Melhorou?” “O que nós podemos fazer para melhorar?” “Onde é que podemos aplicar melhor esses recursos?” “De que forma que nós podemos articular as nossas ações para obter resultados mais positivos, de modificar de fato a saúde dessa população?” Então isso eu considero que é fundamental.

P/1 - E com a criação do estado... O movimento do estado do Tocantins... Então vamos voltar só para essa parte.

R – Então, com a criação do estado nós pensávamos que teríamos mais canais abertos, que teríamos mais condições de imprimir essa visão integral de saúde à política estadual de saúde. Foi isso que nós tentamos fazer e isso foi... Eu considero, em certa medida, que a gente foi conseguindo caminhar, só que também com muitas dificuldades. Houve vários movimentos de reivindicação por questões salariais, e uma das vitórias importantes, através sindicato dos médicos... Na ocasião, inclusive, eu era presidente do sindicato dos médicos, nós organizamos aqui os sindicatos porque no Tocantins não tinha nenhum sindicato. Criou o estado novo, então nós começamos a organizar toda essa parte. Criamos o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e criamos o Sindicato dos Médicos, além de outros que foram sendo criados, também. Mas eu cito esses dois porque, através dessa discussão sindical, nós discutimos condições de trabalho, discutimos a questão salarial e discutimos o próprio conceito de saúde, a visão de um sistema de saúde. Então houve vários movimentos de reivindicação, e um deles foi extremamente importante, porque nós conseguimos isonomia de salário com o salário do INAMPS, isso foi um avanço muito grande. A partir daí nós tivemos condição de muito mais... Ter o médico presente o dia todo no seu compromisso - porque antes muitas vezes os médicos estavam de plantão e saíam -. A partir desse movimento, além da gente ter melhorado a questão salarial, nós também conseguimos uma melhora da dedicação dos profissionais de saúde, e com isso a gente pode ter resultados do ponto de vista do atendimento da população de melhor qualidade, com isso se envolveu mais a população. E isso, de certo modo, se dá até hoje, ainda precisamos melhorar mais os salários dos profissionais de saúde de todos os níveis, claro que precisamos, no Brasil todo, aqui na nossa região também. Por outro lado, é preciso a gente avançar também a consciência dos profissionais de saúde, do papel que ele cumpre sendo um profissional de saúde, sendo um agente de saúde, e aí vem a questão da visão de equipe. Hoje, na secretaria de Palmas, posso te dizer isso: a primeira coisa que eu fiz quando cheguei foi dizer em todas as unidades que o primeiro profissional da nossa equipe era o agente comunitário da saúde. Resgatando o valor que esse agente comunitário precisa ter dentro da equipe de saúde... Porque a maioria das unidades ainda vêem o agente comunitário como um gerador de problemas, ou pelo menos está relacionado a problema. Porque o agente comunitário vai trazer o doente, vai trazer problemas para a unidade, de fato. E nós dizíamos o seguinte, se ele não puder fazer isso, ele não vai estar cumprindo o papel dele, então o papel dele é trazer os problemas de saúde, mesmo, para dentro da unidade, para junto a gente discutir e ver qual a solução vamos buscar.

P/1 - Como é que começou o PACS, o Programa Agente Comunitário de Saúde? Como ele começou e o seu envolvimento com ele.

R - O Programa Agente Comunitário de Saúde ele surge no Brasil em alguns municípios. A grande importância política dele surge a partir do trabalho do Ceará. E isso quer dizer, o estado do Ceará fez toda essa grande divulgação, mas a partir de outras experiências anteriores que já existiam, inclusive uma delas com atuação muito forte nos indicadores de saúde em Icapuí, por exemplo, que recebeu o prêmio da Unicef nessa ocasião. Então aqui na nossa região o PACS foi implantado a partir dessa institucionalização a nível nacional do Ministério da Saúde.

P/1 - Que foi agora.

R - Não é agora, já tem alguns anos, e foi feito através da Secretaria Estadual de Saúde. É interessante inclusive a gente registrar que a própria Secretaria de Saúde, eu avalio que ela passou nesses anos, de 88 até hoje, por um processo de avanço da consciência do seu papel. Da sua visão também de política de saúde, hoje a Secretaria de Saúde de Tocantins faz os chamados hospitais comunitários envolvendo algumas associações e organizações da própria comunidade na administração do hospital, que é gerido por uma instituição técnica, a Fundação São Camilo. Mas essa participação da população, da sociedade aqui no estado, nas questões da saúde, eu considero que nós conseguimos fazer com menos dificuldade que outros estados, principalmente nos aspectos da participação dos trabalhadores da saúde e na participação da população, como um todo. Por causa um pouco dessa própria luta pela saúde que nós temos desenvolvido nesses 15, 20 anos aqui na região. Então aquilo que a gente dizia da experiência de Porto Nacional... Eu considero que a gente conseguiu colocar um pouco desse princípio e um pouco dessa visão de saúde nas nossas discussões permanentes, que tinha aqui, das conferências de saúde, dos encontros, do movimento sindical, da própria discussão das...

P/1 - Me diz uma coisa, quando se criou o estado, que foi em 88, uma parte ou os médicos que já estavam atuando nessa área ficaram em Tocantins, foi assim que foi decidido?

R - Isso, toda a região ao norte do paralelo 13 ficou sendo o território do estado de Tocantins, então todo o pessoal da saúde que era contratado pelo estado de Goiás mas que fez opção para continuar aqui, ficou aqui, sendo absorvido pelo estado do Tocantins. A grande maioria do pessoal ficou aqui, foram poucos os que voltaram para Goiás.

P/1 - E esse pessoal seria em torno de quinhentas pessoas?

R - Não, não, quinhentas era em 79, 80, naquela primeira grande crise da questão do 60%. Já em 88, quase 10 anos depois, nós já éramos muito mais, éramos em torno de mais (de?) mil funcionários.

P/1 - No estado todo?

R - No estado do Tocantins.

P/1 - Que aí ficaram em Tocantins. Desses mil funcionários, quantos, mais ou menos, tinham essa visão de saúde?

R - Olha, nós tínhamos, do grupo de Porto Nacional, praticamente todo, tanto médicos como os outros profissionais de nível médio, o pessoal de enfermagem, os agentes de saúde. Nós formamos, naquela época, os agentes comunitários de saúde que não é o PACS.

P/1 - Exatamente, o que era isso?

R - Nós tínhamos lá agentes de saúde que eram.. Por exemplo, uma mãe de grupo de gestante que era mais interessada, ela recebia um treinamento e ficava como representante daquelas mães.

P/1 - E ela recebia algum dinheiro?

R - Ela recebia... Durante certo tempo não tinha nenhuma gratificação, ela fazia isso como trabalho voluntário, algumas ligadas ao trabalho de igreja - tanto igreja católica como igrejas evangélicas e outras ligadas ao trabalho do centro comunitário -, depois a representante do grupo de crianças, por exemplo, passou a receber uma gratificação que é a comunidade lá, através do centro comunitário, reuniu e pagava uma gratificação para a menina do pré-escolar. Mais na frente a gente conseguiu que a prefeitura contratasse essa pessoa para ser a merendeira ou ser uma trabalhadora para receber um salário da prefeitura para continuar a fazer esse trabalho. Mais na frente a gente conseguiu que a própria prefeitura incorporasse o grupo do pré-escolar, o grupo dos desnutridos, o Centro de Recuperação Nutricional. Os postinhos de saúde, vários deles, foram construídos pela comunidade. Lembra que eu dizia que houve um período, de 79 e 80 até 83, que nós ficamos com trabalho só comunitário? Nós criamos, na ocasião, quatro postinhos de saúde que eram mantidos só pela comunidade e pela ComSaúde. Aí, em 83, 84, a prefeitura absorve esses postinhos e integra os postinhos na sua rede municipal. Esse é o processo de incorporação institucional daqueles trabalhos comunitários. Então os trabalhadores da saúde da região de Porto Nacional evidenciavam bastante essa experiência e tinham essa visão. Algumas pessoas dos municípios vizinhos também comungavam um pouco esses conceitos. E tinha dois grupos que a gente considerava bastante identificados também com essa linha de trabalho, o grupo de Miracema, que inclusive criou também uma maternidade mantida com convênios não governamentais e tinha também alguns trabalhos ligados mais à comunidades religiosas, alguns trabalhos, por exemplo, as irmãs lá em Natividade faziam o trabalho de assistência ao pré-natal, então eram grupos que, apesar de não estar sendo funcionários da saúde, tinham uma atuação forte nessa linha. Agora, quando chegou em 89, que teve os movimentos de reivindicação pela saúde, que os sindicatos da saúde - tanto médico como sindicato dos trabalhadores da saúde - representava, articulava esse movimento. É claro que havia, pela presença de muitos de nós dentro desse movimento, toda essa discussão, de que saúde para nós não era fazer só assistência médica, a nossa luta não era só para ter salário, era para ter condições de trabalho, para ter participação popular, era pela implantação do SUS. Aí a gente já tinha várias coisas escritas na própria lei, já aliávamos as nossas reivindicações populares às reivindicações legais, institucionais. E com isso, penso que nós contribuimos muito. Então toda essa movimentação, nesse ano de 89, 90, penso que ela trouxe essas discussões para o nível governamental. De lá para cá, essa discussão continuou se fazendo, alguns de nós e continuou participando do Conselho Regional de Medicina, outros do Conselho Regional de Enfermagem, e essas discussões vão sendo... A própria questão do que é o SUS, do Conselho Municipal de Saúde, nós começamos a fazer isso em outros municípios. Só para você, essa é uma experiência que a gente conta até com muito orgulho, o Conselho Estadual de Saúde aqui, não foi criado pela Secretaria do Estado da Saúde, foi criado pelas organizações sindicais que o governo foi junto, e então nós não fizemos de cima para baixo, fizemos de baixo para cima. Nós que fizemos o projeto de lei para poder criar o próprio regimento. Tudo foi criado pelo movimento sindical da saúde e outras áreas não da saúde, mas que estavam participando um pouco dessa discussão do que é saúde e como é que a gente vai conseguir saúde para todos.

P/1 - Nessa época, enfim, ou antes disso, o senhor participava de vários encontros, pelo que eu entendi.

R - Isso.

P/1 - E essa visão de saúde mesmo, esse trabalho, está me parecendo que era muito forte em Goiás e passou a ser forte em Tocantins. Não era uma característica geral dos outros lugares do Brasil.

R - Em Goiás ele não era forte, era forte só em Porto Nacional.

P - E como era isso assim, digamos, no resto do Brasil? Existia algum foco?

R - Eu te disse que nós participamos de dois encontros de experiência em medicina comunitária, então a gente tinha contato com alguns grupos no Nordeste, no Recife, Caruaru, o pessoal de Lins. Em São Paulo tinha, o movimento da moradia em São Paulo, por exemplo, tinha uma participação forte na área de saúde, participava do movimento pela saúde, o movimento comunitário de saúde que depois veio a se chamar Movimento Popular de Saúde. Em Minas Gerais tinha Montes Claros, que tinha uma boa participação também da instituição de saúde e da população. Em Goiás mesmo outras duas regiões também tinham um componente social muito forte, que era Itaporanga. Trabalhadores rurais, que inclusive chegaram a ter um hospital, a montar um hospital em Ceres, que era um trabalho ligado à igreja, na diocese de Goiás. Tinha um hospital também, um grupo de médicos que era ligado, era contratado pelo estado, mas que tinha um trabalho mais amplo do que o trabalho da Secretaria da Saúde. Então havia no Brasil vários locais e vários grupos que já trabalhavam com saúde, com essa dimensão mais ampla, com uma visão integral, com a saúde vista como qualidade de vida, não só vendo como um processo de doença.

P/1 - Bom, aí, voltando agora ao PACS. O PACS é solicitado, então como foi essa sua...

R - Bom, aí a parte, vamos dizer assim, institucional, da instalação do PACS no estado. Eu não acompanhei né, eu te disse que a gente sempre

trabalhou muito com os agentes comunitários na própria luta pela saúde, mas a institucionalização dele eu não acompanhei e não tenho as informações assim, de período, quem buscou, como trouxe, para onde colocou. Eu já vi aqui no Tocantins.

P/1 - Me conta da sua experiência aqui.

R - Eu já vi o PACS quando, então, já tem o programa de agente comunitário de saúde aqui na cidade, pronto! A gente, que tinha todo aquele trabalho, nós vamos ter mais alguns agentes que estriam institucionalizados para poder participar dessa luta pela saúde. Aí foi que entrou, foi naquele período que a gente estava um pouco fora da instituição.

P/1 - Que período foi esse?

R – Oitenta e três, oitenta e quatro, a gente teve uma crise forte aqui em 89.

P/1 – Setenta e nove?

R - Não, já aqui em Tocantins teve uma crise da saúde em 89, foi quando nós conseguimos a isonomia de salários.

P/1 - Isso foi em 89?

R - Em 89, já era Tocantins. Setenta e nove ainda era Goiás.

P/1 - Nessa época o senhor estava fazendo o quê?

R - Eu era presidente do sindicato dos médicos, então nessa ocasião eu fiquei dois, três anos, quase quatro anos, mais na atuação, quer dizer, ainda militando com a mesma preocupação da saúde, mas aí não sendo o representante do governo, da Secretaria da Saúde, eu estava mais na articulação do trabalho da saúde no campo sindical.

P/1 - E a sua atividade de área era sindical ou tinha uma atividade de campo?

R - Não. É nessa ocasião que nós fizemos o Conselho Estadual de Saúde, nessa ocasião é que nós discutimos os conselhos municipais de saúde em várias cidades do estado. A gente fortaleceu muito a participação dos agentes comunitários que estavam sendo criados pela Secretaria de Saúde junto, na organização da participação da população na definição das prioridades da saúde. Hoje, por exemplo, eu estou aqui como secretário, então eu represento um papel diferente do que eu representava há três anos. Apesar de estar no mesmo campo de atuação, eu participava, por exemplo, do Conselho Estadual da Saúde como representante dos profissionais de saúde, dos médicos. Só que aí nós é que puxávamos a discussão do SUS, dos conselhos de saúde, da participação popular.

P/1 - Isso nós estamos em 83?

R – Oitenta e três, oitenta e quatro. Desculpe, 89 foi a crise, então 93, 94 foi esse movimento que eu estou dizendo. Eu representava o papel na área sindical, 95 e 96 foi outro dado interessante - só para te situar.

P/1 - Me conta!

R – Setenta e nove foi a primeira crise da saúde e era Goiás... Até 80 e 83 houve uma forte responsabilidade do trabalho de saúde na região de Porto Nacional pela comunidade, porque a instituição estava em crise. Em 83 a gente recompõe com o trabalho governamental algumas das ações. Oitenta e sete e oitenta e oito foram aqueles momentos de várias crises e tal, e da discussão política de saúde, que veio aí a Constituinte e veio o próprio SUS. Criou-se o estado de Tocantins quando se aprovou a Constituição Federal em 88. Em 89 a nossa primeira crise do Tocantins, tendo como foco a questão da isonomia salarial em 89. Noventa, noventa e um e noventa e dois, a organização do sindicato, do fortalecimento da presença do sindicato da saúde dentro do sistema de saúde. Nessa ocasião toda a nossa reivindicação pela criação do conselho estadual, dos conselhos municipais, isso foi se dando. Nesse período, 94, 95, ainda já 90, 89 eu te dizia que havia crise, houve outro componente dessa crise, que era o seguinte: “Como é que nós vamos fazer para manter a regularidade dos serviços de saúde que conseguem se organizar com uma boa participação popular?” Fora de ano eleitoral é até fácil, você organiza a secretaria da saúde, organiza a participação da igreja, a participação dos sindicatos, a participação dos centros comunitários, todo mundo se anima de fazer o trabalho de saúde. Quando chegam os anos eleitorais, os critérios e os valores eleitorais interferem muito nessa articulação, e aí é sempre difícil manter essa regularidade. Muitos trabalhos se quebram, há uma descontinuidade nesse momento, então a pergunta que nós fizemos nessa crise de 89, 90, foi: “O que nós vamos fazer depois de tantos momentos para ter uma regularidade desse serviço?” Lá em Porto Nacional, em 89, fizemos essa discussão junto a essa crise da isonomia, porque a gente estava, no momento, organizando o movimento sindical, e nessa época a gente perguntava o seguinte: “Por que a gente não organiza um hospital que possa ser um apoio para o trabalho todo e que possa ser controlado mais pela população e menos pelos políticos?” Lembra que desde que eu cheguei e o grupo que já estava, nós sempre trabalhamos no hospital público, porque nós defendíamos a saúde coordenada e exercitada do ponto de vista público, nunca fomos militantes da iniciativa privada, a gente achava que saúde tinha que ser de forte componente público mesmo, a saúde tem que ser pública, tem que ser um bem comum, não pode ser componente de lucro, isso a gente acreditou, sempre defendeu. Aí em 89 a falamos: “A gente organiza e chega em outro período eleitoral quebra tudo aquilo. A gente luta dois anos depois consegue reorganizar, vem outra crise e acaba com tudo outra vez.” Então nessa ocasião nós definimos que seria importante a gente tentar organizar um hospital comunitário, um hospital filantrópico, que pudesse trabalhar com setor público, com a própria Secretaria Municipal de Saúde, com a própria Secretaria Estadual de Saúde, com o Ministério, com o Sistema Único de Saúde, mas que não fosse administrado pelo

prefeito de plantão, pelo deputado, pelo vereador, pelo governador, quer dizer, pelos interesses políticos. Essa foi uma experiência extremamente positiva, nós organizamos um hospital, Hospital da Associação de Saúde Padre Luso. A Associação de Saúde Padre Luso é uma entidade ligada à ComSaúde, que atua só na área de saúde e que é filantrópica, não tem fins lucrativos, e que nós pensamos funcionar um pouco à semelhança das Santas Casas, a diferença é que nós estávamos profundamente engajados numa luta da organização da comunidade com vistas à conquista da saúde, então além da assistência hospitalar, da internação, da cirurgia, daquela coisa, havia todo um reforço para a conscientização da saúde, para a participação popular, para as ações primárias de saúde, que muitas vezes vão ser feitas lá na zona rural. Então o hospital contratava os médicos e tinha determinados dias que o médico saía do hospital e ia lá para a comunidade, trabalhar junto com a comunidade, quer dizer, retomando um pouco.

P/1 - Quem é que administrava?

R - Era a Associação de Saúde. Como é que era mantido financeiramente esse serviço? Com a produção de serviço, através do SUS, através de convênio e até mesmo de alguns pacientes particulares, uma vez que esse recebimento dos doentes particulares era utilizado na própria manutenção do hospital. Então essa discussão, ou a presença do hospital, foi um momento de um novo ânimo do trabalho comunitário de saúde da região de Porto Nacional.

P/1 - Isso foi em..

R - Noventa, já. Nós inauguramos o hospital em 90. Aí foi 91, 92, 93, 94: em 95 nós criamos o hospital aqui no município de Palmas.

P/1 - Nos mesmos moldes?

R - No mesmo molde, e articulando o hospital para ser um instrumento de pressão, de apoio, de luta na organização do sistema municipal de saúde. Eu era diretor desse hospital antes de vir para a secretaria, várias ações que a prefeitura não conseguia fazer por dificuldades ou financeiras ou administrativas, nós conseguimos fazer lá no hospital. O programa de controle de tuberculose, por exemplo, eu trabalho com tuberculose desde 77, a prefeitura não conseguiu organizar aqui um serviço para dar sequência, regular o tratamento, nós montamos um consultório no hospital para ser a referência no tratamento de tuberculose a nível do município aqui. Então agora essa visão da política da saúde, política integral, da necessidade de organizar os conselhos, de organizar um plano estadual de saúde. Qual é o plano de saúde do nosso estado? Qual é o plano de saúde do município? Geralmente os secretários, o pessoal assume sem ter um plano definido. Quem é que terá que fazer esse plano? Não são dois, três técnicos, é a própria participação da população. Os trabalhadores de saúde, os usuários, os prestadores de serviço precisam estar nesse processo. Essa discussão a gente fazia ao mesmo tempo em que mantinha a atividade diária do hospital, fazendo uma ponte. Ou seja, a assistência médica curativa, hospitalar, ela também é importante, ela é necessária no processo de organização do sistema de saúde. Essa era a grande discussão que nós fizemos em 95, 96 aqui, já no município de Palmas. Qual é o sistema de saúde que nós precisamos para uma cidade que está começando? Qual é o papel histórico que nós vamos representar na organização para ele ser referência para outros municípios do nosso estado, mesmo e até de outros estados do Brasil? A gente sabe que as ações médicas, muitas delas, só ocorrem num segundo momento. Se houvesse uma ação de saúde no primeiro momento, dispensaria a necessidade da ação do médico. De cada 100 problemas de saúde, mais da metade é resolvido ainda numa fase de prevenção, de educação, sem precisar que o profissional, médico, chegue ao ponto de recuperar a saúde. Essa visão da integralidade das ações de que saúde não é... Porque tem muita gente que tem visão de medicina preventiva, mas só preventiva eu também penso que não deve funcionar. É preciso que a gente tenha visão inteira da saúde, ela tem o momento da prevenção, o momento da educação, o momento da manutenção e o momento da recuperação. Isso tem que se fazer de uma forma articulada, de uma forma inclusive concomitante, porque outras pessoas até defendem as etapas, as visões, os segmentos, mas de forma etapista: "Primeiro eu faço isso pra depois fazer aquilo." E não é isso, as coisas devem ser articuladas integradas e com papéis bem definidos. O trabalho de um hospital tem que estar reforçando o trabalho do posto de saúde, o trabalho do próprio agente comunitário de saúde, o próprio trabalho da comunidade. E o trabalho da comunidade organizado tem que se fortalecer na medida em que consegue mais apoio, maior valorização, para também dar melhor condição de trabalho ao posto de saúde, ao hospital, e assim por diante. Então são ações integradas, intrínsecas. Essa visão com as quais a gente vem discutindo aqui em Palmas e que levamos para dentro da Conferência Municipal de Saúde, levamos de novo para a 10ª Conferência de Saúde, nos foi garantindo uma referência. Quer dizer, a gente começou esse serviço com essa referência dessa visão de saúde, no estado tem outras pessoas que defendem a saúde só curativa, saúde só em termos de convênio, nós temos em todo o estado, mas eu não acho que seja a visão majoritária. No nosso estado é essa visão que eu estou desenhando agora não.

P/1 - Ah, não é?

R - Eu acho que não.

P/1 - Quer dizer, essa sua política...

R - Essa é a disputa da hegemonia, nós estamos defendendo essa visão de saúde, estamos defendendo um conceito de saúde. Agora, o que estamos vendo de positivo? A própria Secretaria Estadual de Saúde assimilou grande parte dessa política, hoje a Secretaria Estadual de Saúde está dando um apoio muito grande para os programas chamados Programas de Atenção Primária da Saúde; a questão dos agentes está tendo uma valorização; a própria definição da secretaria estadual em criar os hospitais comunitários articulados com a comunidade para nós é um sinal de avanço. A municipalização da saúde... Em vários municípios o prefeito não queria fazer, a Secretaria Estadual de Saúde só conseguiu fazer porque tinha uma visão muito clara e determinada de fazer isso, porque alguns municípios estão reivindicando, e o estado não está querendo fazer a municipalização. Aqui o estado estava querendo fazer e alguns municípios é que não queriam. Então eu penso que um pouco dessa nossa luta influenciou, sensibilizou a própria política estadual de saúde nesse processo, como um todo. A experiência do nosso hospital comunitário, o hospital filantrópico, foi sempre visto como uma referência positiva de funcionamento de serviço de saúde.

P/1 - E quando foi o seu ingresso na secretaria?

R - Foi agora, no dia seis de janeiro.

P/1 - Ah, muito recente.

R - Então eu estou trazendo para a secretaria.

P/1 - Com a mudança de...

R - Com a mudança de prefeito. Inclusive eu não fazia parte do campo governamental, eu não fazia parte, vamos dizer assim, do campo político que foi vitorioso. Então eu fui convidado não por uma questão ou pessoal ou política partidária, eu fui convidado por essa visão de saúde que a gente trabalhou esses anos todos aqui na nossa região. Então eu estou trazendo para a Secretaria de Saúde essa proposta de organizar o sistema de saúde com a visão integral, com ações de saúde curativa, de saúde preventiva, de saúde educativa, de treinamento de pessoal, de organização de uma boa equipe de trabalho, de divulgação. Só para você ter uma ideia, nós não tínhamos na secretaria um setor de controle e avaliação das ações de saúde, então nós já criamos isso aqui hoje. O sistema de informação de saúde, o sistema de informação de nascidos vivos, o sistema de informação das doenças notificadas, de agravos notificáveis, o sistema de mortalidade. O município coleta os dados, manda para o estado e vai para o Ministério, aí em três, quatro anos você recebe esses dados de volta. Desde o dia que nós chegamos nós pedimos ao estado para fazermos tudo e já estamos fazendo, a nossa taxa de mortalidade infantil é melhor do que a dos países mais desenvolvidos do mundo. Por que nós temos melhor sistema de saúde? Não, porque nós não temos um sistema de informações, percebe? Você pega a nossa taxa de mortalidade, está 2,9 melhor do que da Suécia. Isso porque o nosso serviço é bom? Não, é porque nós nunca fizemos notificação correta desses dados, essas informações não são confiáveis. O que é que nós estamos fazendo desde que assumimos, com esse sistema sendo executados todos no município. A partir desse mês eu tenho condição de dizer qual é a mortalidade infantil de Palmas no mês passado.

P/1 - Não é essa?

R - Que não era... De jeito nenhum, está muito maior. Eu não tenho o dado concreto hoje, mas posso dizer que vai ficar perto de 30%. Trinta por cento não, 30 por mil, que é. Agora, por que é que nós estamos fazendo isso? Porque nós queremos discutir com a população os problemas delas, junto com ela e junto já propor respostas para esses problemas. Como é que eu faço isso com dados de dois, três anos atrás? Tenho que ter dados atuais. Nós conseguimos com que o nosso prefeito, doutor Odir - que também é médico e sensibilizado por essa questão - autorizasse a contratação de outro time de agentes comunitários de saúde não pagos, pelo dinheiro do ministério, mas dentro da mesma filosofia: pagos com recursos próprios do município. E atuando dentro da mesma filosofia do programa, nós tínhamos 30 agentes, e a primeira coisa que nós fizemos de expansão...

P/1 - Vamos contabilizar. Quer dizer, o programa de agente comunitário de saúde aqui em Palmas tinha 31 agentes pelo governo?

R - Pelo programa nacional do PACS nós fizemos, inclusive aliados à coordenação estadual do PACS, um processo de divulgação, de seleção, de treinamento, e já contratamos mais 38 agentes, que são pagos com recursos municipais.

P/1 - Então cada agente... Quer dizer, você duplicaram a ação.

R - Mais do que duplicamos. E nós queremos, até junho, com o processo de expansão do PACS nacional e com a própria definição do município, queremos ter agentes comunitários necessários para cobrir toda a cidade, porque a gente ainda não tem o necessário, a nossa cidade é muito... Você vai ter oportunidade de ver, ela está muito ampla, está sendo ocupada de uma forma ainda um pouco desorganizada, então tem muitos núcleos. Tem o Taquaral, o (Toreni?), o Plano Diretor, ela está muito espalhada ainda.

P/1 - Eles estavam me falando, são 100 mil pessoas aqui, mais ou menos?

R - O censo deu 87, 86... Setecentos, perto de 88 mil pessoas, isso em 96, com um índice de crescimento 27% anual, só que nós atendemos uma região. Temos pelo menos 14 municípios em volta de nós que são muito carentes. Porto Nacional e Paraíso não, já tem uma estrutura relativamente boa para dar atendimento, mas os outros municípios são muito carentes, a gente atende essa região toda. E o que é interessante, temos um grande número de população que é originária de outro estado que vem aqui trabalhar e adoecer... Não, vem aqui para se tratar. É alguém que veio visitar um filho, um parente, porque nós temos gente de todo o Brasil aqui. Adoeceu, tratou, chega lá e fala: "Mais menino, você precisa ver que beleza que é o tratamento lá, você demora dois meses aqui para fazer um exame, lá você consegue em uma semana." Então, quando nós começamos a organizar o serviço aqui, logo no começo eu tive oportunidade de ver isso. Um dos profissionais da equipe disse o seguinte: "Escuta, mas se a gente organizar melhor, demais o serviço, não vamos dar conta de atender todo o pessoal de fora, porque vai vir mais e mais gente para cá." E é verdade, porque atendemos hoje um grande contingente do Pará, da Bahia, do Mato Grosso, do Maranhão.

P/1 - Viajam?

R - Viajam. Tem uma mulher que chega... Eu ainda faço um atendimento semanal para não perder o vínculo com o trabalho lá no hospital, tem uma mulher que chega e fala: "Doutor, eu cheguei ontem e vim especialmente para tratar." Ela não veio passear por outra coisa e ficou doente, ela veio para tratar.

P/1 - Ela veio de onde?

R - Ela veio de Conceição do Araguaia, de São Luís do Maranhão, de Imperatriz do Maranhão, de Teresina. Então nós temos gente de vários lugares aqui. Tem uma cidade, Redenção do Pará, que o pessoal já é freguês aqui de Palmas. Conceição do Araguaia - que é divisa do estado - também, Santa Terezinha do Mato Grosso... Então é muito grande, o Maranhão tem várias cidades que mandam gente para cá. O pessoal de Curionópolis, nós temos um time só de... Eu tenho não aqui, não tenho essa estatística, mas no hospital já tenho essa estatística do pessoal que vem de fora. Oito a dez por cento das internações do hospital lá, que dá em torno de 200 mensais, oito a dez por cento é de pessoal de fora que vem exclusive para se tratar. Essa é uma visão, que se você for por aí fala: "Então não vou organizar, porque senão o pessoal vem para cá." Por outro lado, se você não organizar, não vai atender bem a sua população. Só que a nossa luta não pode ser uma luta só municipal, ela precisa ser uma luta estadual, e precisa ser uma luta nacional porque o sistema precisa funcionar em todos os lugares do país.

P/1 - Deixa eu voltar um pouquinho para os agentes comunitários. Então nós temos 31 que vêm do programa nacional e 38 daqui. Eles atendem mais ou menos quantas pessoas?

R - Olha, cada agente fica responsável por cerca de 200 famílias.

P/1 - Por mês?

R - Ele é responsável por uma área, nessa área tem mais ou menos 200 famílias. Tem área que até um pouquinho mais 220, 250, mas em torno de 200. Então nessa área ele vai fazer a visitação, vai ver o aleitamento materno, vai ver a hidratação oral, orientar higiene, ver o peso da criança, orientar a procura do serviço no postinho da saúde. Ele vai ser a ponte entre o postinho de saúde e lá. Nós, inclusive, estamos organizando mais para que os agente todos sejam, e estamos conseguindo isso, que eles sejam um membro da equipe do postinho, porque até, eu dizia para você quando eu cheguei...

P/1 - Eu queria perguntar, qual é o perfil do agente? Quem é esse agente?

R - Hoje ele é selecionado a partir de alguns critérios. Ele precisa morar na área já há pelo menos dois anos, precisa ser conhecido ali daquela população e estar interessado em fazer esse trabalho. É feita uma seleção com uma prova escrita, uma entrevista pessoal e depois outra entrevista coletiva, depois ele é treinado, é feito um treinamento. Eu penso que em muitos lugares, se não for feito um trabalho de discussão junto com a população, junto com os trabalhadores da saúde, poderá ocorrer o que eu acho que ocorreu aqui. Quando eu cheguei na secretaria, os agentes comunitários reclamavam que o postinho não os recebia assim, valorizando a participação deles, e muitas vezes até achava ruim os agentes comunitários levar problemas para lá. Você discutia com os profissionais de saúde e eles diziam: "Não, mas o agente comunitário só traz problema aqui para nós, então a gente fica chateado com eles, mesmo." Então essa é uma discussão que fizemos imediatamente aqui, para inserir, reinsserir o agente comunitário como membro da equipe do posto de saúde. O posto de saúde como uma unidade que o agente comunitário precisa entender como um instrumento da sua própria missão de trabalho.

P/1 - E essa compreensão não havia?

R - Não havia. Não é que não havia, havia discussão, mas não havia, vamos dizer assim, esse esforço para poder se garantir isso. Hoje nós já fizemos reunião em todos os postos de saúde, trazendo de novo os agentes comunitários para dentro do posto e para dizer que a equipe que trabalha nesse posto tem um ou dois membros que não estão diretamente aqui dentro todo dia, está na comunidade, que é o agente comunitário. Ele precisa trazer para cá é problema mesmo, se ele não trouxer problema, não vai estar cumprindo o papel dele. Então esse é um processo que não adianta você botar num papel, numa portaria, nós nunca fizemos papel para dizer que vai funcionar assim porque o papel não faz as coisas funcionarem, o que faz funcionar é o trabalho diário nesse linha. E é isto que a gente está fazendo desde então. A primeira ação nossa de expansão da secretaria municipal de Palmas foi contratar os agentes comunitários, então além de contratar mais do que o dobro, nós também contratamos mais oito agentes comunitários, que demos o nome de "agentes rurais de saúde", porque eles têm o papel um pouquinho diferente. Eles vão atuar só na população rural, e inclusive, no PACS nacional a zona rural não está integrada a isso. Mas então nós aproveitamos que treinamos mais 38 agentes comunitários para integrar o programa que, apesar de ser mantido com recursos próprios do município, ele está integrado, está na mesma coordenação, no mesmo trabalho, definido nos mesmos critérios que o programa nacional está desenvolvendo. Não existe duas equipe de agentes comunitários, é uma só.

P/1 - Esse programa nacional está aqui em Palmas desde quando?

R - É isso que eu não sei te precisar, porque é a partir do estado. Qual é a data? Então 94 a Secretaria de Estado da Saúde implantou oficialmente o PACS, a partir do programa nacional. Nós, a nível da população, já temos uma luta e uma atuação em alguns lugares, que era a expressão desse trabalho, mas não de forma oficializada, percebeu? Porque isso que eu achei importante, te contar um pouco a nossa história para dizer o porquê eu estou valorizando também o agente comunitário hoje aqui em Palmas. Não é só pelo resultado nacional do PACS, não é pela institucionalização a nível da Secretaria Estadual, que também está muito positiva do PACS. Pela minha própria vivência da importância que o agente comunitário teve em todos os momentos da nossa luta pela saúde, ele modifica, é indicador de saúde, ele salva vidas.

P/1 - De que forma...

R - Ele faz a cobertura. Eu vou te dizer uma coisa, nós estamos em um programa de vacinação nos postos de saúde, não conseguimos vacinar a população infantil toda. Na hora em que eu coloco o agente comunitário dentro dessa equipe, hora que eu integro a ação do agente comunitário para a ação de vacinação, aí eu posso ter certeza que posso pelo menos esperar, ter esperança de que vamos fazer o 100%, porque aqueles que

não vierem, o agente comunitário vai ajudar a trazer, vai ajudar a levar a vacina. Nós não colocamos isso como meta nossa nesse momento, porque a gente está numa fase, vamos dizer assim, de remontagem de toda a estrutura de saúde do município de Palmas, e começamos pelo agentes comunitários. Agora já estamos na fase dos agentes de vigilância em saúde, que vão articular os agentes comunitários.

P/1 - Seriam agentes de...

R - Agente de vigilância em saúde, que vai atuar também - além dessas questões que o agente comunitário vai atuar - mais na parte de endemias, na parte de meio ambiente, na parte do lixo. Nós queremos ter... Até setembro a gente quer ter toda cidade mapeada e com um agente de saúde visitando aquela moradia, é um desafio.

P/1 - Atualmente, a seu ver, esses agentes estão atendendo mais ou menos quanto por cento da população?

R - Eles cobrem.. São 70 agentes vezes 200 famílias, façam a conta. Sete vezes dois, 14. Quatorze mil, 15 a 20% da população. Aí que está, o programa nacional de agentes comunitários não prioriza as capitais, só que a nossa capital vive um momento diferente de outras capitais, grande parte da nossa população está chegando para cá agora sem moradia, sem estrutura, sem nada. Ela vem, a grande maioria é população trabalhadora. Agora, eu não quero ficar na dependência do programa nacional e do programa estadual que eu considero que estão priorizando, estão dando uma ênfase muito forte, mas eu quero andar mais na frente ainda do que eles para fazer a cobertura dos agentes comunitários da cidade toda através dos agentes comunitários de saúde. A nossa ideia é, até setembro, a gente ter uma estrutura organizada, treinada. Para quê? Se uma família chega aqui hoje, de mudança, no mesmo dia ela possa receber a visita de um agente comunitário de saúde para orientar sobre o serviço de saúde, para poder saber como está a vacinação das crianças, para saber como está a saúde desses animais que vieram na mudança, para orientar sobre a questão da água da nossa cidade, como que é o abastecimento de água, o que é que a pessoa deveria fazer em relação ao lixo. Nós não temos coleta seletiva de lixo, ainda. O que é que pode ser feito já a nível de higiene. Então esse é um desafio que nós estamos colocando para o nosso programa de saúde municipal, aí nós vamos precisar articular com o estado em várias ações, vamos precisar articular com o nível federal em várias ações também.

P/1 - Deixa eu fazer uma pergunta. Pelo lado da comunidade, quais são as principais dificuldades que você sente assim, ou do comportamento ou da mentalidade que a comunidade tem?

R - Bom, a gente precisa separar as dificuldades em necessidades. Primeiro as necessidades. As grandes necessidades que o pessoal tem, ainda é na área de alimentação, na área... Por exemplo, tem muita gente que vive aqui com menos de um salário mínimo, e não tem, inclusive, uma renda variável. Então a necessidade se dá de toda ordem, de alimentação, de vestuário, de moradia, de bens de consumo e tudo mais, são as grandes necessidades. Do ponto de vista de dificuldade das ações, o sistema de saúde ainda não está estruturado a estar muito próximo da população, então tem determinadas áreas da cidade que as pessoas tem que andar muito para chegar no serviço de saúde. Aliás, são essas áreas que nós estamos priorizando a ação dos agentes comunitários. Então, enquanto não tem um posto mais próximo, o acesso seja mais fácil, facilitado, esse para nós é um dado que a gente chama de grande dificuldade. A receptividade da população com os agentes comunitários, praticamente não existe, muito pelo contrário, a população recebe o agente como uma coisa positiva.

P/1 - Eles recebem bem?

R - Recebem bem o agente. Agora, naturalmente que nós temos um ou outro caso, porque aí não é pelo perfil do agente, é pela própria, às vezes, personalidade do agente. Tem uns que têm mais facilidade, já são mais conhecidos na região, outros são menos conhecidos, esse é um processo. Mas da segunda, terceira visita em diante, a comunidade, além de receber pessoalmente bem o agente... A partir do momento em que nós estamos dando uma dimensão política muito maior, muito mais valor para a presença do agente comunitário dentro do sistema de saúde, a população tende a receber também com maior receptividade o agente. Nós não temos tido trabalho no sentido de, vamos dizer assim, temos que ganhar a população para esse projeto. Não existe... Já existe uma sensibilização, uma expectativa. O que ocorre é que às vezes a população quer que, aliado ao agente, ter o posto de saúde, coisa que nós ainda não temos pela própria defasagem entre a estrutura que nós temos e a população que nós já temos. Nós temos um serviço de saúde organizado para uma população em torno de 20 a 30 mil pessoas, nós estamos tendo necessidade de correr atrás do tempo perdido, e é o que a gente espera fazer nesse e no próximo ano, a gente avançar muito a expansão da rede da estrutura de saúde do município.

P/1 - Ainda uma última pergunta sobre a população. É fácil, por exemplo, fazer essa informação, a população passar a seguir ou é difícil? Por exemplo, que a população compreenda, as pessoas compreendam: "Olha, você precisa fazer isso e aquilo." Porque o agente, a atividade dele é orientar.

R - Eu até penso que tanto a nossa supervisora dos agentes, como alguns agentes, vão ter oportunidade de dizer pessoalmente melhor essa questão. O que eu avalio hoje, a visão que eu tenho é que em algumas áreas da cidade nós temos esse trabalho mais dinâmico, pela própria forma que se formou aquele bairro, a forma que foi ocupado aquele espaço. Em outras áreas, que foram ocupadas de forma mais desordenada, que as pessoas ainda não (têm) uma estruturação própria, a gente tem mais dificuldade, não pela presença do agente ou pela falta de receptividade, não é isso, é pela, ainda, pouca organização, e pela pouca visão comunitária que a população está tendo ainda. Esse, para nós, é um dado que não existe no nível do Ministério, mas a nível de município. Nós estamos colocando que o agente comunitário vai ser também um agente catalisador e promotor dessa organização, dessa comunidade. Se associar, se organizar, discutir coletivamente as suas questões locais, percebe? Nós não estamos vendo o nosso agente só como agente de lá e ver a parte da saúde individual e da família, a gente quer que ele, na medida do possível, contribua para que a própria população se organize, tenha conhecimento das suas dificuldades, da sua realidade, e coletivamente vai propondo, reivindicando e às vezes exercitando, às vezes promovendo a sua própria melhoria. Isso também é fruto de toda a visão que a gente tem ao longo do tempo do papel que o agente comunitário deve ter no sistema de saúde. Eu penso que o segredo aí é o conceito que a gente tem de saúde, se

o nosso conceito de saúde é só não estar doente, então a gente vai orientar a ação do agente de saúde, do médico, dos outros profissionais para combater as doenças. Se a nova visão é um pouco mais ampla, a gente vai orientar as ações na outra visão. E eu, sempre que eu tenho oportunidade, falo isso, saúde para nós não é só... É qualidade de vida, é ter emprego, é ter lazer, ter tranquilidade, é, inclusive, ter oportunidade de dar opinião, discutir como é que nós vamos fazer, organizar o nosso bairro, a nossa cidade, o nosso estado, como é que nós vamos enfrentar essa dificuldade, essa calamidade que surgiu. Então é fundamental resgatar o direito e a possibilidade de cidadania de cada um de nós. Se eu trabalho o sistema de saúde, hoje eu estou tentando... E nós estamos avançando muito de imprimir essa visão de saúde em toda a nossa equipe de saúde, incluindo o agente comunitário. Nós estamos discutindo no conselho municipal de Palmas toda essa nossa visão de saúde.

P/1 - E os médicos locais e os agentes, eles compreendem essa visão com facilidade ou...

R - Bom, aí nós temos que ver qual é a composição social dos profissionais de saúde. Tem alguns que imediatamente se engajam no processo, porque também estão compreendendo ou estão numa expectativa de saúde nessa linha. Tem outros que dizem o seguinte: "Não, mas eu não quero mexer, se a pessoa não pode comprar remédio o problema não é meu, é social, o meu problema é só orientar." Então, enquanto a gente não tem esse profissional com a visão mais ampla, nós vamos valorizar o que ele possa fazer, mas sabendo que vamos ter que desenvolver outras ações para que a população possa ter esse atendimento integral.

P/1 - Os médicos, atualmente, daqui, são, a maior parte, de Goiás?

R - Não, hoje já tem muita gente, pelo fato do estado ter sido criado...

P/1 - Por que Palmas está crescendo tanto?

R - Porque é a capital do novo estado, há uma expectativa. E na verdade há um processo de crescimento econômico, quer dizer, o fato de ser capital já vai ter um aporte financeiro maior pelos próprios investimentos governamentais. O setor público, por exemplo, o governo federal, o governo estadual, o governo municipal, o recurso público, o funcionalismo público é a nossa... É um dos grandes campos da economia da nossa cidade. A principal fonte de arrecadação do ICMS [Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços] da nossa cidade é o comércio, então nós vamos nos constituir em polo de comércio logo, pelo fato de ser capital. E muitos médicos vieram para cá, alguns vieram inclusive com a visão de saúde, vamos chamar assim, de mais... Ampla da saúde, mais social, outros vieram com a visão medicamentosa, curativa.

P/1 - Eles vêm de onde, hoje em dia?

R - Vêm de Goiás, de Minas, de São Paulo, do Nordeste. Nós temos um grande número de profissionais do Nordeste, da Paraíba... Temos muita gente da Paraíba, tanto médico como outros profissionais, então tem vários estados, são de vários estados os profissionais que estão vindo. Então o que é que a gente está tentando fazer? Primeiro imprimir essa visão ampla de saúde, segundo, fazer a discussão em todos os níveis, no nível dos profissionais, a nível da população, do conselho, da mídia, de modo que as pessoas vão participando, se envolvendo com a saúde. Quando a gente diz para o pessoal que saúde é uma luta de todos, não é só uma figura de retórica, nós estamos tentando, na prática, levar... Algumas portas já estão abertas, mas nós precisamos apenas ocupar esse espaço. Outros lugares nós vamos ter que abrir as portas. Eu fiz agora, em abril, a primeira prestação pública de contas da Secretaria Municipal de Saúde, no Tocantins. Não tem nenhum município que fez isso até hoje. Nós prestamos conta de todo o dinheiro que utilizamos nesses primeiros três meses e fizemos um relatório das atividades que nós conseguimos nesses três meses, nós praticamente triplicamos as consultas médicas com contratação de apenas mais seis médicos nesse período todo. O que é que ocorreu? Ocorreu que houve uma nova motivação do pessoal à luz da visão que a gente está dando para o sistema de saúde. Mas quando a gente faz essa discussão através dos vereadores, não é só para cumprir a lei, tem uma lei federal que estabelece essa obrigatoriedade. A gente está fazendo isso como forma tática, estratégica, de ganhar o apoio do poder legislativo na discussão das questões de saúde. Se eles têm uma reivindicação de determinado setor, discutir onde nós vamos, "precisa instalar um postinho de saúde aqui, mas precisa instalar dez, desses dez nós temos condição de instalar dois, onde é que nós vamos instalar esses dois?" Quem é que vai decidir isso? Não vai ser nem o prefeito nem o secretário, isoladamente, vai ser a equipe de saúde da qual participa o agente comunitário, vai ser o conselho municipal da qual participam as igrejas, as associações, os prestadores. Então essa é uma discussão extremamente difícil de fazer, mas se nós queremos modificar a situação do país, penso que a gente tem que ir por esse caminho.

P/1 - Eu já ia fazer uma pergunta, "qual era o seu sonho", mas é esse.

R - Olha, esse é, eu acho, o instrumento principal. Na verdade acho que o sonho das pessoas se coloca muito dentro dos horizontes visíveis. Aí a gente tem sonho individual, como familiar, o sonho da família, uma série de coisas. Agora, do ponto de vista assim, social, político, eu coloco que nós precisamos fazer tudo o que pudermos para melhorar a saúde da população dentro dessa visão de saúde e qualidade de vida, e isso só vai ser conseguido com a organização da sociedade, com a consciência individual e coletiva. E isso significa a democratização de um país, então a contribuição, o papel que cada um cumpre nesse processo é o meu desafio. Eu não estou hoje, por exemplo, preocupado em fazer isso aqui para divulgar, quero dizer, eu quero ser referência para outros municípios do nosso estado, principalmente da região norte, porque tem muitas coisas que eu estou fazendo aqui a partir da experiência de outros municípios, então tem coisas que a gente está fazendo no exemplo de outros, eu também quero ser exemplo no sentido de multiplicar as coisas positivas. Mas a preocupação maior é da gente poder mostrar que... É possível o SUS funcionar? Sim, desde que a gente queira e esteja empenhado nisso o SUS vai dar certo. Onde ele se implantou efetivamente, deu certo. Mas um dos esteios do SUS é o controle social, é a participação da população. E como é que a população participa, se ela não está informada? Ela precisa ser informada, e isso a gente faz através do trabalho da saúde, mas faz através da escola, então educação também é um trabalho de saúde. Esse é um desafio enorme que a gente está querendo nesse ano de 97 e 98, avançar o máximo que pudermos. Por quê? Porque seria uma oportunidade da gente fortalecer essa luta pelo SUS, porque eu penso que o SUS está ameaçado a nível nacional. Existem grande defensores do SUS, mas também existem grandes inimigos, porque o SUS coloca a saúde como um bem comum e a saúde no Brasil ainda é fonte de lucro pra

muita gente. E essa é uma queda de braço, uma disputa de espaço, uma disputa política. Então, quanto mais a gente puder fortalecer esse lado da defesa do SUS enquanto sistema de saúde universal e de fácil acesso a todos... Agora, isso não vai ser feito de forma mágica, vai ser feito de forma concreta. E esse é o nosso desafio, fazer isso concretamente aqui em Palmas. Nós estamos utilizando a presença do agente comunitário da saúde como fator promotor da transformação, mas como fator estratégico também de implementação dessa visão.

P - Qual é, a seu ver, a dimensão que o PACS tem no contexto da saúde hoje, no país? É grande, é pequena, deveria ser maior? Como você acha que devia ser o encaminhamento?

R/1 - Eu acho que é um potencial enorme. Agora, eu penso que o PACS também está sendo submetido a um jogo de interesses. Há, por exemplo, determinados momentos... Eu, particularmente, fico com receio do PACS ser transformado numa categoria de trabalhador da saúde, e aí vai perder todo o valor da dedicação individual das pessoas. Eu quero dar apoio, quero dar condições, bolsa para que os agentes comunitários possam se dedicar, mas eu quero também ser um promotor, um estímulo para que ele coloque a sua energia, o seu estímulo como coisa própria dele, como coisa comunitária. O dia que ele fizer isso só pelo emprego, ele está adquirindo... Acho que perde um pouco, perde um pouco não, perde muito do trabalho que ele está fazendo. E hoje um pouco já está sendo perdido por causa disso. Por outro lado, tem muita gente, muitos municípios, muitos estados utilizando o PACS como substitutivo, como um estepe de outras ações que ele deveria fazer associados aos agentes de saúde. Eu sei que tem município no Brasil que pega recurso do PACS e utiliza em outro. Então nós precisamos fazer essa discussão de forma transparente, de forma corajosa, para poder resgatar o valor e o grande potencial de transformação que os agentes comunitários de saúde têm. É isso que eu penso que a gente tem condição de fazer em Palmas. É preciso investir mais recursos em saúde, em todo o sistema, tanto recurso federal, estadual, como municipal. Hoje nós já estamos conseguindo que o prefeito coloque recursos próprios para aumentar os agentes comunitários. Estamos lutando e acreditando que vamos conseguir, o nosso prefeito está muito sensibilizado, e eu penso que a gente vai poder avançar muito dele dotar de maiores recursos municipais para a saúde aqui no município. Quanto mais recurso a gente tiver, mais condições de trabalho a gente vai ter. Agora, não adianta só recurso, é preciso ter clareza dessa missão, e essa missão só vai se tornar clara se eu fizer essa discussão aberta com todos os segmentos da sociedade, até com aqueles que são contra esse tipo de trabalho que a gente está desenhando.

P/1 - Deixa eu fazer uma última pergunta. O senhor conhece essa participação que a Abifarma tem, fez para PACS, uma doação? O senhor sabe o que é?

R - Eu conheço um pouco, não conheço muito não. A partir da discussão que a coordenação estadual fez, tem informado algumas coisas para nós. O dia que me falaram, eu falei para eles: "Eu só estou com medo que o dia que eles vierem a gente estar comprometido ou não estar aqui." Mas se eu estiver aqui, o que a gente estiver fazendo, vai deixar para dar apoio para esse trabalho, porque é uma forma de divulgar e ampliar essa discussão que eu dizia agora para você.

P/1 - Mas qual é a visão da participação?

R - Quando você me perguntou eu já estava com a resposta emendada.

P/1 - Claro, mas qual é sua visão da participação da iniciativa privada dando isso para um programa como esse?

R - Em primeiro lugar eu quero te falar que eu acho importante esse apoio que se está dando para possibilitar uma discussão mais ampla, tanto de divulgar experiências positivas, como de abrir a discussão, mesmo, em torno disso. Segundo, acho que a iniciativa privada nós temos dois canais, canais não, nós temos dois interesses de participação. Temos o interesse da iniciativa privada de promover a melhoria da qualidade de vida... Eu conheço, por exemplo, determinados setores empresariais que estão dando uma grande contribuição ao desenvolvimento econômico do país, e dando uma contribuição para a melhoria da qualidade de vida e da participação popular, da cidadania. Com isso, setores também empresariais da iniciativa privada que estão dando uma grande contribuição para o desenvolvimento econômico, estão dando um grande prejuízo para a democracia e para a condição de vida do cidadão, da população como um todo. Então é nesse sentido que eu procuro sempre chamar e valorizar a participação da iniciativa privada. A indústria farmacêutica em vários momentos apoia congressos médicos que vão fazer uma grande discussão e promover mudanças de conceitos, mudanças de comportamentos. A gente precisa valorizar e avaliar esse tipo de participação como positivo. Há outros momentos que há uma preocupação de apoiar determinadas discussões mais no sentido de dar um reforço muito mais medicamentoso para a saúde, do que social. Acho que hoje não dá pra hoje nós dispensarmos o uso da tecnologia na luta pela saúde, mas, por outro lado, não dá para fazer toda a transformação que nós queremos fazer na saúde a partir só do campo tecnológico, seja de equipamento, seja da indústria farmacêutica. Todas as vezes que nós temos chance de fazer um processo de parceria, eu valorizo essa parceria e até estímulo, vou atrás. Busco porque acho que tem um papel, tem uma importância muito grande a contribuição da iniciativa privada na divulgação e na construção dessa sociedade que queremos fazer sadia.