

Na Baixada Fluminense, à sombra da ‘Esfinge do Rio’: lutas populares e políticas de saúde na alvorada do SUS

Baixada Fluminense, in the shadow of the “Sphinx of Rio”:
popular movements and health policies in the wake of the SUS

Fernando Antônio Pires-Alves¹
Carlos Henrique Assunção Paiva¹
Nísia Trindade Lima²

Abstract *This paper addresses the popular health movement in Nova Iguaçu-RJ in the 1970s and 1980s. Amidst political repression, residents organized themselves to find solutions to various problems, including health problems. Health demands are enhanced both by the dengue epidemic and linkages with the Brazilian health reform and a struggle for democracy. Using documental historical sources from newspapers, health dissemination papers and documents from the House of Oswaldo Cruz-Fiocruz collection, this paper concludes that the example of Nova Iguaçu reveals both the complexity of the process of political opening at the local level and efforts of conducting a health reform where it was needed the most. Resistance on the part of the medical corporation, private interests in health and the existence of a still incipient popular political organization and culture are some of the elements that account for the hardships in advancing the manifest wishes of policies. The specificities of local arenas also point to possible institutional arrangements, sometimes very peculiar and not reproducible in other settings.*

Key words *Health services reform, History of public health, Popular movements in health, History of Nova Iguaçu-RJ, Health policy*

Resumo *O artigo revisita o movimento popular por saúde em Nova Iguaçu-RJ nas décadas de 1970 e 1980. Em meio à repressão política, moradores se organizaram para encontrar soluções para diversos problemas, entre eles os da saúde. A luta pela saúde se potencializa tanto pela epidemia de dengue quanto pelas conexões com a reforma sanitária brasileira e pela democracia. Com apoio de fontes documentais provenientes de jornais diários, artigos de divulgação em saúde e do acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, o artigo conclui que o exemplo de Nova Iguaçu é revelador tanto acerca da complexidade do processo de abertura política em âmbito local quanto dos esforços de condução de uma reforma sanitária onde ela se fazia mais necessária. A resistência de parte da corporação médica, os interesses privados na saúde, a existência de uma cultura política popular ainda incipiente e um associativismo em formação são alguns dos elementos que dão conta das dificuldades em se fazer avançar os anseios manifestos no plano das políticas. As especificidades das arenas locais, também apontam para as possibilidades de arranjos institucionais, por vezes, muito peculiares e não reproduzíveis em outros cenários.*

Palavras-chave *Reforma dos serviços de saúde, História da saúde pública, Movimentos populares em saúde, História de Nova Iguaçu-RJ, Política de saúde*

¹ Observatório História e Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.. Av. Brasil 4036/402, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil.

fpiresalves@gmail.com

² Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Em fins de maio de 1986, na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, grupos organizados de Nova Iguaçu e dos outros municípios se preparavam para obstruir a Rodovia Presidente Dutra, a principal do país, em uma manifestação pelo direito à saúde, numa região de crescimento urbano desordenado, infraestrutura precária, onde o emergente flagelo da dengue fazia centenas de novas vítimas diariamente e onde imperavam o clientelismo e a violência.

Essa mobilização por melhores condições de vida em Nova Iguaçu vinha de longe, pelo menos desde meados da década de 1970, quando o desejo de mudança voltava a mobilizar os espíritos, apesar de todos os receios da vida sob a ditadura civil-militar. Além dos atores locais, autoridades das instituições de saúde participavam da manifestação. O então superintendente regional do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) se fazia presente. João Carlos Serra era parte da equipe de Hésio Cordeiro, que há alguns meses assumira a Presidência do Inamps. Nessa função executiva, Cordeiro representava um movimento multifacetado, que militava, também desde meados dos anos 1970, por mudanças nas instituições, nas políticas e práticas de saúde e, no limite, por mudanças estruturais na nossa formação social: a Reforma Sanitária Brasileira.

Este artigo revisita aquele movimento popular por saúde, principalmente em Nova Iguaçu, seu epicentro, entre os anos 1970 e 1980. Em meio à atmosfera repressiva, moradores vinham desde a década anterior se reunindo em busca de soluções para problemas em áreas como habitação, saúde, transporte, e educação, no que terminaria por se tornar uma significativa expressão das mobilizações populares de bairro que marcam a luta pela democracia.

Não foram poucos os êxitos dessa militância, inclusive na saúde. Examinamos essas demandas populares e as respostas dos poderes públicos, principalmente a partir da perspectiva do INAMPS, quando conduzido por Cordeiro e um grupo de técnicos, todos oriundos da Reforma Sanitária, movimento que havia logrado incluir parte das suas diretrizes no programa do governo que se inaugurara com a posse inesperada de José Sarney, em março de 1985. Trata-se, portanto, de revisitar, em perspectiva histórica, esse encontro entre um movimento de bairros relevante e as políticas reformistas em saúde praticadas por uma das instâncias mais importantes: o INAMPS. Este texto é também uma forma de, com o foco

na gestão e perspectiva de Cordeiro, examinar, na prática, os primeiros passos de transformação em política dos princípios doutrinários da reforma. Tudo isso em meio a um processo de reorganização partidária que, como quase sempre ocorre, impunha mais demarcações e distâncias, que afinidades comuns.

O Movimento Amigo dos Bairros de Nova Iguaçu (MAB) já foi objeto de estudo, em diferentes contextos e enfoques¹⁻⁴ inclusive da saúde coletiva, onde se examinam as suas conexões com a Reforma Sanitária⁵⁻⁸. Boa parte dessa literatura foi escrita ainda na década de 1980 e nos primeiros anos noventa, e algumas obras permaneceram com circulação reduzida sob a forma de dissertações acadêmicas. Assim, este artigo é também um convite à releitura desses trabalhos. Em diálogo com essa literatura, as fontes primárias mobilizadas foram: (1) artigos de jornais diários do Rio de Janeiro; (2) artigos de divulgação em saúde, notadamente as publicações do projeto Radis-Fiocruz; e (3) documentos constantes do Arquivo Pessoal de Hésio Cordeiro e entrevistas que integram o acervo da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz.

Muito dos debates de hoje já se faziam presentes ali, na alvorada do SUS, seja em torno da organização e financiamento da assistência médica pública; seja das suas relações com a prestação empresarial de serviços; seja quanto aos regimes de trabalho em saúde; das formas de promover uma melhor distribuição de recursos no território; ou, ainda, da participação social na gestão, das suas possibilidades e limites.

Mobilização popular e saúde na Baixada Fluminense

A Baixada Fluminense foi palco de movimentos reivindicatórios desde os anos 1950, que se tornaram mais presentes às vésperas do golpe de 1964. Era uma reação a um processo de expansão urbana desordenada e às difíceis condições de vida. Esse primeiro ciclo de mobilização popular foi, todavia, abortado pela ditadura. Em meados da década de 1970, porém, o período de retração da mobilização dos moradores chegava ao seu final. Seu ponto de partida foi a formação, sob a liderança de Dom Adriano Hipólito, Bispo de Nova Iguaçu, de grupos paroquiais católicos para a discussão dos problemas da coletividade. Dom Adriano chegara à região em 1966 e já em 1968 a diocese adotava a formação de comunidades eclesiais como sua orientação. Aos poucos, sua atuação buscou um perfil mais formativo das lideranças locais e um maior grau de organização.

De início, constituiu-se o Movimento de Integração Comunitária para, algum tempo depois, empreender uma revitalização da Caritas Diocesana, tornando-a uma entidade formal responsável pelas obras sociais. Nos anos 1970, sobretudo na segunda metade, esses grupos associaram-se a organizações clandestinas de oposição ao regime. Àquela altura, as condições locais se tornavam socialmente ainda mais graves, na medida em que o crescimento urbano desordenado se acentuava e com ele os serviços precários e a violência^{1,3,5,8}.

As questões de saúde constituíram um dos focos iniciais do movimento em Nova Iguaçu. Em 1974, quatro médicos sanitaristas, Antônio Ivo de Carvalho, Anna Leonor de Carvalho, José de Carvalho Noronha e Lúcia Souto, iniciaram a prestação de atendimento em um posto de saúde da diocese no bairro do Cabuçu. Progressivamente, uma pauta de reivindicações em torno das condições de vida passa a ser proposta, servindo de chave para um processo de organização dos moradores. No ano seguinte, cria-se o Programa Comunitário de Assistência Materno-Infantil e, em finais de 1975, a Diocese chegou a operar dezoito ambulatorios locais e deu início à realização de encontros periódicos, inclusive com a Pastoral Operária e os poucos movimentos independentes, lançando as bases de um processo de formação de associações de moradores em vários bairros, aproximando-se também das organizações clandestinas de oposição ao regime militar. A criação do Movimento de Amigos de Bairros (MAB) como uma entidade de coordenação e interlocução com as instituições públicas foi o passo seguinte^{3,5,7,8}.

Toda essa movimentação chamaria atenção dos representantes locais das práticas intimidadoras dos tempos de ditadura. Em setembro daquele ano de 1976, Dom Adriano foi sequestrado, espancado, banhado em tinta vermelha e abandonado sem vestimentas em um local ermo. Este atentado teve repercussão nacional e terminou por dar visibilidade e, ao fim e ao cabo, fortalecer o movimento que a igreja e os grupos de resistência empreendiam na Baixada^{1,3}.

Até 1985, aproximadamente, a trajetória desse movimento de bairros pode ser descrita, em uma tentativa de síntese, como comportando três processos entrelaçados. O primeiro diz respeito à criação de associações de moradores integradas ao movimento, um processo desigual, onde se distinguem aquelas comunidades mais permeáveis à mobilização e aquelas de organização incipiente. Em 1983, mais de uma centena de associações já havia se organizado formalmente em uma federação^{1,3}.

Um segundo processo diz respeito à eleição das reivindicações coletivas capazes de produzir resultados e proporcionar um salto no processo de mobilização. Em uma sequência mais ou menos cronológica incluíram: (1) a formalização de reuniões regulares com o executivo municipal, inclusive para o acompanhamento das decisões; (2) a defesa do direito à moradia de mais de um milhar de mutuários de conjuntos habitacionais do BNH, então em crise de inadimplência e expostos a processos coletivos de despejo; (3) o fim da cobrança ilegal e generalizada de taxas nas escolas públicas; e (4) a luta contra os aumentos abusivos nas tarifas de transporte público. A saúde, um tema presente desde a primeira hora, tendeu a assumir a forma de uma luta por melhorias na infraestrutura de saneamento, dos serviços preventivos e da assistência médica. Em 1986, uma epidemia inaugural de dengue empurraria a saúde para o primeiro plano das reivindicações³. Quanto a esse ponto, vale assinalar que a presença de populares organizados, o acesso aos médicos militantes, entre eles, além dos já citados, Nelson Nahon, integrante do conselho comunitário, e o respeito à experiência de vida dos moradores permitiram um alarme relativamente rápido acerca da presença da doença⁹, em um evento próximo do que hoje vem se denominando vigilância popular em saúde.

Um terceiro processo a ser considerado, de natureza necessariamente complexa, se refere às implicações para o MAB do retorno à vida democrática. A reorganização da sociedade civil propiciava a sua associação a processos como o da constituição da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ), e em escala nacional, do Movimento Contra a Carestia, o que aumentava o peso político do movimento frente ao contexto político local e estadual. Paulatinamente, tornava-se também mais presente a diferenciação interna do movimento em torno das tendências ideológicas e doutrinárias presentes nas oposições à esquerda na política brasileira^{3,8}.

Mesmo com o fim do bipartidarismo, em 1979, muitos imaginavam que a política fluminense permaneceria ainda por algum tempo limitada à competição tradicional entre os grupos partidários de Chagas Freitas e Amaral Peixoto, agora acomodados no PMDB e no PDS. O campo dos movimentos populares, por seu turno, seria demarcado, por um lado, por aqueles partidários de um alinhamento com o que consideravam um campo democrático, que incluía o PMDB, o PCB, PCdo B e organizações de esquerda, como o MR8. De outro lado, perfilavam os grupamentos

interessados na construção de alternativas que se pretendiam de maior autonomia frente à política tradicional, ancoradas nos movimentos sindicais e populares. Neste campo se posicionavam boa parte da militância das comunidades católicas, o Partido dos Trabalhadores, recém-criado, e os grupos de esquerda que a ele aderiram.

No contexto fluminense, esse quadro seria radicalmente afetado quando da campanha para as eleições estaduais de 1982. O trabalhismo de Leonel Brizola se tornaria um fenômeno eleitoral, empolgaria setores populares e frustraria, no caso de Nova Iguaçu, as expectativas eleitorais de algumas das lideranças mais próximas do PMDB que participavam do movimento de bairros¹⁰. Esse se tornara então também uma arena de disputa entre as forças presentes nessa nova configuração.

Em 1986 a correlação de forças no plano estadual mudaria com a eleição de Moreira Franco, pelo PMDB, que na saúde constituiu uma equipe favorável às teses da reforma, inclusive quanto à Nova Iguaçu. Nas pastas de Bem Estar e Assuntos Fundiários estava o vice-governador Francisco Amaral, político iguaçuano, com proximidades ao movimento de bairros e ao PCB¹⁰. Na secretaria estadual de saúde estava Sérgio Arouca, do PCB e do movimento sanitário, que levava para a sua equipe, entre outros, Antônio Ivo de Carvalho, sanitarista com atuação em Nova Iguaçu. No plano federal, Hésio Cordeiro, presidente do Inamps, era um aliado de peso. Na sua equipe figurava José Noronha, também atuante no MAB, e outros jovens sanitaristas⁶.

Quando o MAB empreendeu o bloqueio da Via Dutra, em maio de 1986, era o último ano do governo estadual de Leonel Brizola. As opções partidárias e as possibilidades eleitorais se faziam decisivamente presentes. Àquela altura, o prefeito de Nova Iguaçu, Paulo Leone, acusado de malversação de recursos, estava sob pressão dos movimentos de bairro e dos políticos opositoristas. No mês de abril, uma passeata com mais de 2000 pessoas percorreu o centro da cidade, pedindo a sua renúncia e reivindicando a melhoria dos serviços, inclusive de saúde, agora sob o impacto da epidemia de dengue¹¹.

Hésio Cordeiro e as políticas do Inamps

Formado médico em 1965, pela Faculdade de Ciências Médicas da antiga Universidade do Estado da Guanabara (atual UERJ), após uma trajetória acadêmica em que conviveu com figuras como Juan Cesar Garcia, Piquet Carneiro, Nina Pereira Nunes e Moisés Szklo, Hésio Cordeiro

tornou-se um dos fundadores do Instituto de Medicina Social (IMS) da então Universidade do Estado da Guanabara (UEG), que logo se constituiu num dos principais polos de renovação do pensamento crítico em Medicina Social¹². Como professor dessa casa, Hésio desenvolveu estudos fundamentais para a compreensão da assistência médica no âmbito da previdência social¹³ e da política de medicamentos¹⁴, o que incluiu o seu doutoramento na Universidade de São Paulo, em 1981¹⁵. Cerca de dois anos mais tarde, assumiria a direção da atual Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). É desta posição de reconhecimento acadêmico e político entre seus pares que Hésio pavimentaria o caminho que culminaria em sua indicação para a Presidência do Inamps.

Em 1985, os principais artífices do movimento pela reforma sanitária, pelo menos em sua vertente ligada à academia, defendiam, à rigor, os mesmos compromissos do movimento na segunda metade dos anos 1970. Temáticas como democracia, universalização, participação social e descentralização estavam na agenda de debates e intenções políticas. Com relação ao tema da estatização dos serviços havia diferentes avaliações na virada da década¹⁶. Em boa medida, o fracasso de iniciativas como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde), revelaram, pelo menos para alguns atores, que não havia condições institucionais e políticas para ancorar a desapropriação da enorme rede hospitalar que já contava com representantes organizados na defesa os seus interesses¹⁷. Desta forma, nos primeiros anos da década de 1980, verifica-se uma variação de posições quanto à estatização dos serviços de saúde. Para uma parte dos reformistas a estatização não poderia ser alcançada imediatamente, mas ser tratada como um processo que, como tal, demandaria tempo e luta política.

A gestão de Cordeiro se inicia, por outro lado, como desdobramento de transformações já em curso, de ruptura com os “nós do autoritarismo”¹⁸. Em 1982, teve início o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social, o ‘Plano do Conasp’. Na prática, envolvia a execução de várias iniciativas, dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) e a prestação da assistência médica, independente da existência de vínculo com a previdência social^{19,20}. A antiga estrutura de financiamento da saúde começava então a sofrer alterações importantes de modo que o modelo de pagamento por unidade de serviço, comumente referido como grande fonte de corrupção, cedia lugar ao modelo de blocos de financiamento¹⁹. Em 1984, a AIS era transformada em estratégia, tomando por orien-

tação a integração interinstitucional sob direção do setor público; a definição de ações com base no perfil epidemiológico; a regionalização e a hierarquização dos serviços, inclusive os privados; e a descentralização do processo de planejamento e administração, entre outras orientações²⁰.

Hésio Cordeiro chegara à Presidência do Inamps graças aos acordos que viabilizaram a vitória da chapa Tancredo Neves/José Sarney, liderada pela coalisão PMDB/PFL e decorre especialmente da decisão de Sarney de manter a mesma composição ministerial engendrada por Tancredo²¹, o que significou a presença de Waldir Pires na pasta da Previdência e Assistência Social (MPAS). Na composição do segundo escalão do governo, forças mais à esquerda da coalisão governista foram capazes de obter espaços importantes e a posse de Cordeiro como Presidente do Inamps, vinculado ao MPAS, é parte deste arranjo^{19,22} e, é claro, ele não estava sozinho. Em posições estratégicas no Instituto, estavam José Noronha, José Gomes Temporão, Eduardo Levcovitz e José Paranguá de Santana entre outros colaboradores¹⁵.

Ao assumir a direção do INAMPS, Hésio procurou avançar nas estratégias do ciclo anterior com o planejamento e administração descentralizados nos níveis estadual, regional e municipal. A ideia era conferir novo estatuto à negociação política. As AIS, que sob a gestão de Aloisio Sales alcançara quinze unidades da federação, nacionaliza-se por completo^{18,23}.

Em 1987, todavia, o debate trazia à tona a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde. Para algumas posições, as AIS eram uma iniciativa 'racionalizadora' e tecnocrática, incapaz de produzir as mudanças com o nível de radicalidade desejado. Em entrevista publicada em junho de 1988, Cordeiro afirmou que um dos maiores legados de sua gestão teria sido a "descentralização dentro do Inamps", tornando as unidades da federação responsáveis pelos seus programas e pela celebração de compromissos junto aos municípios²⁴.

Cordeiro organizou sua gestão em torno de cinco pontos: (1) fortalecer os mecanismos de gestão colegiada e descentralizada em âmbito estadual; (2) elaborar uma programação integrada e descentralizada; (3) recuperar os serviços, com maior investimento e qualidade no custeio; (4) melhorar a prestação dos serviços; (5) desconcentrar recursos então destinados às regiões Sul e Sudeste. Como eixos transversais assumia-se (a) a universalização do acesso aos serviços de saúde e (b) o apoio às Ações Integradas de Saúde, a serem conduzidas pelo INAMPS, pelo Minis-

tério da Saúde e pelas secretarias de estado. Era a forma de dar início à implantação de um novo sistema de saúde^{19,25}.

Com êxito importante e visibilidade pública ao enfrentar uma longa tradição de corrupção e relações promiscuas entre a iniciativa privada e a previdência¹⁹, o Inamps foi uma das bases institucionais que viabilizaram a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Ali, buscava-se contribuir para o estabelecimento de uma agenda que pudesse unificar as posições tanto daqueles que apoiavam e participavam do governo inaugural da Nova República, quanto os que permaneciam na oposição²⁰. Inicia-se a chamada 'estratégia-ponte' para a implantação do SUS, com a transferência de hospitais e ambulatorios para os estados. Com este propósito, a partir de 1987, as AIS foram substituídas pelos Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde (SUDS) e avançava-se, por esta via, no estabelecimento de convênios com as secretarias estaduais de saúde e destas com as secretarias municipais, o que para alguns era expressão de uma hegemonia do Inamps na saúde^{19,26}.

Em termos operacionais, o SUDS encaminhava a transferência de unidades assistenciais do Inamps para os estados, o Distrito federal e territórios e, inclusive, para os municípios; cedia imóveis e equipamentos; transferia recursos financeiros para os serviços descentralizados e cedia pessoal. Mesmo após a exoneração de Raphael de Almeida Magalhães e a posse do novo ministro, Renato Archer, em outubro de 1987, o processo manteve a mesma direção¹⁹.

Entretanto, a conjuntura política e econômica se deteriorava rapidamente. Passado o entusiasmo em torno do Plano Cruzado, os país se deparava com uma crise econômica e social colossal. Em julho de 1986, o governo anunciava um pacote de medidas que impunha duras restrições ao consumo, que se revelaram incapazes de enfrentar a crise. Em fevereiro de 1987, o governo declarou moratória da dívida externa²¹.

A recomposição da sustentação partidária do governo Sarney, em torno de uma centro-direita fisiológica, teve como um dos temas centrais a extensão do mandato do presidente e culminaria com o afastamento do governo dos não aderentes à proposta. Nas mudanças no ministério, Magalhães deixaria o MPAS. Adicionalmente, o presidente recebeu mal a implantação do SUDS no Maranhão, seu estado de origem, quando contrariado em seus interesses²³. Em março de 1988, já na gestão de Renato Archer, Cordeiro deixava a condução do Inamps, uma decisão objeto de várias manifestações de repúdio¹⁵.

Boa parte das orientações e mudanças promovidas pela gestão de Cordeiro se institucionalizaram no novo sistema de saúde regulamentado em 1990. Legaram-nos fortalezas e fragilidades que se perpetuariam no tempo. No Rio de Janeiro, o instituto concentrava cerca de metade dos seus recursos operacionais e a Baixada Fluminense, diante de um estado de crise sanitária, seria uma das frentes relevantes para uma saúde em processo de reforma.

Crise da saúde, demanda popular e resposta pública

A inauguração do Hospital da Posse foi talvez a primeira luta do MAB em torno da infraestrutura propriamente hospitalar de saúde. A construção do hospital fora iniciativa de um grupo privado, mediante financiamento público, e foi posteriormente objeto de desapropriação federal, em maio de 1980. Em setembro, o MAB já reclamava da demora na sua inauguração. Somente às vésperas das eleições de 1982 o hospital passaria a funcionar, tendo sido realizado um concurso para a constituição das suas equipes. Seu funcionamento, no entanto, seria problemático e objeto de críticas^{3,5}.

Então, a tônica da prestação de serviços na Baixada obedecia a um padrão: essencialmente curativa, baixa oferta e qualidade de serviços públicos e praticamente uma indução ao atendimento por uma profusão de clínicas e hospitais particulares igualmente problemáticos, credenciados pelo INAMPS^{5,27}.

Em 1983, o governo do estado e os ministérios da saúde e previdência firmaram um convênio base para a implantação do Programa das Ações Integradas de Saúde, que estabelecia a região do Grande Rio como uma das áreas prioritárias²⁸. No ano seguinte foram assinados os acordos com as prefeituras locais, inclusive com Nova Iguaçu. O MAB passa a então pressionar pela criação e funcionamento de fato dos conselhos comunitários previstos naqueles instrumentos. Em maio de 1985, um documento de balanço elaborado pelo MAB dava conta do completo desinteresse da prefeitura no funcionamento dessas instâncias, além de uma reduzidíssima capacidade de execução dos recursos já transferidos pelo governo federal³.

Neste mesmo maio de 1985, teve início a gestão de Hésio Cordeiro no INAMPS. Em que pese a tarefa de fazer avançar uma nova abordagem sistêmica para a saúde, um dos problemas imediatos era fazer funcionar e ampliar a rede própria de hospitais e postos, em um ambiente ins-

titucional marcado por todo tipo de práticas de corrupção. Outro desafio era gerir o trabalho e as demandas reprimidas por reajustes salariais e por condições adequadas de trabalho em um quadro de inflação descontrolada herdado dos governos militares. No Rio de Janeiro, estas questões se tornaram ainda mais agudas.

Depois de um primeiro ano marcado pelo combate às fraudes e pelo enfrentamento de uma greve nacional dos servidores, o segundo ano da gestão seria impactado pela emergência da dengue como fenômeno epidemiológico relevante. Uma das primeiras áreas impactadas foi a Baixada Fluminense e Nova Iguaçu em particular.

Na região, o bom funcionamento do Hospital da Posse era ainda uma promessa. Para tornar o hospital operacional, a direção do INAMPS teria de enfrentar um problema já crônico. Em inícios de 1986, ela anunciou a intenção de avaliar a disponibilidade de médicos nos hospitais das regiões centrais e estudar a sua realocação nas áreas mais desfavorecidas. No que concerne ao Hospital da Posse em particular, pretendia reestudar a movimentação do pessoal médico de contratação recente mediante concurso. Tais remoções tinham sido feitas à pedido e implicaram em um êxodo de quase a metade dos profissionais²⁹.

Esse tipo de prática era comum em todo o Brasil. Em um exemplo extremo, mas real, médicos faziam concurso para trabalhar em Manaus e em poucos meses estavam lotados no Rio de Janeiro, recorrendo a favores políticos para facilitar a movimentação. A direção do INAMPS considerou essa prática ilegal. O concurso para Nova Iguaçu estava expressamente dirigido para lotação no município ou em áreas prioritárias. O Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, o conselho regional e várias associações médicas saíram em defesa dos médicos e teve início uma batalha de portarias e mandados de segurança. Enquanto isso, alguns diretores de hospitais se recusavam a apresentar uma lista com indicação de pessoal eventualmente excedente, uma polêmica que chegou a dividir o próprio movimento sindical médico, recebendo oposição daqueles que criticavam uma defesa acentadamente corporativista da categoria, e a colocar associações de moradores em lados opostos. Numa solução de compromisso, formulada dois meses depois do início da crise, acordou-se a realocação temporária e emergencial de cento e onze profissionais médicos. No primeiro dia de vigência do acordo, quatro médicos se reapresentaram no hospital²⁹. Mesmo nos tempos inaugurais da Nova República e da Reforma Sanitária, de um grande consenso em torno da necessidade de mudanças, não se-

ria tarefa simples mover a corporação médica de suas posições. Ainda que fossem quatro dezenas de quilômetros.

Foi em meio à crise da dengue, à crise do Hospital da Posse e a uma luta política aguda no município que os moradores interromperam o tráfego na Rodovia Presidente Dutra reivindicando a decretação de estado de calamidade pública e uma ampla reforma dos serviços. No microfone, moradores e servidores do hospital da Posse, de um lado, e sindicalistas médicos, de outro, se manifestaram em posições conflitantes.

O INAMPS, sob a tripla pressão da epidemia de dengue, do movimento de bairros e da proximidade da eleição na esfera estadual, ultimava a preparação de um programa específico: o Programa SOS Baixada. Em Nova Iguaçu, o quadro político local tornava inviável a inclusão da prefeitura na arquitetura institucional para a condução do programa. Com a interveniência do MAB, a Caritas Diocesana foi mobilizada como instância local alternativa e entidade executora. A Secretaria Estadual de Saúde, na primeira hora, também esteve afastada do processo de formulação do programa e da gestão das novas unidades a serem construídas⁵, o que refletia as tensões político-eleitorais da ocasião. A assinatura do convênio às vésperas do pleito e a transformação da solenidade em ato de campanha da coligação liderada pelo PMDB chegaram a ser publicamente criticadas por lideranças do próprio MAB³. É digno de registro que, nos marcos de uma reforma que pretendia promover um processo de descentralização, segundo as proposições do movimento da reforma sanitária, o programa para Nova Iguaçu tenha sido originalmente formulado sem uma maior presença das esferas do estado e do município.

Entre os objetivos, estava transformar Nova Iguaçu no “primeiro distrito sanitário do Brasil” a ser instituído no processo da reforma sanitária³⁰. Propunha-se uma reorganização da rede de serviços, provendo-se a prestação de serviços em todos os níveis de complexidade. Nova Iguaçu dispunha então, com funcionamento problemático, do hospital, de quatro unidades de pronto atendimento do INAMPS, vinte postos de saúde municipais, e um centro estadual de saúde. Com o programa, seriam acrescidos quatro novos postos do INAMPS e o credenciamento de trinta e cinco consultórios médicos populares, reforçando-se a rede da diocese. A administração dos consultórios ficaria a cargo da Caritas Diocesana, mediante repasse de recursos do INAMPS já alocados e não utilizados pela prefeitura. O Comitê Comunitário de Saúde validaria os médicos a se-

rem credenciados nos consultórios, segundo um critério que privilegiaria, pela ordem, os médicos voluntários militantes na rede filantrópica, os médicos residentes em Nova Iguaçu, vinculados ou não ao instituto, e aqueles que vinculados e não residentes desejassem uma lotação no município, recebendo uma compensação financeira^{30,31}. A concepção inicial do programa previa o credenciamento de médicos, com clientela cadastrada, que receberiam por clientela e não por consulta realizada, à semelhança do que ocorria no modelo do National Institute of Health inglês. Tal proposta recebeu críticas diretas da fração do movimento sanitário que defendia uma orientação para a prestação dos serviços pelo Estado^{32,33}.

A ampliação da cooperação com a Caritas Diocesana se inicia em finais de 1986, com resultados estimulantes. Em julho de 1987, o Jornal do Brasil publicou uma extensa e elogiosa reportagem sobre uma iniciativa que estava “revolucionando o atendimento”, com consultas demoradas, visitas domiciliares e palestras educativas numa atmosfera de aproximação com a comunidade³⁴.

Com a vitória de Moreira Franco e a chegada da coligação liderada pelo PMDB ao governo estadual, abria-se a possibilidade de uma maior articulação com a instância estadual na formação do programa. Sérgio Arouca era o novo secretário estadual. Entre seus assessores imediatos figurava Antônio Ivo de Carvalho. Lucia Souto, também do grupo militante em Nova Iguaçu, ex-secretária do MAB, comporia a coordenação das ações na Baixada. Quando Sérgio Arouca deixa a secretaria, forçado a optar entre esse posto e o de presidente da Fiocruz, a pasta da saúde vai ser assumida por José Noronha, outro dos sanitaristas atuantes no município^{5,8}.

Com uma maior presença da instância estadual, a iniciativa passa a ser denominada Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB), assumindo um escopo que pretendia a instalação de quatorze unidades mistas, além da construção de dois hospitais gerais e outros dez postos ambulatoriais concebidos para trabalhar a partir do conceito de demanda adstrita, sendo o paciente atendido de preferência pela mesma equipe multiprofissional. As unidades mistas seriam compostas de cinco consultórios médicos e um odontológico, laboratório, serviços de radiologia, emergência, imunização, e uma farmácia de atendimento a usuários. Contariam com um conselho diretor, onde teriam assento representantes de funcionários e moradores. Esses últimos teriam voz ativa, ainda, no processo de escolha das localidades onde seriam instaladas as unidades. Concebidas para o

desenvolvimento de ações integrais, previa-se uma baixa referência para unidades de maior complexidade. Essas unidades começaram a entrar em operação em outubro de 1988, funcionando em colaboração com os vinte e oito postos sob responsabilidade da Caritas Diocesana³⁵.

Em março de 1988, esta favorável conjunção de circunstâncias político-institucionais, que mantinha alinhados o INAMPS e a Secretaria Estadual de Saúde, se romperia com a substituição de Hésio Cordeiro na presidência do instituto. Se por um lado, no Congresso Constituinte foi possível garantir-se a votação de um texto que afirmava, pelo menos em parte, os princípios que orientavam o movimento da reforma sanitária, de outro, no plano do executivo federal, o tipo de arranjo partidário que daria uma sustentação conservadora aos últimos anos do governo Sarney implicava em mais entraves que possibilidades para o avanço do SUDS.

Em finais de 1988 o cenário político se alteraria em Nova Iguaçu. As acusações de corrupção culminam com uma intervenção no executivo municipal. Francisco Amaral, vice-governador, foi designado interventor. Nessa conjuntura, Lucia Souto assumiu a pasta municipal de saúde. Em poucos meses, os governos municipal e estadual assinam um convenio da municipalização das atividades a cargo do estado³⁶.

A implementação do SUDS e do seu sucedâneo, o SUS, enfrentaria dificuldades de várias ordens no município. Segundo Zancan et al.⁵, a transformação da proposta original do SOS Baixada em um programa com um importante componente estadual implicaria em mudanças importantes na sua formatação, passando a atribuir uma maior centralidade ao funcionamento da rede estadual de unidades mistas. Tal centralidade teria resultado em um reforço da função de pronto atendimento, com baixa integração a uma rede de referência, e teria replicado o modelo de cuidado e competido sem êxito com a rede de clínicas privadas e sua influência local.

A implantação das unidades mistas também foi objeto de críticas, seja pela demora na sua implantação, seja pela inauguração das primeiras unidades terem ocorrido às pressas e às vésperas das eleições municipais. Àquela altura o ambiente político era dominado pela competição eleitoral e por conflitos que dividiam também o movimento de bairros. Nessa conjuntura de finais de 1988 em particular, por exemplo, o MAB e a FAMERJ eram dirigidos por lideranças concorrentes^{3,6}.

No plano mais geral, após a reconfiguração à direita da base parlamentar do governo Sarney e

da saída de Hésio Cordeiro do INAMPS, o processo de reforma da saúde passou a enfrentar dificuldades adicionais. Os repasses do Inamps aos estados foram drasticamente reduzidos, muito abaixo dos reajustes concedidos aos prestadores privados. Ao mesmo tempo, crescia a resistência em transferir poder real para as órbitas estadual e municipal. Voltava a barganha clientelista tradicional do velho Inamps e o controle centralizado sobre internações e pagamentos a hospitais e clínicas³⁵⁻³⁸.

Em fevereiro de 1991, em artigo no *Jornal do Brasil*, Cordeiro declara que uma crise talvez irreversível atingira os projetos na baixada. Então filiado ao PDT e na oposição, identificava o governo estadual como responsável. Cordeiro lamentava o abandono de um projeto orientado pelas ideias de continuidade e integralidade do cuidado junto a indivíduos e famílias; de resposta às demandas dos pacientes; de participação e controle social nos processos de gestão; e de remuneração adequada e estimulante aos trabalhadores. Segundo Cordeiro, o governo do estado, em seus últimos anos de mandato, teria deliberado por reduzir os recursos alocados. Embora reclamasse maiores repasses do governo central, seguia reduzindo o percentual global anual dos gastos em saúde. E na Baixada isso se tornava ainda mais grave³⁹. Se a saúde era desfinanciada, a Baixada Fluminense retornava ao abandono.

Considerações finais

Em janeiro de 1991, às vésperas de um novo governo de Leonel Brizola no estado, os moradores da baixada voltaram a interromper o trânsito de uma rodovia federal, agora da Washington Luiz. Na pauta, a construção de um hospital geral em Duque de Caxias, o combate à dengue que começava a se manifestar sob as formas mais graves, a melhoria do saneamento e um protesto exatamente contra a falência do programa especial da baixada. Os mecanismos de contratação de pessoal em regime alternativo haviam sido abandonados, e os serviços, inclusive os mini postos, retornavam ao funcionamento precário⁴⁰. Uma iniciativa considerada virtuosa pelos moradores chegava ao seu final.

Na década anterior, ainda que sob constrangimentos de várias ordens, o processo de democratização alcançara um avanço crucial com a Constituição de 1988. Sua parte indissociável, os vários movimentos por qualidade de vida, direitos sociais e cidadania, cada um a seu modo, trilham o caminho em direção à vida sob a demo-

cracia. O MAB foi convocado nesse texto como um exemplar significativo desse tipo de experiência coletiva, em um contexto social de enormes dificuldades, igualmente modelar das mazelas do crescimento econômico acelerado quando este ocorre na ausência da democracia.

Naquela mesma década, um amplo movimento nacional pela instituição do direito à saúde e pela universalização do acesso ao cuidado ganhava importância na vida política brasileira. A democracia, mais do que um valor formal, se apresentava como o meio pelo qual se assentariam direitos fundamentais e políticas sociais extensivas, capazes de tanto fazer varrer o passado, quanto pavimentar um futuro digno para os brasileiros. No campo específico da saúde, políticas como a AIS, o SUDS e, finalmente, a modelagem do SUS, constituem exemplos não só do alinhamento dessa arena ao debate nacional, mas, sobretudo, do seu protagonismo na contenda mais ampla acerca do papel do Estado na construção da cidadania. E, no campo das transformações institucionais em curso, o INAMPS, a figura de Hésio Cordeiro e a equipe que o apoiava desempenhariam papel decisivo na conformação de ideias, políticas e programas que foram cruciais para a construção do SUS.

O exemplo de Nova Iguaçu nos revela o quão foi complexo e multifacetado tanto o processo de abertura política em âmbito local quanto, em especial, os esforços de condução de uma reforma sanitária onde ela se fazia mais necessária. A resistência de parte da corporação médica, os interesses privados na prestação de serviços de saúde, a existência de uma cultura política popular ainda incipiente e um associativismo em formação são alguns dos elementos que dão conta das dificuldades em se fazer avançar os anseios e desejos manifestos no plano das políticas.

A especificidade das arenas locais, contudo, não só nos diz acerca das dificuldades mais concretas de realização da reforma sanitária, mas também aponta para as possibilidades de arranjos institucionais, por vezes, muito peculiares e não reproduzíveis em outros cenários. Por exemplo, o papel particular da figura de Dom Adriano Hipólito para a conformação de um movimento social.

Além disso, a arena local foi também capaz de explicitar como, na alvorada do SUS, diante da eclosão da dengue como um agravo persistente, na periferia da metrópole que concentrava a maior parte dos recursos operacionais da maior agência pública de saúde, a reforma sanitária en-

frentou questões como as dificuldades na alocação de pessoal médico em áreas desfavorecidas; da contratação e auditoria da prestação privada de serviços; do financiamento e coordenação dos arranjos institucionais entre as esferas de governo; da continuidade programática face aos conflitos doutrinários e a competição político-partidária; e da viabilidade e formas de praticar o controle social. Nesse sentido, a situação local também contribuiu para a compreensão geral sobre as propostas políticas e as condições para viabilizá-las.

Duas décadas depois, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão, ao refletir sobre as condições da prestação da assistência médica no Grande Rio, mobilizava a ideia de uma esfinge a ser decifrada: a 'Esfinge do Rio'. Como, com tantos equipamentos e meios, continuávamos sem equacionar ali as condições dos serviços de saúde? Em pauta, questões em muito similares e atualizadas das experimentadas naqueles tempos de reconstrução democrática e de afirmação de direitos, mesmo após o esforço continuado de uma geração inteira de militantes pela democracia e pela saúde.

Colaboradores

FA Pires-Alves, CHA Paiva e NT Lima compartilham igualmente a concepção e redação do trabalho.

Agradecimentos

Em memória de Maria José Assunção Paiva. Agradecemos a leitura prévia e os comentários de Antônio Ivo de Carvalho, José Noronha e Rivaldo Venâncio da Cunha. Agradecemos igualmente à Gabriele Carvalho de Freitas o apoio às atividades de identificação de fontes documentais. A elaboração desse artigo contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ, da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz e da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro – FAPERJ.

Referências

1. Mainwaring S. Os movimentos populares de base e a luta pela democracia: Nova Iguaçu. In: Stepan A, organizador. *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988. p. 275-301.
2. Renou TG. *A diocese de Nova Iguaçu e a questão da educação e saúde nos movimentos sociais de 1970-1990* [dissertação]. Niterói: UFF; 1994.
3. Silva PT. *Origem e Trajetória do Movimento Amigos de Bairros em Nova Iguaçu (MAB) 1974/1992: Relação vanguarda-base-massa: práxis política e educativa* [dissertação]. Rio de Janeiro; Fundação Getúlio Vargas; 1993.
4. Pinheiro Junior JM. *A Formação do Pt na Baixada Fluminense: um estudo sobre Nova Iguaçu e Duque de Caxias* [dissertação]. Niterói: UFF; 2007.
5. Zancan L, Magalhães R, Souza RG. Atores Sociais na formulação do programa especial de saúde da Baixada. Bodstein R, organizador. *Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 41-62.
6. Gerschman S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
7. Stotz EN. A Educação Popular nos Movimentos Sociais da Saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde* 2005; 3(1):9-30.
8. Souto L. *O Direito à Saúde e a Reforma Democrática do Estado Brasileiro: uma construção social republicana* [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2012.
9. Surto foi detectado por piloto de avião. *Jornal do Brasil* 1986 abr 29; s.p. A Hemeroteca do Radis – acessível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis> - que reúne recortes de jornais, não fornece indicação de página. As fontes jornalísticas sem indicação de página são dessa coleção.
10. Amaral F. *Francisco Amaral (depoimento, 1999)*. Rio de Janeiro: CPDOC/ALERJ; 2001.
11. Passeata em Nova Iguaçu pede mudança de prefeito. *Jornal do Brasil* 1986 abr 25; p. 4.
12. Bezerra Júnior B, Sayd J. *Um mestrado certo para um momento preciso: as dissertações de mestrado em medicina social 1978-1990 – uma crônica*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; 1993.
13. Cordeiro H. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
14. Cordeiro H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
15. Buss P. Medicina social no Brasil: esboço do perfil de um pioneiro. *Cad Saude Publica* 1988; 4(3):342-348.
16. Dowbor M. *A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
17. Menicucci TA. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.
18. Paim J. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cad Saude Publica* 1986; 2(2):167-183.
19. Cordeiro H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial; 1991. (Coleção Saúde, 1)
20. Escorel S. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, et al., organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 385-434.
21. Fausto B. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp; 2003
22. Cordeiro H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à História do SUS. *Physis* 2004; 14(2):343-362.
23. Cordeiro H. *Entrevista à Casa de Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; 2004.
24. Centro Brasileiro De Estudos De Saúde (CEBES). Inamps: dois passos adiante e um para trás. *Saúde em debate* 1988 jun 21; p.36-38.
25. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Relatório de Atividades*. Rio de Janeiro: INAMPS; 1985.
26. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Relatório de Atividades 1986-1987*. Rio de Janeiro: INAMPS; 1988.
27. População da baixada, mal de saúde, fechará a Dutra. *Jornal do Brasil* 1986 mai 18; s.p.
28. Convênio unifica o atendimento médico no estado. *Jornal do Brasil* 1983 out 19; p. 5.
29. Liminar dá garantia a médicos. *Jornal do Brasil* 1986 mai 13; s.p.
30. Baixada terá distrito sanitário. *Jornal do Brasil* 1986 out 03; p. 5.
31. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Distritos de Saúde*. Rio de Janeiro: INAMPS; 1986.
32. A hora e a vez do médico de família. *Jornal do Brasil* 1986 nov 13; s.p.
33. Pagamento por captação não se coaduna com a Reforma Sanitária. *Súmula* 1987, abr; p. 2.
34. Inamps revoluciona atendimento na Baixada. *Jornal do Brasil* 1987 jul 12; s.p.
35. Noronha JC, Pereira TRC, Levcovitz E. Estratégias para a Construção de Sistemas Locais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1990; 109:5-9.
36. Sem acerto de contas. *Tribuna da imprensa* 1989 fev 22; s.p.
37. SUDS: retrocesso, não! *Súmula* 1988 nov; p. 1.
38. Programa na Baixada combate carências da miséria. *Proposta* 1989 set; p. 3.
39. Cordeiro H. Saúde na Baixada. *Jornal do Brasil* 1991 mar 2. p. 11. Rio de Janeiro.
40. Moradores denunciam descaso. *Súmula* 1991 abr; p. 5.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 28/02/2018