

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA-EXECUTIVA  
DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO



# café com idéias

AS IDÉIAS DO CAFÉ

VOLUME 2 / 2006

SÉRIE B. TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE



BRASÍLIA - DF  
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 3.º andar - sala 350

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3442 / 3315-3480

Faxes: (61) 3226-9737

E-mail: [dad@saude.gov.br](mailto:dad@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

*Organização:*

Alexsandro Dias

Débora Benchimol

Karina Zambrana

Raquel Turci

*Coordenação:*

André Luiz Bonifácio de Carvalho – DAD/SE

Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE

*Colaboração:*

Lucia Vânia Cardoso de Oliveira – DAD/SE

Maria Izabel Vilasboas Senra

*Apoio:*

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde Coletiva (Abrasco)

Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI)

Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)

*Capa:*

André Chistopher Koller (designer gráfico da MiCA Mídia Cards)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.

Café com idéias : as idéias do café : volume 2/2006 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 260 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-1321-1

1. Gestão de qualidade. 2. SUS (BR). 3. Descentralização. I. Título. II. Série.

NLM WA 525

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1335

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Coffee with ideas: the ideas of the coffee: volume 2

Em espanhol: Café con ideas: las ideas del café: volumen 2

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

71200-040 Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

*Equipe Editorial:*

Normalização: Vanessa Kelly

Revisão: Luiz Claudios

Projeto gráfico e diagramação: Daniel Miranda

# SUMÁRIO

- Apresentação, 5
- 1 Introdução, 9
- 2 Saúde e Cidadania (Café com Idéias – fevereiro de 2006), 15
  - 2.1 Fala Inicial dos Facilitadores, 15
  - 2.2 Considerações dos Participantes, 23
  - 2.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 30
- 3 Relações Federativas: Autonomia X Pactuação (Café com Idéias – março de 2006), 47
  - 3.1 Fala Inicial do Facilitador, 47
  - 3.2 Considerações dos Participantes, 51
  - 3.3 Consideração Final do Facilitador, 59
- 4 Co-Gestão Regional na Potencialização de um Sistema de Saúde Único, Integrado, de Qualidade e Resolutivo (Café com Idéias – abril de 2006), 81
  - 4.1 Fala Inicial dos Facilitadores, 81
  - 4.2 Considerações dos Participantes, 89
  - 4.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 99
- 5 Integridade e Equidade – Ainda um Desafio? (Café com Idéias – maio de 2006), 113
  - 5.1 Fala Inicial do Facilitador, 113

- 5.2 Considerações dos Participantes, *117*
- 5.3 Consideração Final do Facilitador, *125*
- 6 Negociações e Conflitos: Superando Limites (Café com Idéias – junho de 2006), *143*
  - 6.1 Fala Inicial dos Facilitadores, *143*
  - 6.2 Considerações dos Participantes, *154*
  - 6.3 Considerações Finais dos Facilitadores, *158*
- 7 Equipe, Um mais Um é Sempre mais que Dois (Café com Idéias – julho de 2006), *169*
  - 7.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, *169*
  - 7.2 Considerações dos Participantes, *177*
  - 7.3 Considerações Finais dos Facilitadores, *180*
- 8 Integralidade e Humanização (Café com Idéias – agosto de 2006), *193*
  - 8.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, *193*
  - 8.2 Considerações dos Participantes, *202*
  - 8.3 Considerações Finais dos Facilitadores, *206*
- 9 Promoção da Saúde (Café com Idéias – setembro de 2006), *215*
  - 9.1 Falas Iniciais das Facilitadoras, *215*
  - 9.2 Considerações dos Participantes, *222*
  - 9.3 Considerações Finais das Facilitadoras, *227*
- 10 Descentralização das Políticas Públicas (Café com Idéias – outubro de 2006), *239*
  - 10.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, *239*
  - 10.2 Considerações dos Participantes, *246*
  - 10.3 Considerações Finais dos Facilitadores, *251*

# APRESENTAÇÃO





## APRESENTAÇÃO

Qualificar a gestão pública é uma necessidade constante de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o que tem motivado diversas iniciativas do Ministério da Saúde (MS) para ampliar a cooperação e a integração entre as diversas ações operadas pelas três esferas de gestão – federal, estadual e municipal.

Em 22 de fevereiro de 2006, foi publicada a Portaria GM/MS nº 399, que divulga as diretrizes do Pacto pela Saúde nas suas dimensões pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmado entre os três gestores do SUS – Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e aprovado no Conselho Nacional de Saúde.

Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, a serem efetivadas de forma solidária e cooperativa entre as três esferas de Gestão. Para tanto, o Ministério da Saúde, no desempenho de sua função de cooperação técnica e financeira aos es-

tados e municípios (respeitando suas competências), tem avançado na consolidação de estratégias, como o “Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS”, que contribuam para o processo de qualificação da gestão e que impactem, positivamente, no perfil da saúde e na qualidade de vida das populações.

A estratégia do “Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS”, coordenada por meio do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) e do Comitê Gestor do Apoio integrado, composto por representantes de todas as secretarias e órgãos do MS, trata das relações estabelecidas entre as esferas governamentais e propõe um olhar mais abrangente à gestão e aos processos de coordenação do SUS, voltado a uma atenção específica para as áreas prioritizadas entre o Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais e pelo controle social. Diante deste contexto de mudanças, esta estratégia tem como prioridade o apoio à implementação do Pacto pela Saúde nos Estados e Municípios.

É esse processo permanente de ordenamento e qualificação da atuação da gestão que o “Plano de

Formação dos Apoiadores” busca realizar, compartilhando responsabilidades e objetivos para o desenvolvimento e consolidação do sistema por meio da política de educação permanente. Para tanto, surgiu em 2005 a iniciativa do “Café com Idéias”, um espaço mensal de encontro dos trabalhadores da saúde para a reflexão e aprimoramento em relação aos temas de maior pertinência, temas estes sempre indicados pelos próprios participantes. Esta segunda publicação “Café com Idéias: as idéias do café ” tem o objetivo de fortalecer e socializar as idéias do café ocorridas durante os “Cafés com Idéias” do ano de 2006.

**Jarbas Barbosa da Silva Junior**  
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde



# INTRODUÇÃO





# 1 INTRODUÇÃO

A Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), através do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) e do Comitê Gestor do Apoio Integrado, iniciou, em abril de 2005, a realização dos encontros do “Café com Idéias”, que tem no ano de 2006 sua segunda edição. Esta ação tem como objetivo contribuir para a qualificação dos profissionais do Ministério da Saúde (MS) que atuam junto à política de “Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS” e implementar o Plano de Formação dos Apoia-dores, sempre acompanhando as novas demandas que nascem a partir das mudanças – que têm hoje a sua maior representatividade com o Pacto pela Saúde.

O “Café com Idéias” configura-se como um espaço de formação, no qual são convidados dois facilitadores especialistas para coordenar uma conversa informal sobre os temas indicados pelos próprios participantes dos encontros. Realizados mensalmente e acompanhados de um agradável lanche no fim de

tarde, os encontros são transmitidos, em tempo real, pela página eletrônica do Ministério da Saúde, possibilitando a participação de um maior número de interessados no debate.

Neste sentido, a Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada (CGAGD/DAD/MS) reuniu o conjunto dos debates realizados no ano de 2006, e apresenta-os aqui como “As idéias do Café” – uma publicação que reproduz as falas dos participantes e facilitadores dos encontros. Para tanto, mantemos o mesmo formato da publicação do ano de 2005, que preserva o contexto e a fidedignidade das falas, transportando o leitor para o clima dos encontros ocorridos.

Essa iniciativa é uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). É coordenada pelo Comitê Gestor do Apoio Integrado e conta com o apoio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e da Coordenação geral de Documentação e Informação (CGDI), do Ministério da Saúde.

Desejamos que essa segunda publicação continue possibilitando a socialização das “Idéias do Café”, bem como a continuidade dos debates, a fim de garantir a formação permanente dos atores envolvidos com o processo de permanente qualificação da gestão do SUS.

**Departamento de Apoio à Descentralização (DAD)**  
**Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada**

# SAÚDE E CIDADANIA



Odaír Furtado  
Paulo Amarante



## 2 SAÚDE E CIDADANIA

### CAFÉ COM IDÉIAS – FEVEREIRO DE 2006

Data: 23/02/2006

#### **Odair Furtado**

Professor-Visitante do Instituto de Psicologia da UNB

#### **Paulo Amarante**

Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Mental da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

### 2.1 Fala Inicial dos Facilitadores

#### **Odair Furtado**

Esse tema, *Saúde e Cidadania*, é uma certa armadilha, porque ao mesmo tempo em que é um tema empolgante, é debatido e conhecido, vai servir muito para o Café com Idéias, onde vamos trocar impressões sobre o assunto. E a armadilha é que eu corro o risco de falar aqui o que todo mundo já sabe, ou pelo menos imagina, ou tem pensado sobre isso. Então as formas de colocarmos as idéias de cidadania nesse momento no país e a questão da saúde tem que ser através de pontos que vamos levantando e depois aprofundando conforme o debate.

Eu imaginei, conhecendo a experiência do Paulo, que ele tem muito a falar sobre Cidadania e Saúde, principalmente de Saúde, pois a militância dele é nessa área, (e a reforma psiquiátrica tem um pólo importante nisso) Por isso vou tensionar o outro pólo do binômio que é a questão da cidadania, e tenho alguns pontos a serem levantados:

**1º. Condições de Cidadania no Brasil** – considerando a história desse país, onde nunca tivemos uma vivência de cidadania, nunca tivemos desde o Brasil Colônia com a sua condição de dominado; no Brasil-Império também não tivemos essa experiência; na República, que veio com a possibilidade de construir esse “pólo de cidadania”, já temos um momento social considerável, forças populares se organizando, as greves operárias a partir de 1910, a organização operária antes disso. Temos condições para isso e até 1930 as condições históricas são de profunda submissão das camadas populares. Florestan Fernandes chama de Revolução Burguesa no Brasil, onde temos novamente a possibilidade e a esperança; entretanto temos um período de populismo inaugurado por Getúlio Vargas, desde Ditadura do Estado Novo até o momento da Democratização em 1946 e a Promulgação de uma Constituição, sendo essa a mais avançada que tivemos na história do país até então, com eleições livres; Prestes sendo eleito Senador naquele período por dois Estados onde a questão da cidadania é colocada como foco; e novamente o jogo que podemos

chamar genericamente das elites, as classes dominantes controlando as cenas políticas até o Golpe de 64 quando passamos vinte e tantos anos de ausência de liberdade de expressão, enfim, não vou me estender nisso, porque é história recente e todos se lembram do que foi vivido nesse período com prisões, assassinatos, perseguições, exílios, até nas grandes mobilizações pelas Diretas, quando há um momento em que as forças populares vão para as ruas, sendo o momento em que poderíamos estar derrubando a Ditadura Militar, da mesma maneira como ocorreu em vários Países da América controlado pelas classes dominantes, acordo em que foi eleito Tancredo Neves; com a nova Constituição é dada novamente uma condição de co-relação de forças mais avançada do que a de 46, com a presença bem caracterizada dos movimentos populares organizados, a despeito dela não ter sido assumida pelos Partidos Populares, dentre eles o próprio Partido dos Trabalhadores que naquele momento não a considerou suficientemente avançada e não caracterizou como uma Constituição Popular. Essa é a perspectiva dos movimentos populares e aquele foi o texto nego-



ciado e possível naquele momento, que para a história brasileira representava um movimento avançado. Mesmo nessa circunstância não podemos dizer que a partir desse momento temos plena cidadania. A noção de cidadania se constrói e está em construção, ela está em perspectiva;

**2º Condições Sociais** – aí está a chave para essa discussão. Temos 36 milhões de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza, ou seja, não têm um dólar por dia para garantir a sua sobrevivência, e de acordo com os índices do Banco Mundial, não há como a pessoa repor as suas necessidades de proteínas; temos por volta de 35 milhões de pessoas que têm condições de consumo, que vão desde os que podem consumir muito até os que podem consumir pouco; e temos 100 milhões de pessoas que estão acima da linha da pobreza, entretanto, não têm condições de pleno consumo, em geral têm condições de repor a mão-de-obra, do ponto de vista da Economia e do Capitalismo Mundial. Esse grupo é suficiente para manter esse país como um país de interesse do capital internacional.

Cidadania? Eu só posso entender cidadania como garantia de acesso a uma educação de qualidade, a

uma saúde de qualidade, à moradia, à alimentação, a trabalho, à renda ou emprego, a lazer e, por último, ao respeito às diferenças. E garantir essas condições de pleno acesso não depende de vontade e de querer, depende de outro termo, e temos que colocar em questão o próprio termo Cidadania. Esse termo, que é genérico, como temos o povo, por exemplo, que também é genérico e atinge a todos (atinge os 36 milhões que não têm garantia de US\$ 1,00 por dia) e atinge o fulano que tem plena condição de consumo. Se o termo Cidadania atende a todos? Eu diria que ele esconde uma questão central que é a diferença de classes. E temos que discutir a Cidadania do ponto de vista de diferenças de Classes, de como estão e se definem as classes sociais no nosso país, porque só vamos garantir acesso à educação, saúde com qualidade, moradia, alimentação, trabalho e lazer se nós tivermos um movimento popular em torno da construção da Cidadania. É preciso organização popular como ponto de vista próprio para que possamos construir, negociar, pactuar não no sentido reformista, mas para construirmos a cidadania. É preciso também que todas as vozes sejam ouvidas, e teremos a Cidadania com um Movimento

Social Organizado, exemplo disso nós temos como próprio o Movimento Social em torno da Saúde. Eu termino me apresentando: faço parte do Conselho Federal de Psicologia e represento no CFP (Conselho Federal de Psicologia) e no FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área de Saúde), ali está a Organização dos Trabalhadores em torno da Saúde. Dias atrás vocês tiveram uma tensão em torno da questão do Pacto, onde os representantes dos trabalhadores da saúde estavam tencionando para fazer valer o ponto de vista dos trabalhadores. Isso é negociar. Estou falando de Construção de Cidadania num determinado patamar, não estou falando do melhor do mundo, estou falando das garantias mínimas para sobreviver neste país. Esse é o ponto de vista que estou colocando neste momento e é assim que eu entendo a discussão sobre a Cidadania.

### **Paulo Amarante**

Eu sou Paulo Amarante, da Fundação Oswaldo Cruz, onde coordeno nesse momento o curso de Especialização em Saúde Mental. Estamos fazendo 25 anos ininterruptos de existência e tivemos várias pes-

soas, técnicos do Ministério, que passaram por nossos quadros e nossos cursos. Fui Coordenador do Mestrado de Planejamento na Fundação Oswaldo Cruz e estou como professor titular na área de Saúde Mental. Sou militante dos movimentos de saúde há muito tempo e vou começar um pouco por aí.

Quando fui cumprimentar o Dr. Francisco Campos, eu vi a foto do Dr. Sérgio Arouca, que é uma pessoa que eu sempre me lembro muito com a maior saudade e o maior carinho. E hoje a Escola Nacional de Saúde Pública se chama Sérgio Arouca. Já tinha ouvido falar tanto do Sérgio Arouca quanto do Ari Capristano.

Vou falar um pouco da questão da Cidadania da Saúde de uma maneira geral. 1976 é uma data muito importante na História da Saúde Pública, da Cidadania e do Brasil, porque foi o ano de criação dos CEBES (Centro Brasileiro de Estudo de Saúde), entidade essa que começou a organizar o chamado pensamento crítico em saúde, um pensamento que não considerava que Saúde fosse assistência médica, que fosse prestação de serviço por atividades assistencialistas, mas que fosse qualidade de vida. Isso é uma questão fun-

damental no que diz respeito à cidadania no sentido mais amplo. Cidadania não é só ter acesso ao médico, ao remédio ou ao hospital quando se está doente, mas é ter qualidade de vida e condições de melhora de vida, que significa além dos *slogans* que vemos banalizados nas propagandas e campanhas políticas, significa alimentação, salário e participação social.

Não há democracia, não há saúde, não há cidadania sem a participação social. Foi muito importante a criação dos CEBES que existem até hoje no Brasil. É muito importante falarmos de coisas que foram criadas e continuam existindo. Em 1976 foi uma invenção criativa, como foi essa do *Café com Idéias*, de fazer uma revista e organizar o pensamento crítico, feita pelo Davi Capristano e o José Rubens de Alcântara Bonfim. De 76 em diante, esse grupo começou a se reunir, e fez um documento para a Sociedade Brasileira, que está publicado na Revista Saúde e Debate. Essa revista existe até hoje e tem resistência. Ela cria e formula o pensamento crítico em saúde. Na edição de número 09, vem esse documento em que o CEBES, esse grupo de pessoas, Francisco Campos, José Gomes

Temporão, que hoje são Secretários aqui, o Ézio Cordeiro, Sérgio Arouca e eu tivemos a honra de participar historicamente desse momento.

Eu, junto com a Sônia Fleury, escrevemos um documento chamado “A questão democrática na área da saúde”. Por que a questão democrática na área da saúde? Porque a democracia está ligada à idéia de cidadania. E a idéia de cidadania vem dos gregos, a idéia de que, além do espaço público ou privado, do espaço interno da pessoa e da família, existe o espaço público, onde toda pessoa deve participar para construção dos momentos e dos espaços da boa convivência, de respeitar os direitos e cumprir os deveres para com esse coletivo. Essa é a idéia da democracia, de ouvir, de respeitar, de entender o que o outro diz e construir com ele idéias de consenso e embates e até mesmo as idéias de descenso, onde seja compreendido e entendido o ponto de vista do outro. Por isso a idéia de cidadania nasce com a idéia de democracia, e cidadania vem da idéia de “cidade”, que os gregos chamavam de *polis*, de onde vem a idéia de “política”. Esta dá a idéia do “convívio”, pois as pessoas respeitam os espaços onde

todos devem conviver. E esse documento da questão Democrática na área da Saúde foi lido de público num momento muito importante, influenciando a História da Saúde Pública no Brasil. Foi no 1º Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, em Brasília, organizado por Max Mauro, Ubaldo Dantas, Almir Gabriel, Mário Magalhães (esposo de Nizes da Silveira) que fizeram um depoimento histórico dos 50 anos de Saúde Pública no Brasil. Esse documento pela primeira vez fala da idéia de um Sistema Único de Saúde, o SUS. Ali está escrito com essa sigla, com essa expressão. Um sistema que não fosse a organização dos serviços de rede, por melhor que fosse, mas que envolvesse a participação social e dos usuários do serviço, que é a população brasileira. E nasce a expressão “usuário”, não como algo banalizado, mas como uma idéia do consumidor, de usuário do bem público. E como tal deve participar e construir esse processo. Esse documento é histórico, foi construído nesse momento e deu origem à idéia do SUS.

Depois, em 1985, tivemos a Nova República. Sérgio Arouca tornou-se Presidente da Fundação

Oswaldo Cruz, recuperando a Fundação em todo um processo de participação social. Tivemos também o Eleutério Rodrigues Neto, que foi Secretário Geral do Ministério e Presidente do CEBES. Tivemos todo esse processo que cresceu e depois tivemos a 8ª Conferência, com o Sérgio Arouca como presidente, que foi também algo revolucionário em termos de cidadania.

Nenhum país tem esse processo como tem o Brasil, em que a sociedade brasileira participa, nas suas instituições, na sua unidade de trabalho, na sua cidade, no seu estado e em nível nacional. Os observadores estrangeiros ficam perplexos. Giovanni Berlinguer, Senador da República Italiana, volta e meia fala que é impossível reunir em qualquer outro país do mundo tanta gente engajada e discutindo Saúde na sua cidade e no seu país. Essa idéia nasce e se consolida nessa proposta do SUS, na 8ª Conferência. Até a 7ª Conferência eram reuniões meio de tecnocratas, de formadores de opiniões mais centrais e nenhum processo foi tão coletivo, criativo e tão amplo como o da 8ª Conferência. O Arouca teve até a preocupação de retirar os números *romanos* e colocar o *arábico*.

Foi o SUS, depois a Constituinte em 1988. Vou voltar para a questão da Cidadania pensando na idéia do que foi o conceito que surgiu nessa 8ª Conferência, “Reforma Sanitária”. E a maior parte das pessoas entende como a reorganização do setor saúde – uma reformulação desse setor – de hierarquizar, regionalizar, fazer referência. De fato, pode estar havendo esse risco. Acredito... embora eu seja mais da Saúde Mental, mas estou sempre ligado à Saúde Pública e Coletiva, como eu sou da Abrasco, nós não podemos perder a dimensão de que a Reforma Sanitária era um processo social complexo, um processo de transformação da questão da saúde na sociedade e não uma reformulação da área da saúde.

Então... 1º aspecto: um campo com uma dimensão desse processo social que é a dimensão de produção de conhecimento e de questionamento dos conceitos de saúde, e que a gente não fique meramente relacionado ao conceito de “doença” enquanto “doença”, enquanto defeito, dificuldade, distúrbio. O Oliver Sax fala assim: “Neurologia é a ciência dos “dis”, disritmia, distímia, é tudo doença, “defeito” é

quando você pode olhar Vida mesmo nos processos mais patológicos”. Então a idéia é mudar a relação, o processo de saúde e enfermidade como conceito, a dimensão técnica assistencial da transformação retirando do campo do modelo hospitalar. Não é só a Reforma Psiquiátrica e a área da Saúde Mental que quer tirar do hospital o *Programa de Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde do Idoso*. Nós tivemos um modelo altamente centrado no hospital especialista e centralizado em grandes núcleos e voltado para a utilização de recursos sofisticados. Não fomos formados para trabalhar com a comunidade. Eu sou Médico. Médico odeia escutar pessoas. É minha experiência e não é nenhuma crítica. Ele não quer ouvir o paciente, ele quer saber onde está doendo para ele poder medicar. Nós não aprendemos a ouvir família, a trabalhar com a comunidade, a incluir a participação social no nosso trabalho. É toda uma mudança de postura e da relação jurídico-política, que é outra dimensão. E eu penso que o processo de estruturação do Setor Saúde no Brasil está investindo pouco na dimensão sócio-cultural.

Não poderia deixar de fazer um pequeno comentário em relação ao campo da Saúde Mental, não poderia deixar de falar dessa área que acho muito importante. O conceito de cidadania surgiu na Grécia. E, depois, com Marxell, a idéia de Cidadania foi ampliada não só como uma questão política, mas de Direito Social e Civil, principalmente na França, quando a questão do conceito foi atualizada, depois de todo o período de certo obscurantismo da Idade Média. O conceito de cidadania moderno é atualizado na Revolução Francesa, que é um momento fundamental para a história presente, com a idéia de superar o Estado absolutista e o *clero*, que determinavam o futuro e a vida dos outros. Então ela marca o início da modernidade, que é homem tornar-se sujeito da própria história. Ele transforma a vida, a matéria e a natureza, e nesse momento é necessário rediscutir as relações políticas. Ressurge o conceito de Cidadania.

Philippe Pinel foi um grande médico, titular de medicina da faculdade de Paris e fundou o primeiro hospital, escreveu o primeiro livro de psiquiatria e não era só psiquiatra, ele foi um grande médico e ficou muito

ligado à psiquiatria. O mundo inteiro tem Hospital Pinel. Ele foi muito importante para a história da medicina, da clínica moderna. Você vê a importância de Pinel. No Rio é sinônimo de maluco e acabou pegando no jargão popular esse significado. Se você fala que fulano é “pinel” já se imagina que a pessoa é doente mental.

Pinel, além de fundador dessa área da psiquiatria, foi deputado. Ele fundou o Conceito de Alienação Mental que é o primeiro conceito de doença mental. Hoje está um transtorno, mudou-se o termo, mas manteve-se o mesmo conteúdo. O que é o alienado? Alienação significa estar fora de si e da realidade. É aquele que não tem controle da verdade, da história, do seu desejo. Alienado vem de “*alien*”, “alienígena”, “de outro mundo”.

Então a idéia do alienado é alguém que vem “de outro mundo”, “de outro planeta”, porque ele tem outras idéias e assusta. Ao mesmo tempo em que Pinel constrói esse conceito, é um dos Deputados fundamentais para construir o conceito moderno de Cidadão, aquele que pertence à “cidade”, que constrói esse

espaço da *polis*, que é o espaço da cidadania. O conceito de cidadania assume uma característica muito importante a partir da Revolução Francesa, mas é ainda um conceito excludente, é um conceito idealizado de direitos civis, sociais e políticos, com “machos” iguais e com pessoas diferentes. E esse é o grande desafio da cidadania. É como incorporar no conceito de cidadania a questão da diferença, de como as pessoas são diferentes e têm direitos diferentes também.

É essa tensão que faz o papel fundamental para aquele que legisla, que administra. Se formos considerar que todos são iguais e do mesmo jeito, eu não vou colocar uma rampa num auditório ou num teatro para alguém entrar. Então a cidadania não é um direito, mas é um processo de construção política. Todo mundo hoje fala que é a favor do acesso das pessoas ao mundo digital, ao teatro, ao cinema. Mas nós temos que construir esse acesso. O Metrô do Rio de Janeiro, por exemplo, não permite o acesso, na maior parte das estações, a pessoas com deficiência física. Grande parte das instituições e universidades não incorporam essa idéia. Então, nós temos que construir, principalmente no campo da Saúde Mental, essa possibilidade para

que as pessoas participem do mundo do trabalho com suas diferenças e contingências. A autonomia também é diferenciada de um para o outro. Temos que construir possibilidades de acesso para outros recursos.

Encerrando e agradecendo mais uma vez, eu queria demarcar esse ponto retomando exatamente o que o Odair falou dessa idéia, de que a Cidadania é um conceito fundamental, porém nós temos sempre que problematizá-lo, no sentido de que ela não é dada, é construída politicamente com muita luta. Como o caso do SUS e das transformações da Saúde no Brasil.

A Cidadania tem que incorporar a idéia da diferença para ver como lidamos com esses direitos, igualdades e situações que falamos. Mais uma vez obrigado.

## 2.2 Considerações dos Participantes

### Participante A

Boa noite. Meu nome é Maria Arindelita e trabalho na Coordenação da Secretaria Técnica Tripartite, na questão da Constituição, porque quando falamos da construção da Cidadania e da Saúde uma das ques-

tões que acho importante é a nossa Constituição. Nós temos dentro dela marcos interessantes na questão da cidadania, da igualdade que a gente traz do homem e da mulher, principalmente porque acho que é uma das constituições que estamos vendo nesse mundo com essa luta toda.

Na questão mulçumana, a mulher não tem os direitos (na nossa Constituição nós já temos esses direitos). A questão da residência, da não violabilidade, mas também das grandes diferenças. Como o Odair falou justamente de uma coisa que tanto ele como eu temos uma certa identidade, que é o Partido dos Trabalhadores, por muita gente não ter valorizado a construção desse movimento que tivemos na Constituinte, vemos que o que está na Constituição ainda não temos na realidade. Nós avançamos muito, a diferença é que temos antes da Constituição até valores que temos incorporado e, por normas, estamos construindo uma nova consciência. Essa questão que víamos as pessoas discutirem antes, em que você tem a garantia de ficar em casa, de não apanhar da polícia. Nós temos muitas conquistas dentro da Constituição e sabemos que isso

não é realidade. Essa semana estava discutindo com um grupo onde falávamos que há diferenças mesmo tendo isso dentro da Constituição. Vendo as questões lá no Rio de Janeiro e aqui em Brasília também, como a Polícia fazer uma abordagem de uma pessoa que mora na Ceilândia e fazer uma abordagem numa pessoa aqui no Plano Piloto, com certeza tem medo de bater, invadir, e tirar essa pessoa de dentro do carro. E quando se trata de uma pessoa da periferia “ela” se acha no direito de bater, destratar, desmoralizar esse indivíduo. É nessa questão que eu vejo como a gente não valorizou esse momento.

As contradições que tínhamos no nosso movimento dentro do Partido dos Trabalhadores, eram de querer centrar mais na questão econômica, porque nas questões de valores e garantias individuais acho que a nossa Constituição avançou muito.

Os artigos 5º, o 1º e o 3º que tem como objetivo a questão do combate à miséria, então eu queria que você comentasse um pouco do porquê não valorizamos uma coisa que, quando a gente lê, vê que ainda temos muito a construir. Na área da Saúde também,



tudo o que o Paulo falou nós temos pouco a acrescentar, e sentimos que temos ainda um trabalho muito grande na construção do SUS. Por uma questão de que trabalhamos mais a igualdade, então, como existiam pessoas “muito mais iguais” do que as outras, hoje nós temos essa dificuldade: sabemos que dentro da expansão dos serviços que temos trabalhado, como na Atenção Básica, conseguimos chegar um pouco mais às populações mais pobres, mas quando chegamos nos serviços de alta e média complexidade, todo o grupo que está dentro da saúde, chamado de Saúde Complementar, que são os planos de saúde, todos vêm para usar os recursos do SUS com mais direito do que os outros, porque eles têm uma inserção social. É médico que solicita exame, é a relação familiar com o médico que trabalha ou está credenciado no SUS. E, de repente, você vê que o Estado foi garantir a saúde para todos. Porém, como não garantimos todos os recursos, foram garantidos mais para uns do que para outros, então o SUS, que é feito para a população, por ser equânime, ainda passa por essa desigualdade que vemos de uma forma menos efetiva.

Há algumas ações que não podemos negar, mas

tem sido pequenas. Queria que o Paulo comentasse conosco a importância desses programas de combate à fome dentro da saúde, pensando na pessoa que não tem US\$ 1,00 para tomar um café, pois ela com certeza não vai ter nenhuma idéia de cidadania.

### **Participante B**

Olá. Eu sou o Edson e trabalho na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Foi dita uma coisa que eu achei muito interessante que é a questão do médico não ouvir. O médico não gosta de ouvir o paciente. Como eu não sou médico, fico um pouco receoso de falar dos profissionais, mas acho que é um aspecto interessante da cidadania essa capacidade de se pensar na democracia. Pensar em democratizar os discursos e trazer essa enormidade de discursos que vocês têm sobre os temas: as casas de saúde, a concepção social da doença, a idéia que a população tem dela, o quanto a doença afeta não só o corpo e o organismo, mas como ela é sentida pelo indivíduo na forma como ela se expressa na limitação dessas relações... E tenho percebido um certo caminhar no sentido de valorizar o discurso do paciente e as outras formas de concep-

ção que você tem da doença. Eu queria que você me dissesse como você vê isso. Este fato encaminhado, se nós temos avançado no processo e como reconhecer outras formas de se pensar a doença, embora o médico ainda tenha a dificuldade de falar. Se a gente tem caminhado nesse sentido, que para mim é também um aspecto interessante da cidadania, perpassa autonomia e uma série de outros aspectos.

### Participante C

Este *binômio* : Saúde e Cidadania ou Cidadania e Saúde, que também poderia ser com a colocação de um acento: Saúde “é” Cidadania ou Cidadania “é” Saúde. Porque Saúde é Cidadania e o acesso à assistência a saúde é um dos aspectos da cidadania. Mas ter a cidadania plena, como a que foi abordada por vocês, é como consequência a saúde, porque os fatores determinantes e condicionantes estão todos contemplados.

Mas eu gostaria de tocar numa outra questão – que é a questão do trabalho. Estive recentemente numa reunião representando o Ministério na busca de

uma agenda do Trabalho Decente no Brasil, até achei, porque estava vindo da Universidade, que era “Trabalho Docente”, mas era “Trabalho Decente” o nome da Comissão. Onde a Marisa até perguntou se não seria melhor colocar só “Trabalho”, sem adjetivar, e o outro tipo de “Trabalho” chamaríamos de “indecente”. Mas nessa luta pelo trabalho decente, coloquei também o aspecto de que na própria Área da Saúde nós temos condições de trabalho “não decente”: as formas precárias de vínculos, a duração das jornadas, a falta de adequação e do acompanhamento às questões de saúde dos trabalhadores da saúde.

E temos a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, – acho que esse tema vai aparecer, porque foi muito citado na Conferência de Saúde dos Trabalhadores. Os Trabalhadores da Saúde tocaram muito nesse assunto. E como diz uma música do Gonzaguinha, que ficou famosa na voz do Fagner:

*“...E sem o seu trabalho  
O homem não tem honra  
E sem a sua honra*

*Se morre, se mata  
Não dá para ser feliz  
Não dá para ser feliz...”*

Então eu gostaria de discutir um pouco esse binômio e acrescentar mais um, – para a gente fazer essa questão do Trabalho – o do Trabalhador de Saúde.

#### **Participante D**

Eu sou Cineasta e Fotógrafo e estou participando de uma “Expedição Rio São Francisco”. Estou muito contente de estar aqui e parabenizá-los por esses encontros que deveriam haver em cada município do Brasil, para cada vez mais poder sociabilizar realmente e poder tornar a cidadania verdadeira.

Gostaria de parabenizá-lo por lembrar do MST, porque eu conheço um pouco da história e lembrando de coisas anormais que acontecem de colocar a sociedade em certos parâmetros de “normalidade”, que é um problema muito grave. E gostaria também de perguntar a vocês: o que vocês acham do que acontece com os médicos formados em Cuba?

E isso é um exemplo do MST. Por isso quero trazer esse ponto, e das experiências dos médicos de bairro de Cuba, e que o Saúde da Família aqui do Brasil tem alguns casos, que até nós vivemos uma experiência, de uma criança que está aqui no DF e não consegue ser operada. Já tem uns três anos e está partindo da segunda hérnia, para a terceira... O que acontece é que o mecanismo do processo trava na esperança que nós tivemos desse Governo, que luto muito para que seja cada vez melhor, e continue, e que a cidadania chegue realmente a ser verdadeira, apesar de tudo isso.

#### **Participante E**

Primeiro parabenizar as falas dos nossos convidados, que são realmente enriquecedoras. Mas a minha questão é a seguinte: como é que podemos aproveitar os ganhos, que acredito, que foram colocados aqui e que tivemos? E parto até da própria Constituição, onde conseguimos através de muitas lutas escrever princípios doutrinários no âmbito da conformação do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Integralidade e Equidade. De que maneira aproveitar esses ga-

nhos, mesmo da formalização e do arcabouço jurídico institucional escrito, para conseguir qualificar e fortalecer a questão do Direito da Cidadania na relação com a Saúde? Esses são pontos importantes e alguns teóricos já escreveram que o SUS, com a Universalização, foi construído um processo excludente, porque ampliou o acesso, um conjunto da classe trabalhadora com um maior poder de movimentação. Os sindicatos particularmente se afastaram do sistema e construíram os seus espaços de assistência e de atenção particularizados, e o sistema passou a ser utilizado pela população com menor poder de vocalização e mobilização. De certa forma criou-se um sistema com dificuldade de interlocução. Alguns teóricos colocam isso – e se não me falha a memória – não sei se foi Sônia Fleury.

Mas lembrando aqui de um texto que eu li há alguns anos atrás, que colocava as diversas facetas da cidadania – da Cidadania Invertida – de que a pessoa era cidadã por ser pobre, e pelo fato de ser pobre podia cortar o cabelo numa feira ou tinha direito a fazer uma ação qualquer, ou para ter direito a inscrição

num concurso. Não sei se existe isso hoje, mas para fazer a inscrição tinha que assinar um atestado de pobreza – por ser pobre não pagava a inscrição – então a cidadania era invertida; você tinha acesso a tal coisa pelo fato de ser pobre ou um processo que – se não me falha a memória – a terminologia era a cidadania regulada. Eu sou cidadão porque eu sou trabalhador, tenho a minha carteira assinada, pago meus impostos e sou cidadão porque contribuo.

E partimos para a discussão da cidadania plena. Acho que a inscrição dessa condição numa lei maior é de suma importância, mas não adianta estar só na Constituição e nos Estatutos. Tem que estar numa luta cotidiana de quem vive na busca da qualidade de vida de todo cidadão. Entendendo que, em que pese a luta pela igualdade, nós temos que respeitar as diferenças, porque, senão, quem tem mais sempre vai ter mais, e quem tem menos vai ter alguma coisa, mas nunca aquilo que é possível ou é necessário ter. Então queria saber como aproveitar essa situação conquistada de ter um arcabouço jurídico e de instituições, em que pese todos esses movimentos que nós sofremos

e das formas de se conseguir ultrapassar as crises nos acordos feitos, ou nos processos constituídos. Aproveitar esses princípios doutrinários como eixos norteadores de um processo que efetivamente é de plena construção – não está dado. Eu fico pensando nisso porque lidamos com isso no dia-a-dia, lidamos na construção de um sistema diverso, desigual, complexo, com entendimentos variados, num país onde a sua implementação é diferenciada, onde o aporte tecnológico, condição financeira e riqueza não significa: SUS pleno. Como foi citado o exemplo pelo Odair, de São Paulo, enquanto o Amarante fala do Rio de Janeiro. Então deveríamos trocar algumas idéias com essas colocações que foram feitas aqui.

#### **Participante F**

Boa noite. Eu sou trabalhadora da CAIS (Centro de Apoio Integral à Saúde) aqui no Ministério da Saúde, e gostaria que vocês me esclarecessem qual é a diferença entre o cidadão que hoje tem acesso a todos os recursos que a saúde oferece e aquele cidadão que mora muito distante, lá no interior, numa fazenda, e que não tem a noção do que é a cidadania, e muitas

vezes chega num Centro de Saúde ou num Hospital e fica perdido sem saber a que realmente ele tem direito ou não. Ele encontra dificuldade nesse acesso e não tem noção do que significa cidadania – porque nós entendemos a cidadania de um ponto de vista, e ele tem de outro, então eu gostaria que vocês me explicassem o porquê dessa diferença?

#### **Participante G**

Eu trabalho na Coordenação de Apoio a Gestão Descentralizada, aqui no Ministério, e queria estar colocando algumas questões.

Como temos avançado bastante no país nos últimos anos na definição e construção de políticas públicas, eu entendo que construir políticas públicas é torná-las de fato Políticas de Estado e não políticas passageiras de governos. É sempre uma estratégia importante na garantia de um processo que possa construir uma cidadania mais plena.

E até mais para informar, do que para responder ao Amarante. Acho que nessa gestão agora do Governo Federal, temos de forma muito intensa trocado experiências de construção do Sistema Único de Saú-

de com outras áreas sociais como Assistência Social, Segurança Pública, Cultura, Esporte, enfim, a experiência do SUS tem sido modelo para discussão e não modelo para ser aplicado em outro processo. Porque cada realidade traz a sua diversidade, mas tem sido uma experiência muito “olhada” e discutida na construção de outras políticas públicas. Ao mesmo tempo percebemos que dada a diversidade e a extensão desse país, essa interlocução com a sociedade sobre as políticas públicas acaba sendo alguma coisa fragmentada e sempre aquém daquilo que gostaríamos de estar fazendo.

Então queria poder explorar um pouco. Vocês dois falaram dos movimentos sociais e de outros mecanismos, fora aqueles que construímos dentro do SUS, que são os Conselhos de Saúde as Conferências; tivemos há poucos meses, três mil pessoas no Brasil discutindo Saúde do Trabalhador. Vamos ter, daqui a um mês, mais duas Conferências de Saúde Indígena e Gestão do Trabalho, que também estão envolvendo, nos vários municípios brasileiros, milhares de pessoas. Mas fora essa forma, por dentro dos conselhos, con-

ferências e organizações, que o próprio sistema hoje já traz, que outras possibilidades de intensificação da discussão e da relação do Estado com a sociedade poderiam ser incentivadas. Considerando a importância dos movimentos sociais, para que pudessem estar acompanhando de forma mais organizada a construção das Políticas Públicas, então, queria que fosse colocada um pouco essa questão.

## 2.3 Considerações Finais dos Facilitadores

### Paulo Amarante

Eu vou começar pelo participante B<sup>1</sup> que falou, que médico não escuta, e vou aproveitar para dizer que não é uma crítica, ou, não é que o médico não tenha “ouvido” – acho que é o problema da formação que está ligado a um certo “modelo de doença” e “de assistência”. Porque quando falei que a Reforma Sanitária não é só a reforma de serviço – ela tem um

---

<sup>1</sup> As considerações dos participantes encontram-se, nesse texto, no Item 2.2 “Considerações dos Participantes”.

campo fundamental e uma dimensão que é o questionamento do saber médico – e quando nasceu o Movimento Sanitário e a Reforma do SUS, quando foram criados departamentos de Saúde Coletiva, em São Paulo na USP, com a Preventiva; na UERJ, com a Medicina Social, na Fiocruz, e pelo Brasil afora; e o modelo de “doença” que foi discutido levava a idéia de que a “doença” é algo isolado do homem, que não tem a ver com suas condições de trabalho, isso é uma fatalidade, então, o médico nesse sentido não precisa ouvir o sujeito, ele tem que ver a “doença”. E ver a “doença” é desenvolver a clínica, a expressão clínica vem de “cama”, significa “leito”, *clin*os do verbo inclinar. O doente deitado ou sentado na sua cama, pacientemente disponível – a esse olhar médico que eu vi – então não precisava escutar.

A Reforma Sanitária e a Reforma do SUS – entrou pouco na questão da formação, a própria Rede UNIIDA que foi uma esperança no início – você vê pouca saída para isso – então a idéia é reformar. A forma de pensar e de entender a saúde – eu dou muita supervisão e acompanho muito aluno. O médico pergunta: está

doendo onde? O paciente fala: quando eu saí de casa a minha mulher... E o médico: eu perguntei ao senhor onde está a dor? E se a pessoa começa a falar da esposa, do ônibus, ele está falando do seu sofrimento, ele está falando do que ele está sentindo, é uma questão que não é do médico, no sentido de que não possa, e isso é importante para que ele entenda as várias dimensões.

E em relação à questão levantada pela participante A, eu não quero fazer uma crítica geral ao Governo, mas acho que nós perdemos uma oportunidade fundamental nessa Gestão Política do País: de qualificar e aperfeiçoar a questão da participação social na questão das políticas públicas. E não apenas no SUS, mas deviam ter aprofundado mais a questão. As pessoas, hoje, que sabem de Saúde, são as que estão na Tripartite ou no Ministério. Elitizaram muito os canais de participação e nós não transpassamos a experiência revolucionária do SUS para outros segmentos, inclusive de financiamento público, de gestão e etc. Nesse sentido, uma das questões hoje obstaculizantes do SUS é o modelo do financiamento. O SUS herdou o financiamento modelo do Inamps, que era o modelo

de compra de setor privado. O SUS privilegia, aliás, o Arouca fez esse depoimento na aula inaugural do curso de saúde da Fiocruz, foi a última aula inaugural do Arouca e está gravada também em vídeo e foi transportada de forma *on-line* para o Brasil inteiro. Ele disse que conversou com um grupo de médicos que falaram: Oba! Aumentei o número de amputações causadas pela Diabete na minha clínica.

Então é isso que o SUS está estimulando, e caiu então nessa realidade, todo o modelo assistencial é voltado para o pagamento de procedimento. E uma questão que precisa ser discutida para ser transformada, porque faz parte do modelo de participação, não só no SUS, a idéia de aprofundar os mecanismos de participação e de gestão, mas esse era o momento fundamental como em outros setores.

Em relação ao que o participante C colocou do “Trabalho Decente”, eu lembrei que fiquei traumatizado com a matéria que saiu no O Globo, semana passada, do Hospital Pinel, com o Ângela Moreira e o Centro Psiquiátrico Pedro II, os três hospitais psiquiátricos que eram Federais no Rio de Janeiro e foram

municipalizados – acho que a construção do SUS não é isso. Não é passar um macrohospital, de um dia para o outro, para uma Prefeitura que não tem condições, nem tradição e nem estrutura. Então hospitais que sofreram grandes avanços de qualidade – quem é mais antigo no Ministério lembra do período da co-gestão iniciada com o Waldir Arcoverde, todo um processo com grandes mudanças de participação – foram experiências que serviram de bases para as ações integradas de saúde, posteriormente o SUD e depois o SUS. E o modelo de tratamento, inclusive de trabalho dos profissionais, é absolutamente cruel – e quando o participante C falou disso, eu lembrei, um dia desses, que um colega médico falou: aqui nós temos o “corpo docente”; o “corpo discente” e o “corpo doente”, são os três “corpos” aqui do hospital. Tem “corpo profissional de doente” que vive nos hospitais inclusive para ser utilizado em casos exemplares de aulas.

Eu vou deixar para o Odair debater essa questão do modelo de participação, que tem a ver com o modelo de cidadania. E que ele discuta também o que o participante B colocou, que tem a ver com esse mode-



lo de participação social e de construção de uma nova forma de saúde, de serviço e de prática social. Acredito que vamos ter a 3ª Conferência, como ele falou, e é o momento de repensarmos em como levantar, no âmbito da saúde, a questão da cidadania como central, com todos os problemas que ela acarreta; mas a questão da cidadania para que a gente não estimule paradoxalmente, como é a questão do financiamento. A entender que saúde é prestação de serviço, no âmbito da saúde mental; dos Caps; é o grande dilema. Os Caps seriam os serviços territoriais, de base, de referência e etc. Agora vai ver como o Caps é financiado. Ele é financiado pelo paciente que está em tratamento e se ele tiver menos paciente ele recebe menos. E então, a dupla mensagem que o sistema passa é a seguinte: você tem que estar com o serviço cheio. Alguém já falou a seguinte frase: que o serviço de saúde territorial, saúde da família ideal, é aquele que tivesse um território que não estivesse “doente”. É uma utopia, uma ficção, no sentido de que, quanto mais eficiente, mais ele evite que surjam “doenças”. Então a mensagem que o sistema dá, é contrária. O serviço tem que estar lotado, então se você mudar o sistema de

pagamento do Saúde da Família, que é pelo PAB (Piso de Atenção Básica), e colocar a produtividade, você vai ter o sistema lotado e vai haver um equívoco – e mais do que isso, é que a concepção de saúde passará a ser assistência médica e sanitária, e não qualidade de vida.

### **Odair Furtado**

Acho que a participante A traz uma tensão e que vale a pena aprofundar, porque ela se vincula com o que fala o Paulo e o participante C, em parte o Paulo já analisou esse aspecto e quero analisar um outro.

Tanto na fala da participante A quanto na minha, a Constituição aparece como um marco histórico. E ele mostra a co-relação de forças naquele período (1946). A atual foi a mais avançada nesse período e ela representa isso como relação de forças. E ao mesmo tempo fiz um contraponto dizendo que naquele momento o Partido dos Trabalhadores não quis assinar a Constituição, porque achou que não era avançada o suficiente. Isso foi no calor daquela mobilização, o movimento pelas Diretas colocou uma massa humana nas ruas que era impressionante, e ali havia força de

transformação. Então se imagina que o movimento poderia avançar, e quando estamos falando de Constituição, ao mesmo tempo, estamos falando de formalização. Se nós formos avaliar as ações do Governo hoje, que não é só do PT, é do PSB, do PC do B, e desse campo aliado, certamente não estaríamos interpretando os ganhos da Constituição como interpretaram naquele momento.

Hoje esse termo, que em algum momento nós poderíamos discutir e avaliar o que é ser republicano, está na ordem do dia e está vinculado a essa discussão de Cidadania que nós estamos fazendo. Portanto, institucionalizar é a palavra de ordem. Têm que institucionalizar e garantir que esse negócio funcione. Agora essa palavra da Lei e esse campo dos Direitos e Deveres passam também por uma construção coletiva, então tiro ela do campo formal para colocar no jogo do cotidiano, que é a construção de sociabilidade que vamos definindo exatamente. O Paulo estava falando da questão do alienado, e o termo do CID, é transtorno, daqui a pouco o cara vai se transtornar. Há um jogo das palavras e formas de estigmatização

que passam por isso, onde mudamos as palavras e o estigma permanece. Essa questão envolve direitos e construção de sociabilidade, e o movimento da luta Anti-Manicomial. É um espaço de reconstrução dessa sociabilidade.

Como é esse direito do louco a um trabalho? A ter condições de estar aqui nessa sala como um cidadão? Ele vai sendo conquistado nessa luta, e precisamos transformar mentes e corações para que se garanta um direito que já está na Constituição. Então a questão que estou chamando de sociabilidade, passa por uma reorganização que depende dos setores organizados. O caso da luta Anti-Manicomial depende da forma como cada cidadão interpreta os seus direitos, e depende da maneira como os movimentos tensionam isso do ponto de vista classista e colocam isso na pauta do dia – e dou como exemplo o MST, como um dos movimentos mais organizados que temos e nos leva a essa reconstrução de sociabilidade. Estou usando o exemplo do MST pela forma tensionada de como ele produz isso, porque se ele quer ampliar a distribuição de terras para assentamento, ele negocia isso do ponto

de vista das condições formais. Entretanto, não atingindo o que ele considera adequado, ele faz a invasão; por outro lado, na sua forma atual de negociação, negocia com o Ministério da Saúde, com o Ministério da Educação e negocia ainda uma educação que compreenda a questão do campo e a saúde da mesma forma. E trate os Ministérios de pensarem nisso, porque eles vão querer discutir, tem que ser dada uma resposta, e o movimento organizado nesse sentido reconstrói essas relações que estão formalizadas.

De outro ponto de vista, para dar um avesso a isso, temos o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), como um estatuto avançado – e ninguém tem dúvida disso –, e a existência da Febem em São Paulo, e o que acontece na Febem. É impossível imaginar que São Paulo, que é o estado mais rico dessa nação, concentra 45% da riqueza e não consegue dar conta de 5 mil meninos, é impossível imaginar isso. Evidentemente há um grupo organizado em torno disso, que é o grupo de mães e de militantes que não conseguiram organização o suficiente para fazer valer o ECA, fazer valer o estatuto. Que ao mesmo tempo não faz por conta

de um plano deste campo da sociabilidade. Quando alguém tenta construir um prédio da Febem que abrigue 40 garotos, como está no ECA, numa cidade do interior de São Paulo, a sociedade se mobiliza porque não quer o equipamento lá, então há uma condição de transformação que é básica para que os estatutos valham.

### **Paulo Amarante**

O Odair lembrou do MST. Estive ontem numa defesa da banca com a Sonia Fleury, exatamente discutindo questões de movimentos sociais, de participação social e cidadania. A questão do MST não é só ganhar terra para plantio, para ter uma casa, uma fazenda; é um projeto de transformação social, é um projeto civilizatório de construir uma outra sociedade em relação às classes, em relação à produção, em relação às relações entre os sujeitos.

E quero retomar um pouco dentro dessas idéias que surgiram aqui, a idéia de que o movimento de reforma sanitária também era um projeto, não de reformulação do Setor Saúde, mas um projeto de uma nova sociedade. E acho que uma das questões que te-

mos que ver como colocar hoje, é que a reforma Sanitária e o SUS ficaram muito dentro da área da saúde – ficou exclusivo do Setor Saúde –, uma maneira restrita da saúde como modelo assistencial, praticamente. Acho que é uma das questões fundamentais, como colocou a participante G na questão da Participação Social, é como a Saúde pode ser pensada além do setor exclusivo, inclusive institucional, da saúde. Porque rigorosamente nós poderíamos chamar o Ministério da Saúde de “Ministério da Doença”. Se você for pensar, ele faz programas para que as pessoas ou melhorem das doenças ou não fiquem doentes; tratamento, prevenção ou não existência da doença – tudo relacionado à doença. Acho que é uma questão que, de alguma forma, temos que colocar para avançar. Acompanho um pouco essa questão do SUS e da Segurança Pública. É como construir políticas “trans-setoriais”, não só “inter-setoriais” que aglutinam os setores, mas que transpassem os seguimentos sociais pensando na questão saúde como qualidade de vida. Eu acho que uma dessas questões é essa idéia de políticas mais amplas. O SUS pode estar contaminando positivamente outros segmentos, mas não o suficiente. Por isso, di-

zia que é a idéia de política de governo mais ampla, no sentido de construção de políticas mais gerais e de participação social em orçamentos.

Agora, o Partido dos Trabalhadores teve experiências riquíssimas de participação social na Gestão Pública Municipal, enquanto, por outro lado, na gestão do SUS e a Sônia fala isso, o Arouca também e outras pessoas falam, a participação ficou muito burocratizada. Uma discussão é como envolver a própria sociedade, os participantes do SUS, em vários segmentos e vários atores, numa reconstrução do SUS, no sentido de ampliação do conceito das idéias e estratégias do SUS. Se não vamos ficar reproduzindo conferências. Temos que pensar essa questão da participação, de como no dia a dia ela tem que ser qualificada.

A questão que a participante F levantou da participação: um sabe e outros não. Teve uma estudante que perguntou: qual era o conceito de cidadania? E a maior parte das pessoas não sabe o que é a cidadania. Eu também não vou perguntar para uma pessoa ou um familiar, se ele sabe a diferença entre esquizofrenia e neurose? Tem coisas que não esperamos que a

pessoa saiba. Você tem que ver como é que a pessoa sente participando do Sistema e como ela deve e pode participar, de como ela entende o seu direito de participação. E essa é uma das questões que poderiam ou deveriam ser avançadas.

Quando o Odair falou da campanha das *Diretas Já*, eu lembrei que o César Maia colocou um milhão de pessoas na praia de Copacabana para ver os Rolling Stones de graça. Nós colocamos um milhão de pessoas no Anhangabaú - SP e na Candelária - RJ em 1984, há vinte e poucos anos atrás no Processo de Participação Social, nas *Diretas Já*, sem os Rolling Stones. Nós temos que buscar, não como utopia, reconstruir um Projeto Nacional. Hoje o que falta é: o que eu espero desse país? A gente sente isso. O que eu espero do SUS? O que eu espero participando de um Conselho Municipal de Saúde? O que eu espero de como se transforme essa sociedade?

Essa é uma questão para as lideranças sociais e políticas dos movimentos retomarem. Daí a preocupação de recuperar essa idéia do Norberto Elias do processo

civilizatório, Reforma Sanitária como um processo civilizatório, não um processo de reestruturação setorial, de melhor aceitação da “máquina” tal – dentro dessa “máquina” e desse modelo. Continuo insistindo que uma das questões que mais dá uma mensagem contraditória é o problema do Financiamento. O Gestor pensa em como buscar mais recursos do SUS para o seu Município – e aonde eu vou, pelo interior do Brasil, o gestor sempre me pergunta como se faz para abrir um Caps? – E a primeira pergunta que eu faço é: o que é Caps e por que o senhor quer um Caps? Porque é “extrateto”, é recurso tal, então estamos criando uma questão séria de um modelo perverso. Ele impõe ao Gestor Público uma visão de lucro e de ganho, não de lucro no sentido clássico do capital, mas de arrecadação, que é mais cruel. É aquela frase: o Inamps não morreu. Ele plantou o seu modelo de financiamento no SUS e foi extinto, mas ele continuou.

Quando o participante E falou do Vanderley Guilherme dos Santos e depois do Nelson Coutinho, da Cidadania como a Democracia, como um direito uni-

versal e o Joel Birma que é um psicanalista que fala da “cidadania tresloucada”, que é essa idéia da diferença. Você tem que criar mecanismos e incorporar fazendo a diferenciação dos direitos daquela pessoa que está lá no São Francisco a partir da possibilidade que o SUS seja territorial, que ele tenha ali, onde ele se executa, a participação concreta dos atores sociais. Em relação a essa participação é que acho que conseguimos, no campo jurídico, muitos avanços, mas não avançamos recentemente, não repensamos, não reconstruímos como essa participação se dá. Por isso, ela pode propiciar muitos aparelhamentos de grupos e de segmentos de tendências – e que não construam a visão de fato da saúde como um direito de todos. O grande problema das corporações e entidades, é isso: elas podem ter uma visão ampliada, mas defendem o interesse do segmento.

### **Odair Furtado**

Eu vou começar pela fala do participante E e também gosto muito fala do Paulo, pois aprendo com ele. E o que vou falar aqui, evidentemente, não está se contrapondo à fala dele. Não quero ser antipático, e por isso estou fazendo essa ressalva. Mas eu diria o seguinte: a discussão sobre cidadania não é discussão de categoria; categoria é uma outra discussão, o tema “Cidadania” é bom para a gente fazer um *Café com Idéias*. Imagine se a gente fizesse aqui um Direito à Saúde e a Sociedade de Classes no Brasil Contemporâneo: não seria um bom título. Mas Saúde e Cidadania, nós sabemos o que estamos discutindo, enfim, permite uma discussão boa, mas eu não entraria na qualificação da cidadania.

Passando para a questão seguinte, que falava sobre a participação da população no SUS, ela foi fazendo uma análise que eu achei interessante em relação à questão do Acesso, onde colocou o acesso de uma forma invertida. Eu tenho Plano de Saúde e sei que o SUS também banca a alta complexidade, coisa que o meu convênio não “banca”. Ressalvado tudo isso,

eu diria que a questão, da forma como foi colocada, seria acabar com os pobres, não da maneira como o Fernando Henrique falou de que 15 milhões de pessoas teriam perdido o “bonde” da história. Mas acabar com os pobres dando condições para toda a população para que ela tenha acesso e para isso precisamos dividir renda. Dividindo a renda, o pobre deixa de ser pobre; termina com os 30 milhões de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza – você dá uma outra condição – se nós entrarmos na questão do trabalho e se as pessoas tiverem condições de pleno emprego, a história muda. Evidentemente que isso não acontece de graça.

Por isso que é uma questão de classe e esse é o ponto, e essa discussão de como qualificar a Cidadania encobre essa questão de base, de como enfrentar essa profunda diferença social. Até agora não conseguimos colocar o imposto sobre as heranças, até agora não conseguimos fazer valer de fato a propriedade, como propriedade social; por isso que não aconteceu a Reforma Agrária de uma forma decisiva, e tudo isso porque, evidentemente, ainda não temos correlação de forças suficiente.

Hoje vocês estão vendo em todos os jornais o ganho que tiveram os bancos. O Bradesco foi o banco que teve o maior ganho da América Latina; soma o ganho do Bradesco com o Banco Itaú, que quase foi o do Bradesco, que representa a concentração de capital. É disso que nós estamos falando ao discutir a questão do SUS. E chegamos à questão que, em parte, coloca a participante G, em parte, o Paulo entra no assunto – e diria que pretendo discutir a categoria de uma forma mais geral, e acho que todos os presentes é que irão responder esta questão. Partindo de uma questão básica, evidentemente, que não vamos chegar àquilo que está na Letra da Constituição, nas leis que regulamentam o SUS, no que é a garantia de acesso a uma Saúde Integral. Se não mudarem essas outras coisas, que não dependem somente dos militantes da saúde, depende da sociedade organizada e nas formas como ela toma a história na sua mão... Enquanto isso, vamos discutindo, como nas condições atuais, tentando fazer o melhor possível – que é aonde chegamos, no ponto colocado pela participante G.

## Participante H

Boa noite a todos. Eu sou do DATASUS e tenho sempre uma grande dúvida na questão da cidadania, se a cidadania não é uma limitação, não é um estreitamento. Como na condição de médico, onde inclusive já trabalhei em Prontos Socorros. Vou citar dois exemplos para tentar caracterizar o que quero questionar.

O Pronto Socorro atende à pessoa humana, não tem registro, não tem cartão SUS, não tem carteira profissional, ele atende gente, pessoa. A Unidade Básica, e muitas delas fazem isso, atende o cidadão, pede registro civil, tem que ter a declaração de “nascido vivo”, ou seja, você só consegue a dignidade de um sepultamento se tiver uma condição de cidadania e não de “ex-pessoa”. Pode ser um pouco anarquista, mas o SUS poderia se debruçar sobre a constituição da humanidade e não da cidadania. Não estou querendo me arvorar e dar um caráter negativo à cidadania, mas é um processo burocrático. A cidadania é construída através de porteiros, de limites, de registros, de pré-condições, e a humanização é ampla, uma das propostas que entendo e que diferencia bastante.

Além desse exemplo que falei, do Pronto Socorro, que é a única porta do SUS nessa civilidade que atende gente, porque todas as outras portas, das igrejas, das escolas, atendem cidadania e não gente, você tem que ter uma pré-condição que não é garantida pela condição de ser gente, ou seja, o único lugar que você é atendido pelo simples fato de estar “mexendo-se” é o Pronto Socorro. O resto tem que ter um atributo que é construído por uma visão de classe e por um determinado contexto histórico que é limitante.

Sempre tive muito essa dúvida – acho muito simpática, e discutimos, numa certa ocasião, a idéia que eu creio que seja do Suplicy, que é da Renda Mínima, que é garantir um mínimo de dignidade para a pessoa humana.

Por isso que eu gostaria de pontuar apenas o seguinte: cidadania tem limites. Eu não vejo a cidadania com o fim, é uma luta importante, mas que tem limites. Eu preferiria lutar pela humanidade, pela pessoa, por gente, e não necessariamente pela cidadania, até porque a nossa cidadania tem de fato um viés de classe. E também porque hoje não se valoriza mais o cidadão e sim o consumidor, as pessoas já são esquecidas,



o cidadão está sendo esquecido e na lógica capitalista o que conta mesmo é o consumidor.

### **Paulo Amarante**

Vou começar concordando com o final para discordar do início. Acho que a sociedade hoje vê o consumidor e não a pessoa, a medicina é um dos maiores exemplos disso; você entra num local e a secretária do serviço pergunta logo: é “particular” ou “convênio”? Ela não cumprimenta, não pergunta seu nome, ou o que você está fazendo, pode ser até um carteiro entregando uma carta, que ela pergunta: é “particular” ou “convênio”? E se for “particular” é Cidadão de primeira classe; se for “convênio” é cidadão de segunda categoria.

Eu não vi em nenhum momento o Odair discordando de mim, e acho que o conceito de Cidadania que nós estamos querendo trazer é um conceito idealizado numa Grécia antiga, onde também cidadão era o homem e não a mulher, grego e não estrangeiro, portanto proprietário; na França, durante muito tem-

po também, as mulheres só passaram a votar no Século XX; na Itália a mulher só passou a votar depois da Segunda Guerra Mundial, muito recente na história.

Cidadão, *Citizen* em inglês significa: natural dos Estados Unidos – no dicionário *Michaelis*, nato nos Estados Unidos da América; nem o naturalizado é Cidadão, no conceito deles, é estrangeiro naturalizado americano, não é Cidadão. Então é um conceito sempre excludente, nós utilizamos no sentido da sua instrumentalidade como ferramenta para denunciar a exclusão que tem.

Agora a medicina, de uma maneira geral, se mercantilizou de um modo muito forte. A minha crítica ao SUS, em termos de financiamento, é que o SUS incorporou essa lógica “Mercantil”, essa é uma questão que nós poderíamos resolver e não entendo porque nós não problematizamos isso, e como essa lógica do financiamento por produtividade e por pagamento por procedimentos, e como ela se concretiza.

Em cima dos conceitos de “doenças”, tudo o que o Ministério paga, exceto Saúde da Família – PAB (Piso de Atenção Básica), que é uma grande transformação

– é em cima de procedimentos realizados com a “doença”. Se uma comunidade ou uma equipe do Saúde da Família conseguir melhorar a saúde de um determinado território, e lá não tiver “doença”, na lógica do SUS ela vai “falir” a secretaria local. Então, fora o recurso do Saúde Família, ela não ganha mais nada, e o município tem que manter a população “doente”, administrar a “doença” para que ela não diminua, É uma lógica contraditória com o princípio do SUS, de promoção da saúde. Temos que pensar nisso, não só na lógica do financiamento, mas como ela incorpora essa idéia perversa, que a gente fala da saúde como profissional, mas que tem a doença por baixo dos panos como forma de financiamento.

E um dos grandes problemas que eu acho: por mais que queiremos ser “humanos”, o médico não ouve o sujeito, ele ouve a doença. E uma das principais denúncias disso está num belíssimo documento de Mário Testa, no texto chamado “Hospital visto do leito do Paciente”, em que ele foi internado em Buenos Aires - ele é um grande médico, fundador do Planejamento de Saúde do método Senda da Opas (Orga-

nização Pan-Americana da Saúde) na América Latina. Depois ele mesmo criticou o método normativo dele e fez um outro método chamado Planejamento Estratégico. Ele passou mal e ficou internado no hospital, caindo aos pedaços, e foi para a Emergência. Em momento nenhum o trataram na pessoa de “Mário”, trataram pelo problema que ele teve no coração. Ele queria avisar à esposa onde ele estava. Ela, uma pessoa fantástica, chamada Ásia, e só andam juntos; ele tem uns 70 e poucos anos. Eu, o trouxe na comemoração dos 100 anos da Fundação Oswaldo Cruz. Então ele falava para as pessoas que precisava avisar a Ásia e as pessoas olhavam para ele imaginando que ele estava com problemas mentais, então quando a psicóloga falou com ele, ele disse que era o Mário Testa e precisava avisar a esposa. Então a coisa piorou, porque “Mário Testa” era um grande sanitarista e não era “aquele velhinho”. Ele não foi tratado como “pessoa” e nem foi escutado. E quando souberam que ele era o “Mário Testa” ele também não foi tratado como o Mário, foi tratado como autoridade. Ele faz essa crítica de como ele foi tratado.

Eu li um livro do Oliver Sax, “Com uma perna só”, onde ele sofreu um acidente e foi tratado num hospital da Inglaterra e os médicos entravam e examinavam a perna dele, e quando ia falar alguma coisa, o médico já tinha saído. Até um momento em que ele chega para o doutor e pergunta: – Quando é que o senhor vai tratar de mim e não só da minha perna? Porque a doença não é uma coisa do órgão, é uma mudança de concepção. E a escuta está no modelo de saúde; de que a “doença” é no sujeito – não existe um fígado com hepatite, existe uma pessoa com hepatite.

Eu queria ser Psiquiatra, Psicanalista, Filósofo e fiquei mais ou menos nessa área mesmo. E no primeiro dia de aula entrei num local cheio de pedaços de corpos de gente morta – o anatômico. Que modelo de saúde é esse? Quando a pessoa vai ver um doente, uma família, uma comunidade? Só lá pelo 5º ano, numa disciplina chamada de Medicina Preventiva ou Higiene. Na minha época as pessoas tinham horror de ver essa parte de higiene – é o modelo, você começa estudando o órgão, fazendo a lâmina. O que vale é estudar o órgão, o corpo “doente”, é todo um modelo de pen-

sar e a relação com essa pessoa. Quando você diz que começa a apreender com a idéia da Medicina Cubana, que o Participante D falou. Que vai lidar com pessoas; comunidades; é uma mudança de ótica, onde se aprende desde o primeiro dia de aula a sentar com o professor para ouvir uma comunidade falar, para ouvir a mãe falar do seu problema. É muito diferente de começar a apreender pelo lado da morte, pelo lado do órgão, pelo lado da especialidade. Então é uma mudança que vai do modelo epidemiológico de pensar a “doença”, ao modelo de lidar com o sujeito – que é a escuta – que eu acho que o conceito de cidadania, criticado, não como idealização, serve nesse sentido. É um instrumento de luta social democrática porque é a idéia de que aquela pessoa deve ser considerada enquanto cidadão, alguém que tem direito, como tem o discurso do sujeito.

Mas sinto realmente e tenho essa idealização reprimida, e gostaria que fizéssemos muito mais. Se você falar pelo Brasil afora do médico Danilo Pelestrero – Medicina da Pessoa, ninguém conhece. Qual a especialidade que mais está sendo procurada pelos

médicos atualmente? – É Imagem. Imagem é Radiografia, Tilografia, em que o médico não “vê” e nem “toca” no paciente. Outro médico pede uma Tomografia, onde o serviço é todo executado pelo auxiliar e ele dá o diagnóstico pelo exame no computador. Estamos caminhando nesse modelo, e esses são os reflexos desse modelo. E recolocar a questão da Cidadania e da Saúde como direito é recolocar a questão da “pessoa”, de pensar no “humano vivo”, que participa, que pensa e tem esse poder.

Na minha apresentação (tinha feito em datashow e esqueci) tinha lembrado do Paulo Freire, que dizia: aprender a ler, aprender a escrever, é empoderar as pessoas – a idéia dele de autonomia é essa idéia. Então temos que pensar na saúde como a melhoria dos temas, mas como todo um processo. A idéia de quando falávamos de consciência sanitária, de Conselho Municipal de Saúde, é que pudessem estar problematizando e construindo essas questões. Mas essa coisa parou ou não chegou ao princípio – temos que ver. Penso que em algum momento esse ideal de participação e de princípio se perdeu um pouco, e precisamos

redescobrir isso para que as pessoas possam construir políticas públicas. Então a idéia era que o SUS contaminasse, como forma de exemplo de construção de políticas públicas. O Partido dos Trabalhadores foi pioneiro em desenvolver, em vários estados e cidades, esse processo participativo. O grande desafio é como retomar a construção de um Projeto Nacional, que a gente consiga colocar alguns milhões de pessoas nas ruas para um Projeto Nacional, com uma participação social ampla de querer um outro país. Continuo acreditando nos Fóruns de movimentos sociais e temos que partir para construir uma idéia de que mudar – frase do Paulo Freire – é necessário e é possível.

# RELAÇÕES FEDERATIVAS: AUTONOMIA X PACTUAÇÃO



José Carlos Rassier



# 3 RELAÇÕES FEDERATIVAS: AUTONOMIA X PACTUAÇÃO

CAFÉ COM IDÉIAS – MARÇO DE 2006

Data: 30/03/2006

**José Carlos Rassier**

Diretor Executivo da Associação Brasileira de Municípios (ABM), Sociólogo Diplomado pela CEPAL e Coordenador da Escola de Gestão Pública

## 3.1 Fala Inicial do Facilitador<sup>1</sup>

José Carlos Rassier

Boa tarde. Eu quero saudar a todos que aqui se encontram. Quero dizer que além da minha atividade acadêmica, nos últimos vinte anos, tive a oportunidade de fazer uma formação no exterior na área de Gestão Pública, e a oportunidade de, por três vezes, exercer o cargo de Prefeito Municipal no Rio Grande do Sul. Essa experiência prática, de quem foi gestor público, e a atividade acadêmica, estudando questões que estão intimamente focadas nesse contexto do avanço dos regimes democráticos, do aperfeiçoamento dos sistemas republicanos e da necessidade de se distinguir modelos entre países, nos permitem afirmar: que é preciso entender o Brasil e as suas relações federadas a partir da nossa história.

---

<sup>1</sup> Para este “Café com Idéias”, contávamos com a participação do Vicente Trevas – Sub-secretário de Assuntos Federativos da Casa Civil, como facilitador, mais imprevistos impossibilitaram sua presença.

O Brasil surgiu diferentemente de muitos outros países, como, por exemplo, os Estados Unidos, onde treze colônias se unem para fundar um Estado Federativo Unitário, preservando desde logo a autonomia e a independência das colônias, portanto, um ato de cidadania política, a construção do Estado Nacional Norte Americano faz com que tenhamos clareza de que nos Estados Unidos primeiro nasceu a Sociedade para depois nascer o Estado.

No Brasil, nós tivemos exatamente o inverso, o Estado Imperial se estabeleceu com as suas relações em todos os níveis. E o grande esforço do Brasil é fundar a Sociedade, e essa sociedade ter a capacidade de construir um estado verdadeiramente democrático e de direito.

Se nós avançarmos do ponto de vista de uma cronologia histórica, vamos verificar que avanços e retrocessos ocorreram nessa história republicana desde a sua proclamação. Mas até 1930, por exemplo, não existiam municípios no Brasil. Foi um decreto do Presidente Getulio Vargas que transformou todos os vilarejos, logradouros e todas as vilas em Cidades e Mu-

nicipios. Isso já começa a demonstrar como nasceu esta Federação: centralizada, unitária, como herança colonial de um Estado Patrimonialista.

De 1930 até 1946, foi quando se fundou a Associação Brasileira dos Municípios (sequer havia representação municipal, em 1946). Nos debates da Constituinte a maioria dos intendentess era nomeada, ou seja, a experiência de democracia política na gestão pública é realmente algo muito recente em termos de história republicana.

Se nós sairmos de 46 e passarmos pela longa noite de escuridão do Regime Militar e chegarmos até as “luzes” de 1988, vamos perceber claramente uma Constituição com traços parlamentaristas. Todo o olhar Constituinte era um olhar parlamentarista, nesse olhar se pressupunha Governo de Gerenciamento, todo o Governo Parlamentarista; é um Governo de Gestão. O 1º Ministro nada mais é que Gerente máximo do País. Isso ocorre normalmente na Itália, onde ele cai quando determinadas ações não convencem politicamente. Essa Constituinte Parlamentarista, no Art.23, determinava que fossem definidas compe-



tências, responsabilidades e atribuições entre os entes federados. E no seu Art.1º, por uma iniciativa da Associação Brasileira dos Municípios, na ocasião por seu Secretario Geral, o Senhor Victor Faccioni, hoje Presidente da Associação dos Tribunais de Contas do Brasil, pela primeira vez na História Republicana, os Municípios foram reconhecidos como Entes da Federação. Essa Constituição reconhece, em 1988, os Municípios como Entes Federativos. Ela traz algo que, por exemplo, na Constituição Alemã, está muito bem definido, que são as responsabilidades compartilhadas entre os diferentes níveis de governo.

Esse olhar de que era preciso e necessário descentralizar ocorreu em todos os modelos republicanos posteriores à existência dos regimes autoritários. Isso é uma característica também do Brasil. E se formos analisar do ponto de vista da Ciência Política, vamos verificar que todas as sociedades que passam por período de autoritarismo imediatamente procuram liberalizar o seu Sistema de Gestão. E a tentativa de liberalizar o seu Sistema de Gestão estava muito arraigado em algo que é extremamente caro e importante para todos nós

– que era a participação popular. Então surgiram os Conselhos, que na realidade são uma tentativa de ampliar o Controle Social do Estado. A idéia de que esse regime de compartilhamento mútuo de responsabilidades teria uma definição clara, do Art. 23, não regulamentado até hoje.

Começaram a ocorrer assim, as transferências de responsabilidades dos demais entes, União e Estado, para os Municípios, por diversas razões, mas a primeira e a mais importante delas, e que é uma fala recorrente dentro dos nossos movimentos municipalistas, é o fato de que “todos nós somos habitantes de cidades”. E na cidade é que de fato a cidadania pode se materializar e nelas as demandas são colocadas. E aqui, não se faz uma análise qualitativa, se essas ações são boas ou ruins, mas trata-se do ponto de vista de compreender que há demandas locais que precisam ser atendidas. E essas são responsabilidades que deveriam estar sendo compartilhadas entre os diferentes níveis de governo. Isso remete a conflitos do ponto de vista de capilaridade das políticas públicas, da perda de eficácia dos gastos públicos, do distanciamento entre a gestão e os

diferentes programas pensados para atenderem às diversas realidades do país. E nosso país como qualquer sociedade, é um país em que não existe uma única realidade. Nós temos muitos “Brasis” e muitas realidades dentro desse país. Nós podemos ter um olhar macro e dentro dele traçar várias análises. Mas é absolutamente diferente a execução de uma Política Pública em São Paulo e a outra em Moju, a 30 km da foz do Rio Amazonas, no Pará – onde estive recentemente. Porque existem realidades institucionais de empoderamento técnico do próprio aparato da gestão pública e da capacidade de respostas imediatas às ações que são desenvolvidas.

Por outro lado, pensar um país como o nosso, pressupõe Políticas Nacionais. Sem elas, não existe a possibilidade de avançarmos democraticamente. Então, eu penso que o grande desafio que estamos debatendo quando falamos de Federalismo e Desenvolvimento é: primeiro, melhorar a qualidade da nossa democracia; e segundo, é ter um contexto de relações federativas pactuadas, onde as atribuições e as responsabilidades dos três níveis de gestões estejam claramente definidas.

Fala-se muito no Brasil em Reforma Tributária, mas na realidade nós achamos que é necessário uma Reforma Fiscal que vá além de uma Reforma Tributária. A Reforma Tributária é importante porque busca uma racionalidade do sistema de tributação. E no caso específico do projeto de lei já aprovado no Senado e que aguarda a votação na Câmara Federal, é um grande esforço de combate à guerra fiscal. Isso é importante para as cidades. Mas o que de fato precisa ser pactuado é que tipo de Estado é necessário para aprofundar a democracia que queremos e os desafios que estão colocados. O Sistema Único de Saúde, por exemplo, quando foi implantado como um grande esforço de todos os democratas que compreendem que é preciso a ação do Estado, que o próprio como gestor não pode ser dispensado, que o mercado não pode regular tudo, porque “não há uma mão invisível no mercado” como dizia Adam Smith – existe uma visibilidade muito clara nas relações do mercado, mas as relações de estado e cidadania que nós precisamos aprofundar no Brasil nos remetem para essa realidade concreta e absoluta: somos um País em desenvolvimento, produzido desigualmente, e cada vez mais de forma brutal.

Estamos à mercê do esforço de todos aqueles que compreendem que a política tem que servir às pessoas, esse é o grande Desafio que temos nesse início de século XXI, no Brasil. Creio que esse seja um bom começo para o nosso diálogo.

Quando eu tive a oportunidade de ser professor, nós trabalhamos numa plantação da Escola de Governo na Universidade Federal, e depois que o professor fazia uma aula e ninguém perguntava nada, ou era porque o professor era muito bom, ou o tema era tão desinteressante para o público que não motivava uma participação maior.

### **3.2 Considerações dos Participantes**

#### **Participante A**

Boa noite a todos. Estou aqui representando a Federação das Apaes do Estado do Piauí. Pode até parecer um paradoxo, mas não é, haja vista a visão do Dr. José Carlos para a construção desse país nos moldes dessa realidade em que a começamos a viver, Pensa-

mos se realmente existe essa condição, embora ainda seja um sonho fazer um país melhor.

Se essa nação com cara de continente, onde em 1946 – praticamente nós não tínhamos os municípios, e, em seguida, a degradação e a expansão sem precedentes dessas metrópoles possibilitaram a solidificação de um governo mais justo.

Convivemos todos os dias e estamos numa ponta dentro dessa busca de Políticas Públicas que são os Governos Federais, Estaduais e Municipais; o segundo setor é o emprego; e o terceiro é a Sociedade Civil Organizada.

Diante da questão do empoderamento social: O que é o que pode? Como é que pode? Não na sua visão técnica, mas na visão de cidadão. O que pode ser feito nessas três instâncias da Sociedade Civil Organizada, para que a gente possa realmente ver as relações federativas dentro da sua autonomia e dessa pactuação e gerar essa sociedade mais equilibrada – já que o senhor foi Gestor Público e que certamente deve ter passado maus momentos para tentar ver um pouco melhor a sua cidade?

## Participante B

Eu queria comentar só uma questão, pensando em discutir Federalismo e, como já colocou, essa diversidade que temos.

Depois da nossa Constituição de 88 – e um dos desafios para a gente que trabalha na área da saúde e principalmente numa perspectiva de apoiar o processo de descentralização – temos uma questão de Unidades Federadas. E o desafio que eu vejo para pensar os municípios como Unidades Federadas é essa diversidade que encontramos nos municípios.

Vamos pegar como exemplo o Estado de São Paulo, por ter o maior município, com 11 milhões de habitantes, e ter o menor com 800 habitantes. Então, pega esses 800 habitantes, que para a nossa discussão de uma política de saúde como um SUS, é menos do que a gente pensa para uma equipe do Saúde da Família. Porque a maioria das nossas equipes atende uma população até maior. Tem-se assim uma Unidade Federada, que deve ter o seu respeito, como tem uma Câmara de Vereadores, e deve ter o próprio Conselho de Saúde.

Então o que a gente queria, era ouvir um pouco de suas considerações com relação a essas políticas, considerando um Pacto com muita diversidade.

Temos um sonho, que é o “Sonho de Igualdade e Solidariedade”. Gostaria que você comentasse sobre esse “sonho”. E se isso é invenção nossa, porque quando colocamos o SUS, e na construção dele, dá para perceber que, apesar de não termos colocado nem nos próprios princípios constitucionais e nem na Lei Orgânica, mas nas normas operacionais trouxemos o conceito de equidade. E incorporamos isso de uma maneira tão forte que a gente já diz que a equidade é um princípio do SUS. Ela é um princípio para todos. E estamos construindo.

Sabemos que se não trouxermos a questão da solidariedade e da responsabilidade, de como podemos responsabilizar uma Atenção Integral e fazer uma Programação em que você pega municípios tão pequenos e municípios grandes – ficamos achando que isso é difícil. Queria ver um pouco essa discussão, de como fazer esse Pacto Federativo chamando à responsabilidade. Porque hoje a discussão é essa: como responsa-

bilizar um município pequeno, como Borá – SP ou Oliveira de Fátima – TO, que são os dois menores municípios que temos no Brasil.

Borá tem 800 habitantes e Oliveira de Fátima tem 900. Mas quando olhamos para Borá, que tem uma equipe médica e fica perto de São Paulo, portanto dentro de outra Unidade Federada, com uma estrutura maior... Porém, quando se pega Oliveira de Fátima, em Tocantins, já na região norte, ela tem uma única Equipe da Família, e só. Essa equipe, com certeza está sofrendo muito, pois as pessoas que vivem em Oliveira de Fátima devem ter também problemas de saúde – isso se não forem mais sérios do que os que existem em Borá.

Então, é um pouco essa discussão. Porque acho que é esse desafio que todo o grupo aqui, mais voltado para o Apoio Integrado, encontra. Trazemos uma discussão de pactuação e de responsabilidade compartilhada entre as três esferas de gestão. Uma diversidade tão grande! Como é que você encontra isso? Ou vamos ter que ser mais criativos, inventar instrumentos que contemplem a solidariedade?

### **Participante C**

Acho que colocou-se várias questões instigantes para a gente estar pensando junto. Queria retomar quando coloca-se a necessidade de podermos estar pensando “Políticas Nacionais”, que sejam possíveis de serem implementadas com estratégias locais que respeitem a diversidade e a pluralidade de constituição desse nosso País, que não só é diferente, como também é desigual.

E nesse esforço de buscar contribuir na implantação do SUS, percebemos que muitas vezes, para podermos de fato estar construindo estratégias locais na implantação das Políticas Nacionais, nos deparamos com situações onde o conflito é a marca da relação intergestores, onde muitas vezes o município de menor porte coloca uma necessidade, e então gera um conflito com o município de maior porte, ou com a esfera Estadual de gestão, naquele território.

Estamos tentando agora, por dentro desse Pacto, que acabamos de combinar na Saúde, pensar em instrumentos que possam ajudar a transformar essa relação Intergestores, mais conflituosa e mais competitiva, numa relação mais solidária.

Então, queria estar ouvindo um pouco que instrumentos podem facilitar essa transformação da relação Intergestores, de relações competitivas para relações solidárias. E um outro ponto que percebemos, na implantação do SUS, que por mais que cada ente assuma ou busque assumir mais integralmente a sua responsabilidade, dificilmente um Município sozinho resolve todas as questões que precisam ser resolvidas. Considerando a Política de Saúde, por exemplo, vai se colocando como imperativo pensarmos em espaços regionais de gestão.

Estamos nesse momento tentando avançar na construção de espaços regionais de gestão, pensando na Política Setorial que é a saúde, entendendo que isso também se faz importante para a relação de políticas intersetoriais. Então, queria ouvir como expõe esses espaços de Articulação Regional Intergestores, como espaço de construção mais solidária de políticas.

### **Participante B**

Na questão da Lei de Responsabilidade Social, nós estávamos comentando, da questão de ter metas. Por que metas, nós temos. Estamos com um Pacto em

que temos metas, e a nossa dificuldade é justamente o cumprimento delas.

A outra coisa que está falando-se é de ter uma lei. Eu queria saber o seguinte: uma lei vai fazer a gente cumprir? Ou essa forma como a gente vem elaborando os Pactos? Inclusive, agora, porque desde que começamos com a discussão do SUS, temos vários processos de Pactuação, Programação Pactuada Integrada. E tem sido um desafio enorme, porque permeiam todas essas questões levantadas. A questão das relações de poderes e a questão da equidade, da solidariedade que não temos ainda consolidada.

Estamos vindo com Pactos de Indicadores da Atenção Básica que antes eram chamados de Vigilância em Saúde. Temos Pactos com relação à Vigilância Sanitária; Pacto de Programações da Atenção à Saúde; e hoje o nosso desafio é fazer um Pacto Único, para permitir aos gestores pensarem dentro de um processo único de pactuação.

Você está falando muito na lei – e tenho essa preocupação. Será que uma lei não é algo mais rígido?

Ou a nossa cultura só permite trabalhar com lei? E em que essas nossas pactuações são fragilizadas?

#### **Participante D**

Eu sou do DAD (Departamento de Apoio à Descentralização) do Ministério da Saúde. E queria dar palpite em duas coisas. A primeira é essa que a participante B acabou de falar, da questão da lei, e também reforçar um pouco. Essa lei pode ser entendida de duas maneiras: um processo burocrático normativo de baixo pra cima ou uma certa síntese de um mecanismo político de um movimento que vai produzindo um certo conhecimento, e esse conhecimento então se sintetiza, ou seja, a Lei acaba virando uma decorrência de um movimento. E nesse sentido eu acho que estaria de acordo com o seu ponto de vista. O segundo aspecto queria pegar um pouco essa questão que você falou do gestor da cidade de Nova Iorque. E aqui ficamos pensando se tivéssemos gestores nas nossas cidades, o que iria acontecer, se seria alguma coisa boa. Porque, de um lado, talvez pudéssemos criar mecanismos para cumprir metas ou se nós íamos deixar os

políticos mais “à vontade” – e estou fazendo mais uma brincadeira, a certa conjuntura, de na verdade priorizar da política.

Um lado da questão do poder, e na verdade, descolar na questão da gestão, pensando na questão da equidade, enfim, de minorar essas desigualdades em que a gente vive. Então queria que você comentasse um pouco isso, até porque a gente vem percebendo também, não os gestores, mas uma certa delegação de função na área da saúde. E estamos vendo um pouco isso. Organizações Sociais assumindo responsabilidades na prestação da assistência. E a justificativa é pela racionalidade da prestação, por terem metas mais definidas no contrato. E isso está muito em voga hoje em dia. Então como é que você vê isso?

#### **Participante E**

Eu trabalho na Funai e estou aqui a convite. Lamentavelmente em função do trânsito, cheguei um pouco atrasado, mas já procurei me atualizar de algumas questões que foram colocadas e inclusive na explanação filosófica e econômica que você fez citan-

do Adam Smith que é pai do liberalismo. E como eu cheguei atrasado eu perguntaria: você foi prefeito por qual partido? É a primeira questão, porque a partir dessa resposta, eu chegaria a algumas conclusões para poder fazer outras perguntas.

### **Participante E**

Então isso indica que você deve ter uma orientação econômica e social de continuação socialista – supõe-se pelo menos, por estar nesses partidos, porque se estivesse no PSDB ou no PFL você seria puramente liberal, aonde a valorização seria a do Capital e não a do ser humano. Pelo que você expõe, normalmente, você deverá valorizar o Ser Humano, ao contrário da questão do Capital.

E sendo assim, acho extremamente lamentável, por que nós, durante muitos anos, tivemos a esperança de que esse “Brasil” tomasse um caminho de orientação social, e tivemos essa grande esperança no Governo atual. E que infelizmente perdeu-se no meio do caminho. Hoje existem Bancos com recordes de lucros e a questão da “socialização” de valores restrita a 0,4% do PIB, através dessas Bolsas Famílias e de Escolas.

Eu não estou fazendo nenhuma crítica, e creio que esteja dentro da esperança da socialização; não do comunismo, porque hoje o que está socializado é infelizmente a miséria.

Há uma concentração de renda extremamente forte no país, uma concentração de renda que leva a uma elite cada vez mais poderosa e influente. E como fazer programar dentro desses critérios e dentro de um país em que 75% pertencem a populações com 20 mil habitantes, onde essas populações são pessoas que realmente não têm condições cultural, educacional e social, de interferir de uma forma mais intensa. Como harmonizar e equilibrar os poderes sociais? Como manter esse equilíbrio entre as diversas categorias em função de uma política de governo que hoje infelizmente não existe.

### **Participante C**

Estamos com uma discussão, nesse momento, na Saúde, com o Congresso Nacional sobre um projeto de Lei que cria a Lei de Responsabilidade Sanitária, que pode ser um embrião.

Discutimos isso com o deputado que é o autor do



projeto para ser uma Lei de Responsabilidade Social. E nos deparamos na discussão – para tentar compor o texto, melhorar a sua origem, etc – com duas questões, que acho, que as soluções dadas no texto não são boas. E queria saber se conseguimos aprimorar essas questões.

A primeira coisa é que estamos falando de uma lei que seria aplicada num processo onde a responsabilidade é compartilhada. Então muitas vezes o Município não consegue cumprir uma determinada meta, e também estamos trabalhando com a perspectiva de que as contratualizações se dêem por metas. Mas muitas vezes ele não consegue atingir a meta em seu território porque o apoio Estadual ou Federal não aconteceu, e como trabalhamos com responsabilidades compartilhadas, nem sempre é fácil identificar quem de fato não cumpriu o seu papel para que aquela meta não fosse alcançada. Com isso, tínhamos dificuldade de tipificar as extrações da lei de forma mais direta.

A segunda questão é o processo de aplicação das penalidades, porque também estamos tentando criar uma relação entre os entes federativos mais solidários.

E o ente deveria estar de alguma forma atestando o não cumprimento do outro, no seu papel de fiscalização, de monitoramento ou de avaliação. E essa questão também não ficou bem resolvida. Então deveríamos pensar num instrumento de aplicação da Lei dentro do próprio setor saúde? Ou buscar saídas como o Ministério Público?

### **Participante F**

Na verdade, eu vou cutucar um outro lado seu. Você colocou a “Universidade”. Primeiro, acho que a gente tem discutido muito o processo e a questão do federalismo – e que tenho ouvido muito.

Quero passar uma pergunta, que talvez no processo de discussão, ou de assumir que estamos numa Federação, que tem três entes com responsabilidades, posto em Lei, já há muito tempo. Historicamente talvez tenhamos sempre um vício de fazer muito, uma reflexão e cobrar do ente Federal a responsabilidade em relação à questão da Federação, ou do Federalismo, dele, enquanto alguém responsável.

Não sei se isso seria uma questão que talvez pudessem atacar por um outro viés. Acho que dificilmente

responsabilizamos Municípios e Estados em algumas discussões. Vou pegar como exemplo a questão do Financiamento. Constantemente discutimos o Financiamento da Saúde do nível Federal, dificilmente entramos em um embate ou consegue-se chegar numa profundidade de responsabilização dos outros entes. Por isso, essa é uma questão. De como é que a gente vence? Ou faz com que os outros entes também discutam? Ou que a gente coloque na mesa essa responsabilização.

E outra questão que se dá também são os atores que discutem a questão do Federalismo. As relações Federativas são na grande maioria gestores. A população de forma geral não consegue chegar a esse nível e a essa informação. Acho que isso tem a ver com o processo de educação e de formação que temos no país. Acho ainda que parte da dificuldade que temos da sociedade é por ser essa uma questão que não discutimos nos cursos universitários. Que uma outra área teria uma responsabilidade em relação à sociedade, e que talvez não esteja tão envolvida? Então quero deixar isso para reflexão.

### **Participante G**

Eu vim tomar um café e estou assistindo uma aula. Então, pergunto ao senhor. Na constituição de uma política, até porque é raro político dentro da conjuntura política desse país, o senhor se considera um político, um administrador, ou um inovador nessas gestões públicas desse contexto social?

Em seguida quando falou das competências e atribuições da gestão de responsabilidade compartilhada, que é outro fato interessante e que deve ser discutido num projeto mais amplo, e me felicita como Dirigente de uma entidade do 3º setor e o SUS promover essas questões. Porque para nós, e no nosso caso, as pessoas com deficiência, muita gente fala na questão do recurso, prioriza o recurso e esquece o foco principal que é a pessoa, o ser humano, que tem que estar antes do recurso junto com a qualidade.

E quando você citou o recurso, não esquecendo desse ralo financeiro em que escoam os milhões e milhões de dinheiro que vão, e normalmente a resposta tem sido pífia nesses últimos anos. E discutimos a possível construção de idéias e de pensamentos diferentes

do que se tem feito nesse país. Pergunto: O senhor acha que precisa melhorar a qualidade da gestão pública, ou primeiro temos que transformar a qualidade dos gestores municipais?

### 3.3 Consideração Final do Facilitador

**José Carlos Rassier**

Respondendo a questão do participante A<sup>2</sup>, acho que há três aspectos que podem ser analisados na pergunta que está sendo feita. O primeiro é que em todo o Mundo têm caído as qualidades da Política. Isso, explica-se por algumas razões. A mais importante, creio eu, do ponto de vista filosófico, é que a política está perdendo a capacidade de mudar o mundo. E desde 1789, a mais liberal e democrática Revolução, a Francesa, que trouxe a noção de um Estado de direito, e a primeira declaração fundamental dos direitos. Diziam os Revolucionários na França que para ser cidadão é

preciso ser Livre. Porque era necessário negar o Estado Absolutista, e essa primeira onda de declaração de direitos se conjuga como um processo que traz uma mudança fundamental de paradigmas à humanidade, que é a Revolução Industrial. E desde que os teares começaram a produzir em 1760, na Inglaterra, é que se passa a compreender, graças a um conjunto de luta e mobilizações – na realidade são todas lutas Democráticas, que era preciso uma outra geração de direitos econômicos.

Então, de 1760 até 1950, durante aproximadamente um século e meio, tivemos a oposição entre o liberalismo e a oportunidade de se construir um Estado Social de Direito. Esse Estado Social de Direito está enfrentando uma crise que pode ser definitiva para a sua concepção, que se baseava no financiamento público. Aliás, um Estado Democrático é um Estado financiado pela sociedade, e quando essa sociedade perde a capacidade de financiar o Estado, ela perde também a capacidade de gerar políticas que dêem alguma forma de respeito aos seus interesses de cidadania. E os interesses começam a ser gestados por

---

<sup>2</sup> As considerações dos participantes encontram-se, nesse texto, no Item 3.2 “Considerações dos Participantes”.

grupos, por corporações, por interesses que nem sempre são aqueles que contemplam uma visão de reduzir as distâncias, reduzir as desigualdades, de ter a concepção, que, creio eu, seja a essência do que estamos falando. É preciso entender que por trás dos números, dos gráficos, das teses, das academias, dos partidos, dos fóruns; estão as pessoas, que são, em última instância, o objeto da nossa ação.

Desse Estado Social de Direito que enfrenta uma crise profunda, nasce, não necessariamente nessa ordem, uma 3ª geração de Direitos que são chamados de intangíveis, trans-individuais, os direitos de última geração. Por exemplo: de quem é o meio ambiente que nós respiramos? É de um partido político? De uma seita religiosa? De um grupo econômico? E dentro dessa concepção dos direitos trans-individuais, há também a noção clara de que existem direitos específicos de grupos da sociedade, que não é apenas o reconhecimento de minorias, mas aprofundar a questão de que “é preciso tratar desigualmente os desiguais”, isto é, a essência de um Estado Democrático de Direito, do ponto de vista Jurídico.

É esse processo que nós vivemos hoje, no bojo de uma Globalização – os Franceses não gostam desse termo inventado pelos Americanos, preferem o termo Mundialização – mas a Globalização que na realidade decreta a falência das fronteiras para os estados nacionais, que impõe limites para as pessoas e não para os produtos, produz assimetria social profunda.

Estávamos no dia de hoje e de ontem, quando iniciamos as nossas atividades na Escola de Gestão Pública, num curso sobre Desenvolvimento Local e Regional – que é uma atividade da ABM com a Condição Econômica para América Latina e o Caribe, da ONU – demonstrando aos nossos alunos que os 30 países que tinham o menor índice de desenvolvimento humano há 30 anos são os mesmos, hoje. Mercê, de alguns desses países terem icorrido em um grande crescimento econômico.

Então é preciso cada vez mais fazer uma diferenciação entre crescimento e desenvolvimento. O Brasil pode servir como exemplo de surtos de crescimento econômico; e isso não significa necessariamente processo de melhoria do índice de desenvolvimento

humano. Então, já que estamos falando desse tema, é preciso analisar a qualidade do progresso que estamos oferecendo num mundo em que duzentas corporações controlam 72,8% do Produto Bruto Econômico, onde somente na América Latina, 220 milhões de pessoas estão na linha absoluta da pobreza. Essas assimetrias sociais não podem ser analisadas somente na relação PIB/Renda Per Capta, algo que era de uma visão extremamente economicista, mas recorrente em todas as análises das Agências de Recuperação, dos Órgãos dos Governos Centrais, dos Gestores Públicos, ou seja, é necessário verificar como devemos trabalhar com a noção de desenvolvimento. E uma das metas propostas pela ONU para o milênio, e um dos indicadores para se medir a qualidade do progresso, é, por exemplo, hoje, o acesso à Saúde. Então existem índices que medem esse acesso, como a Educação e outros direitos fundamentais de cidadania. Na realidade essas metas remetem a direitos sociais de cidadania. Então, nesse contexto, em todas as localidades, regiões, territórios – e compreenda-se o território como de um país, Estado ou micro região – as Políticas Públicas

não logram obter eficácia se não há o envolvimento da comunidade. Isso é fundamental para que as Políticas Públicas tenham a possibilidade de se enraizarem no tecido social.

No Brasil, por força da Constituição, os Conselhos são obrigatórios e em muitos países não existem Conselhos – ou têm funções diferentes. Por exemplo, no Chile – que é um país que cresce significativamente na América Latina, onde os Conselhos são chamados Conselhos de Vizinhos e tratam de questões como se fossem condomínios, como se fosse a gestão de interesses feitos a grupos – os Governadores continuam sendo indicados pelo Presidente da República e não há eleições para os Governos Estaduais, existem regiões administrativas. Para dar um outro exemplo, nos Estados Unidos, metade das cidades é administrada por gerentes de cidades; elege-se o Prefeito, o Conselho da Cidade, que são os Vereadores, e o Prefeito é o Presidente do Conselho das Cidades. Os melhores gestores são disputados pelas cidades. Estive recentemente em Oklahoma, no Centro de Estudos em Democracia e Cultura, e a Universidade de Oklahoma ostentava em

todos os jornais do centro-oeste americano que cerca de trinta cidades daquela região havia contratados Gerentes de Cidades formados pela Universidade.

Então está ocorrendo em várias partes do mundo uma profissionalização e uma tecnificação da Gestão Pública. E muito claramente isso está ocorrendo em diferentes partes. Por exemplo, na Espanha, esse é um processo muito visível, em outras regiões como, no caso, o Brasil há um grande esforço de se conciliar a Participação Cidadã com a execução de Políticas Públicas.

Então de que forma pode-se dar esse empoderamento social que nós tanto defendemos? Primeiro não há empoderamento social numa sociedade que passa fome, porque o cidadão faminto não é um cidadão político; não há um empoderamento social numa sociedade onde crianças morrem antes de completar um ano de vida por não haver eficácia nas políticas básicas de saúde; não há empoderamento social numa sociedade que 85% dos habitantes não têm acesso à tecnologia e a informática, o que chamamos de analfabetos digitais – num mundo em que tudo está conectado.

Outro dia estive num município, e após uma longa reunião e exposição, todos em silêncio, as pessoas me perguntaram se eu tinha um computador para emprestar – para que fosse acessada via internet todos os programas.

E isso faz com que voltemos à análise anterior, de que um dos grandes problemas do Brasil é achar que São Paulo é igual a Moju – PA; que Arambaré no Rio Grande do Sul é igual à Vitória – ES; e que temos que ter uma única legislação que atenda todas essas realidades, porque somos um País unitário e uma Federação. E esta Federação despreza as realidades micro regionais, os aspectos culturais, as particularidades; isso para fazer uma metáfora – e isso nos remete para o Etnocentrismo – na realidade acaba criando a idéia de uma visão única. E como diria o nosso prezado Leonardo Boff: “Todo olhar parte de um ponto, e todo ponto tem uma vista, que vê, e não existe olhar neutro, nenhum olhar é neutro”.

Então para que de fato possamos ter uma sociedade em que vá se dando o empoderamento social – estou absolutamente convencido de que precisamos

criar regras de legislações que tratem desigualmente os desiguais. Esse é um grande debate no Brasil, porque as pessoas acham que se tivermos leis iguais para todos, todos teriam acesso a essas leis – falso!

Pois, quem já leu Roberto da Mata, sabe que nesse país, diferentemente de outros países, quando se cria algo que em tese – pelo menos nas tentativas que houve, – é preciso entender, porque pode parecer que não se deseja, mas olhando o País da forma como ele foi construído e se deram as relações, vamos apoiar, por exemplo, o Código de Leis do País.

Se você chegar ao Estados Unidos e disser: “o indivíduo”, lá esta palavra significa algo importantíssimo, onde esse “indivíduo” pode até derrubar o Presidente da República. Por exemplo: se ele for jornalista, ele pode derrubar o Presidente. E “indivíduo” no Brasil é pejorativo. Você apanha os inquéritos policiais e lá está: “foi preso o indivíduo na noite de 29 de março na cidade do Rio de Janeiro...”. E na história política brasileira, para que esse indivíduo pudesse ter “Cidadania”, surgiram os intermediários do poder político.

Então, trazendo isso para um plano mais concreto, algumas cidades no Brasil estão produzindo grandes

avanços. E vou citar dois exemplos que são antagônicos:

Primeiro vou citar uma cidade que foi, muito tempo, administrada pelo PT e uma outra que foi administrada pelo PSDB. Duas cidades diferentes, mas que experimentaram processos, cada uma com a sua realidade e concepção, e não vou qualificar essa concepção.

Em Porto Alegre, o Governo de Administração Popular ao longo de quatro mandatos, o governo saiu e o que veio após, não conseguiu acabar com a participação popular. Porque ela se enraizou na sociedade, se tornou direito de cidadania política, e penso que independente de quem venha a governar Porto Alegre, dificilmente conseguirá acabar com esse processo, poderá melhorá-lo, para certamente avançar. Ainda bem que nada está pronto no mundo e tudo pode ser mudado.

Em Joinville, que é a cidade que tem o maior PIB (Produto Interno Bruto) de Santa Catarina, é mais importante do ponto de vista econômico do que Florianópolis, apesar de Florianópolis receber um grande fluxo turístico. Mas fizeram um planejamento estraté-

gico para o desenvolvimento em Joinville e lograram obter alguns avanços como o exemplo do combate a “favelização” nas cidades. Joinville é uma cidade que não possui favelas, é a política de ocupação urbana do território. Eu estive recentemente na cidade, e o índice de analfabetismo é em torno de 11%; eles reuniram todos “os atores sociais”, porque estabeleceram no seu planejamento que querem, ao longo de 10 anos, acabar com o analfabetismo absoluto em Joinville.

Muitas cidades estão tendo experiências semelhantes, guardadas as devidas proporções. Então, não é verdadeiro dizer que não há processos de empoderamento no Brasil, porque alguns estão ocorrendo. Não é correto dizer que esses processos de empoderamento social estão se dando no mesmo nível e com a mesma visão. Existem visões distintas. E também, para reforçar o que eu já disse, creio que é um grande erro pensar que se não tratarmos desigualmente algumas questões teremos a capacidade de obter a eficácia nas políticas públicas.

Tem um poema de Vinícius de Moraes que é “**Soneto da Fidelidade**”:

*“De tudo, ao meu amor serei atento  
Antes, e com tal zelo, e sempre, e tanto  
Que mesmo em face do maior encanto  
Dele se encante mais meu pensamento.*

*Quero vivê-lo em cada vão momento  
E em seu louvor hei de espalhar meu canto  
E rir meu riso e derramar meu pranto  
Ao seu pesar ou seu contentamento.*

*E assim, quando mais tarde me procure  
Quem sabe a morte, angústia de quem vive  
Quem sabe a solidão, fim de quem ama*

*Eu possa me dizer do amor (que tive):  
Que não seja imortal, posto que é chama  
Mas que seja infinito enquanto dure.”*

Eu vou tentar ser o mais rápido para permitir que as pessoas falem mais, e tentar responder, de alguma forma, quatro ou cinco questões que estão embicadas diretamente nas exposições que foram feitas.



A primeira é de que o país precisa criar uma Lei de Responsabilidade Social. O Brasil criou uma Lei de Responsabilidade Fiscal. Nós precisamos criar a lei e fixar metas para quem governa. Quando tudo é prioritário, nada é. Não existe gestão pública eficaz sem uma agenda de governabilidade que dê conta de enfrentar as questões latentes da sociedade.

Se criarmos uma Lei de Responsabilidade Social, vamos poder atender ao município que tem 800 habitantes ou o que tem 800 mil habitantes. E aí sim, o esforço local vai ser valorizado, porque se naquela comunidade onde existem 800 habitantes, as pessoas souberem que existem 200 analfabetos, e que elas podem fazer uma política pública para atender essas pessoas, fazer uma política de inclusão educacional que evite o surgimento de novos analfabetos, isso vai criando uma Agenda de Governabilidade que na realidade passa a ser uma “governância” solidária. E sem isso o país não avança.

Não basta dizer que é necessário gastar 15% da arrecadação em saúde quando se fala que é preciso tratar desigualmente os “desiguais”. É preciso ter marcos

conceituais comuns, mas a aplicação desses conceitos precisa atender às realidades locais e micro regionais.

Se os governantes independentes que estiverem numa metrópole ou na região mais rural do país forem gestores de uma Agenda de Governância Solidária no País, talvez o país consiga, num espaço médio de tempo, lograr e obter êxitos em suas políticas públicas. Hoje o gestor está apenas obrigado a aplicar os percentuais. E há algo no Brasil que não se encontra em nenhuma outra parte do mundo; existe uma plena e absoluta autonomia do gestor local para propor políticas de interesses próprios da comunidade.

Nos demais países como a França, Alemanha, Itália, Espanha, Chile, se o gestor local quer fazer um programa na área de saúde, e ele faz o convênio com o órgão – o ente Federado imediatamente posterior, o Estado ou a União – se compromete com a execução de metas. Os recursos estão focados em metas, e todos têm o mesmo. Porém, se alguém quer, para atender uma realidade específica da sua localidade, acessar recursos dos demais níveis de governo, existem metas, e elas são medidas e se expressam por indica-

dores. Pode-se, com isso, melhorar a execução dessas políticas e a relação de cooperação federativa, que no Brasil não se dá por um Pacto de Adesão, se dá por Pacto de Obrigatoriedade. Então esse Pacto de Obrigatoriedade faz com que o Gestor Local pense: essa é a Política do Estado. O Estado pensa: Essa é a Política do Governo Central. No meio disso, está claramente definido o contexto institucional do conflito, porque acabam não sendo políticas comuns permeadas pelos entes, são contratos de obrigação. Penso que deveríamos refletir nisso.

Com relação à possibilidade de construir Redes Regionais, isso não é necessário só na Saúde, mas em todas as áreas. Nós temos um indicador que demonstra que cerca de 25% dos Municípios do Brasil têm até 5 mil habitantes, outros 19% têm até 10 mil, e mais 23% tem até 20 mil habitantes, ou seja, 75% dos Municípios são compostos por populações de até 20 mil habitantes e estão em todas as regiões do país, nas 27 Unidades Federadas do País, na imensa maioria desses municípios perdeu-se capital humano em função dos fluxos migratórios, da própria condição econômica;

82% da população do país estão vivendo nas regiões metropolitanas. E temos 75% das cidades que perderam capital humano, e há uma concentração enorme, nas regiões metropolitanas, de problemas graves. É impossível avançarmos se continuarmos achando que São Paulo é igual a qualquer outra cidade do país.

Citando exemplos concretos, de quando tive a oportunidade de ser Prefeito Municipal no Rio Grande do Sul. As pessoas nos procuravam porque queriam fazer cirurgias simples, como cirurgia de catarata; queriam fazer tomografia computadorizada e que não havia na região. E ao lado havia um município com 100 mil habitantes que não possuíam tais recursos. As pessoas tinham que se deslocar até a capital de Porto Alegre para terem acesso a serviços básicos. Vocês podem achar que não é básico, mas para quem tem a necessidade – aí entra a questão do olhar.

Eu me lembrei de uma história interessante de que “a realidade sempre é complexa, mas ela só é complexa se alguém a ver assim”. Então sempre conto a história de que, numa feira em São Paulo, alguém chegou para a pessoa que estava vendendo os produtos, e disse que

queria comprar toda a produção. A pessoa respondeu que não podia vender, porque assim não teria o que fazer durante o dia.

Então, quem tem uma necessidade que está vinculada ao “bem” mais essencial que é a “vida”, esse alguém se pergunta: porque numa região onde estão 250 habitantes não existem sistemas compartilhados entre os três entes federados, que ofereçam acesso a procedimentos básicos de saúde. E nessa região, todos estão obrigados a gastar um percentual mínimo em saúde. Cada um pensa do ponto de vista do seu olhar. O Governo Local achando que não deve responsabilidade nenhuma ao Governo Estadual (por ser um ente autônomo da Federação); e o Governo Estadual achando que não tem, necessariamente, que atender as demandas do Governo Central; e o Governo Central, num país com as dimensões como o nosso, e sempre os orçamentos públicos serão insuficientes diante das demandas.

Estive em Nova Iorque numa audiência com o Prefeito, que reclama da falta de verba para a Segurança Pública. E que isso era um grave problema para

a cidade diante do fluxo turístico – a metrópole. Então os Orçamentos Públicos sempre serão insuficientes para atender às demandas, por essa razão que não se pode pensar a Gestão Pública sem a questão básica da eficiência, da eficácia e da qualidade do gasto público. Não vai haver a qualidade do gasto público se não construirmos uma agenda de governabilidade, de governância solidária, em que os gestores tenham metas.

Por isso que precisamos avançar e criar uma Lei de Responsabilidade Social. Eu fui Prefeito na cidade de Arambaré - RS, uma pequena cidade turística, um balneário, e recebia cerca de 130 mil pessoas. Éramos uma pacata aldeia durante três dias na semana e depois parecia que era uma cidade. Vinham pessoas de várias partes do país e algumas do exterior, em função da localização geográfica do município. Mas depois que oito, nove pessoas iam até a Prefeitura solicitando coisas básicas; como medicamentos, nós apoiamos a Relação de Medicamentos da Organização Mundial de Saúde – que vocês gestores de saúde conhecem muito bem, princípios ativos que combatem cerca de

80% das doenças que afetam as populações. Fizemos uma lei, e garantimos que toda a população teria direito ao medicamento; e que não era preciso falar com o Prefeito para isso. Porque esse é o problema da intermediação política.

Ao invés de nós rompermos esses laços do atraso da cultura política e de costumes que estão vinculados a uma forma de violência política do Estado contra a Cidadania, isso tem que ser um direito básico de acesso à população, independente do Partido que está Governando, do Prefeito, do Presidente da Câmara.

Então temos que ter metas e agendas. Temos que avançar na criação dessa Lei de Responsabilidade Social no País, e aí sim medir. Chegar a Moju com os testes da saúde e saber que Moju tem 75 mil habitantes. Que a taxa de mortalidade é “X” e os problemas que estão na gestão da saúde são “tais”... E isso poderá remeter para um acompanhamento.

Respondendo ao participante E. Eu apenas citei Adam Smith para poder discordar dele. Porque aprendemos na Academia que sempre que citamos um autor devemos nominá-lo, é uma tradição da Academia

– e como venho de uma Academia e sou professor universitário, seria deslegante da minha parte citar o pensamento de alguém e não citar o autor – isso é um requisito acadêmico importante.

No Rio Grande do Sul, quando eu fui Prefeito, tínhamos uma administração que era compartilhada entre o PDT, PT, PSB e o PV.

Vamos começar pela parte mais polêmica, onde respondo ao participante F, que é a avaliação do atual Governo do Presidente Lula. E estou absolutamente convencido de que se houvesse um desequilíbrio profundo nas contas nacionais nós teríamos um quadro de maior instabilidade social e política no país. Isso não é uma questão de defender uma visão monetarista ortodoxa. É que não é possível, um país adquirir competitividade internacional com desequilíbrio nas suas contas públicas.

Melhor exemplo disso é a China, em que há um crescente superávit fiscal, uma economia extremamente exportadora, e associada a isso, a melhoria dos indicadores de desenvolvimento humano. Não é nenhuma apologia ao Partido Único na China. Acredito

cegamente na democracia e acho que a grande questão dos sistemas republicanos é, de fato, aprofundarem a democracia em todos os sentidos. E estou absolutamente convencido de que isso não é uma concessão e sim uma avaliação de que é preciso ter honestidade intelectual nesse aspecto, de que dificilmente um governo num período de quatro anos lograria obter plena eficácia no enfrentamento de mazelas sociais que vitimam o país há muitos anos. Isso não significa que tenhamos que deixar de buscar as alternativas necessárias, e não significa também que tudo o que o Governo está fazendo é suficiente, porque não é e nem será. Basta olhar o país. Mas, por outro lado, todo esse processo que estamos vivendo de discussão em torno do uso indevido de verbas públicas, corrupção, ou no poder executivo ou no legislativo, todo esse debate que está presente na avaliação de todas as pessoas está acontecendo num momento muito importante para a história do Brasil. E normalmente só conseguimos analisar os avanços históricos depois que eles ocorrem, mesmo que sejamos atores daquele processo, mas para analisar certos avanços é preciso um distanciamento.

E algo extremamente positivo no país é que as instituições estão funcionando plenamente. Inclusive órgãos que tradicionalmente eram órgãos do partido que governava o Estado Central, apontam irregularidades praticadas desse Estado. Cito como exemplo: o trabalho da Controladoria Geral da União. Isto é importante para o País, do ponto de vista histórico. Como é importante para qualquer sociedade o funcionamento da liberdade de imprensa, mesmo que muitas vezes quem escreva um artigo condene antes de julgar.

Eu poderia dizer que estivemos ontem numa audiência com o Presidente da República e que tivemos grandes reivindicações em relação à pauta municipalista com o Governo Central e todas estão associadas a essa idéia de que é preciso melhorar as políticas fazendo com que de fato elas sirvam à cidadania. Que é necessário talvez enfrentar o desafio mais visível nas chamadas democracias ocidentais, de governar o Governo. E às vezes, isso é difícil, porque nem sempre o Governo é o que a sociedade espera, e nem o que os governantes também desejam – esta é a avaliação.

Com relação às questões que foram colocadas pela participante B. Deve-se remeter a construção de uma lei de Responsabilidade Social para um texto legal? E de que forma fazê-lo? Acho que a simples edição de uma lei, por si só, não garante a sua execução. Aprendemos na Faculdade de Direito que existe a lei “boa” e a “má”. A lei “boa” é a que pega e a lei “má” é a que é feita, mas não tem eficiência. Esses processos de cooperação federativa e de compartilhamento de responsabilidades precisam estar permeados por essa construção na sociedade e não podemos imaginar que vamos operacionalizar a democracia num ambiente de institucionalização idealizada, porque corremos o risco de ficar dizendo “a democracia na Grécia”. Na Grécia as mulheres, os escravos, os cidadãos não gregos não votavam. Só era cidadão quem tinha propriedade.

Não podemos ficar presos a certas armadilhas teóricas, porque senão ficaremos criando referenciais que são importantes quando analisamos qualquer sociedade, mas que criam um certo imobilismo ou levam a uma certa ingenuidade política, que é tão grave

quanto a esperteza onde as duas produzem malefícios à sociedade. Então é claro que para criar uma Lei de Responsabilidade Social, pressupõe-se que, diante de tantos conselhos que existem em cidades pequenas, médias e grandes, diante de tantos Fóruns Nacionais e de tentativas de cooperação por adesão, podem-se criar sistemas de compartilhamento em diferentes áreas, em que todos os atores sociais estejam participando – e isso se remeta necessariamente para uma obrigação da gestão pública, independente de quem seja o gestor que lá está. A tradição brasileira não é do voluntarismo na gestão pública, o voluntarismo levou o país há vários processos de maus costumes e hábitos políticos.

É um perigo você dizer para o gestor que ele tem o recurso, e decida com plena autonomia o que fazer com ele. É absolutamente necessário fazer com que esse compartilhamento de responsabilidade avance dessa forma. Mas isso, em minha opinião, precisa estar num texto legal. A sociedade precisa saber que independente de quem esteja governando ela possui direitos básicos de Cidadania e que aquela região está

compartilhada com demais entes. Porque o próprio sentido etimológico da palavra compartilhar pressupõe que partimos do mesmo ponto de vista, o que é absolutamente falso na federação brasileira.

Mas sistemas de cooperação e de gestão que estejam consagrados legalmente, mas cujo controle social esteja vinculado aos diversos atores sociais para que se tenha uma Lei de Responsabilidade Fiscal e se aprofunde o aparelho do Estado, para poder melhorar a qualidade da nossa democracia.

Com relação ao Projeto de Lei que cria uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Às vezes, e não entenda isso como uma grosseria da minha parte, mas apenas para dizer algo que é muito visível no país: às vezes, “Brasília fica muito longe do Brasil”. Por essa razão, pedi antes que não interpretassem isso mal. Essa é a tradição da República, não necessariamente isso se constitui como uma ofensa ou uma grosseria – há tantas pessoas de várias partes do país que estão aqui construindo uma cidade belíssima.

Certas políticas são pensadas – e isso não ocorre apenas no nível do Governo Central, mas também

nos governos chamados de “Sub-Nacionais” e Estaduais – de uma forma que os atores locais não participam. Em última instância, a eficácia de qualquer política está diretamente vinculada ao território municipal. Já ocorreu na história republicana vários programas que foram bem pensados, do ponto de vista teórico, e fracassaram na sua aplicação prática, porque desprezavam a questão dos atores do território mais importante numa República. E aquele que, de fato, dá noção de pertencimento aos habitantes – que é noção do território local e precisa ser avaliado.

Respondendo à participante F: o fato das nossas Universidades não estarem, em seus diferentes cursos, discutindo esse tema, é porque muitas das nossas Universidades estão exclusivamente voltadas para atividades de mercado; cursos que trazem mais rentabilidades ou que estão vinculados às ciências focadas nos saberes tecnológicos.

Essa discussão sobre federalismo, cooperação interfederativa, sistemas de compartilhamento de gestão é uma discussão que está muito distante da realidade da população brasileira. São pouquíssimos Fóruns de

espaços para debater esse tema, são poucos ambientes onde questões dessa natureza são tratadas. Muitas Universidades estão trabalhando outra temática que é a questão do Desenvolvimento Local e Regional, e para isso estão tendo que discutir os temas da Federação, porque se torna uma exigência acadêmica e curricular. Não tem como mobilizar atores com planejamento estratégico e desenvolvimento local e regional, sem discutir o contexto jurídico, político e histórico da Federação. De alguma forma começa haver uma transversalidade que vai permeando essa situação.

Não sejamos pessimistas, “porque pessimista é o cidadão que tendo dois problemas escolhe os dois”. Está ocorrendo avanços no país e temos no Brasil algumas situações que podem – comparativamente a outras sociedades – ser exemplificadas. Por exemplo: as pessoas pensam que a sociedade americana é a mais liberal e democrática do Ocidente. E basta viver um período nos Estados Unidos para se compreender que isso é absolutamente falso, basta verificar o dilema da democracia americana em que cada vez mais as pessoas votam menos. Os presidentes dos partidos que es-

tão governando os Estados Unidos carecem, cada vez mais, de legitimidade eleitoral do ponto de vista da participação dos cidadãos no seu processo de escolha. Já em outros países em que existem outras modalidades de cooperação, por exemplo, a Espanha, que está operando fundos dessa forma; a Federação Espanhola de Municípios e Províncias celebra acordos com os governos de diferentes níveis e firma termos e pactos de gestão com as municipalidades, e acaba ocorrendo aquilo que, muitas vezes, nas nossas políticas públicas não ocorrem. Acaba ocorrendo, no sentido mais qualificado do termo, “o compromisso político”, porque ninguém compartilha em diferentes níveis de governo uma ação se não houver um compromisso de natureza política, que não significa necessariamente partidária e nem ideológica. Opostos também podem, num Sistema Federativo, realizarem ações compartilhadas quando se tem a clara noção de que, em última instância, o benefício dessas políticas será para a sociedade.

Temos aqui no Brasil alguns avanços. A sociedade brasileira como qualquer outra sociedade não é imóvel, são sistemas vivos, as vezes as pessoas não mu-



dam, mas as sociedades mudam e fazem com que as pessoas aprendam a mudar. Estão ocorrendo avanços no Brasil, não são todos aqueles que gostaríamos, e não estão ocorrendo com a velocidade que desejamos, mas seria absolutamente injusto achar que nada está ocorrendo nesse país. Porque não é nem do ponto de vista qualitativo e nem quantitativo ter exata visão, isso não significa renunciar a nossa capacidade de nos indignarmos diante de tantas mazelas sociais, de tanto desequilíbrio, de tanta concentração de poder. Por exemplo, se vocês estivessem aqui com um conjunto de prefeitos, eles estariam dizendo do início ao fim, o seguinte: Queremos melhorar as nossas cidades, mas não temos recursos financeiros para fazer isso.

83.7% das cidades brasileiras (dado da Secretaria do Tesouro Nacional) dependem das transferências obrigatórias do Governo Federal e dos Estaduais. Em quase 90% dessas cidades os recursos orçamentários em função das obrigações constitucionais como saúde, educação, vamos ter 40% do orçamento obrigatoriamente comprometido com essas duas áreas. Em média essas cidades gastam em torno de 40 a 45%

com despesa de pessoal, então vamos ter cerca de 80 a 90% do orçamento público, dos 5.562 municípios que existem no país, absolutamente comprometido. Então, de um lado, tem a autonomia para (Art. 36 da Constituição) legislar sobre as políticas de peculiar interesse do território da cidade, por outro lado, não dispõem de recursos.

Para muitos administradores, quando se referem à questão da Reforma Tributária, é com uma visão exclusivamente monetarista. Acho que o debate é o seguinte: queremos mais dinheiro para quê? E como aplicar esse dinheiro? Porque não basta transferir mais recursos para o ente local se não estiver associado a uma agenda.

Para responder ao participante G, sobre a questão de se devemos melhorar primeiro a qualidade da gestão ou a qualidade dos gestores, acho que esse é um processo que está vinculado. Criamos uma Escola de Gestão Pública aqui em Brasília e tenho a responsabilidade de coordená-la. Estamos realizando um curso sobre o “Desenvolvimento Local e Regional” em parceria com a ONU. Recebemos inscrições de diferentes

partes do país, tínhamos 50 vagas e mais de 350 inscritos de diferentes perfis de cidades. Isso demonstra que as pessoas querem fazer mais e melhor. Não é verdadeiro quando nos referimos à classe política e não é verdadeiro também que todas as pessoas que estão envolvidas com processos políticos sejam necessariamente pessoas desonestas, sejam pessoas que estejam envolvidas com o “fazer” político, porque desejam obter vantagens pessoais ou obterem dividendos.

Somos um país de pessoas honestas. É que muitas vezes as pessoas honestas não têm vez e voz. Mas somos um país de pessoas honestas, nós não somos um país de corruptos, somos um país onde há corrupção. E é o exercício pleno da democracia e da capacidade de crítica, de mobilização, de envolvimento da sociedade que vai melhorar o sistema democrático, e em consequência disso aperfeiçoar a república.

Não existe uma fórmula técnica e distante da capacidade de compreensão e de respostas políticas da população, que de um modo autônomo produza avanços ou crie rupturas, porque não é da natureza do sistema democrático esse processo. Democracia é um

exercício permanente de conflito, de negociação, de avanços, de recursos e de reflexão.

Quando fui candidato pela primeira vez, para responder uma pergunta de natureza pessoal endereçada a mim, e que não tem nada haver com a questão acadêmica, filosófica, teórica – pelo menos no tema em que estamos tratando – mas quando fui candidato pela primeira vez, as pessoas contratavam uma equipe da Universidade que faziam a medição da preferência dos votos nas eleições, e na segunda ou terceira pesquisa, me chamaram para um gabinete fechado com ar condicionado e me disseram: vamos perder as eleições e estamos preocupados, porque as pessoas morrem nessa cidade e o senhor não está indo a todos os velórios, o senhor pára nas ruas e às vezes conversa com as pessoas por uma hora, disseram até que o senhor esses dias foi numa localidade que estava tendo um comício e falou apenas para uma pessoa durante uma hora e quinze minutos, em pleno inverno e com muita chuva.

De fato caiu uma tempestade, como essas que caem em Brasília, era inverno e no Rio Grande do Sul,

e quando faz frio e tem tempestade é realmente uma situação climática difícil. Havia um comício e choveu muito, e foi só uma pessoa. Então, cheguei lá fiz um discurso de uma hora e quinze minutos – apenas para uma pessoa, o cidadão apenas me olhou e me cumprimentou. No dia da posse nessa localidade nós fizemos 85% dos votos, e esse cidadão por iniciativa pessoal própria, mobilizou amplos grupos dessa comunidade e lá estava mais emocionado do que eu, dizendo assim: “alguém me tratou como um cidadão”.

Porque esse é o problema de quem faz política, de achar que tem que falar para milhares e milhares de pessoas. Temos que ter sempre essa capacidade de atuarmos como se fôssemos atores que estão de alguma forma exercitando um papel que não nos pertence. É um pouco aquilo que verificamos numa sociedade que se “mundializa” e os ciclos dos produtos são cada vez mais rápidos. Meu avô comprou um computador e achou que era o investimento mais importante da sua vida e dois anos depois o computador não valia nada por que estava superado tecnologicamente.

Então uma sociedade de mudanças profundas, de assimetrias e distanciamentos cada vez maiores, e que

muitas vezes as pessoas que estão exercendo funções públicas passam a agir como se fossem atores de um processo – isso gera um profundo distanciamento.

Como me defino no meu pessoal, foi à pergunta que me foi feita, se eu sou um político? Assim da condição política – Olha: uma vez fui para o Seminário com 16 anos e fiquei lá por algum tempo, aprendi muitas coisas de Economia Política, Antropologia, Sociologia, Filosofia, mas era um templo fechado. Um dia alguém me perguntou se eu desejava ser um sacerdote (era o meu orientador do seminário). E respondi: não. Não queria ser um sacerdote de um templo fechado, queria as ruas e desde então eu tenho andado pelas ruas, pelos caminhos, compartilhando experiências, tendo oportunidade de encontrar pessoas em todas as partes e que comungam da mesma esperança, da mesma capacidade de sonhar, do mesmo desafio de encontrarmos em cada ser humano um ponto de contato da nossa humanidade possível. E como alguém que caminha pelas ruas e têm a oportunidade de conhecer pessoas de distantes partes, cada vez me convenço mais que pertencemos a uma só humanidade, e temos sonhos e esperanças para compartilhar. Temos

uma tarefa como habitantes de um mundo que precisamos resgatar, revalorizar o sentido da solidariedade, da cooperação. É preciso de alguma forma encontrar o novo sentido, porque “esperança” se tornou, às vezes, uma palavra gasta. É preciso de fato encontrar, em cada momento, em cada espaço em que se esteja, a oportunidade de contribuir para mudar o mundo. Acredito sinceramente nisso.

Muitas vezes me lembro de algumas situações que reforçam esse posicionamento de ordem pessoal. Vou citar duas coisas que acho fascinante: no livro dos Judeus há uma citação no Holocausto, está escrito que “quem salva uma vida salva o mundo”; e agora os mais importantes avanços da genética demonstram que a partir de um único ser humano é possível geneticamente reconstruir toda a humanidade. Para quem viu “O Carteiro e o Poeta”, há uma passagem que é talvez aquilo que mais traduza o que deve guiar a nossa ação, quando o carteiro enamorado por uma mulher lindíssima começa a pedir para o poeta escrever os versos, e o poeta era Pablo Neruda, e quando a mãe dessa mulher descobre isso e vai até a casa do poeta (depois

há um diálogo entre o poeta e o carteiro), e o poeta diz para que ele devolva os versos, e o carteiro diz que não, porque poesia não é para quem escreve, é para quem precisa... E creio que é isso que deve permear a nossa sensibilidade. Se pudermos todos nós, nos espaços em que atuamos, colaborar decididamente para uma Agenda de Solidariedade, de Fraternidade, de Respeito às diferenças, compreendendo que cada um de nós pode fazer a diferença, como homens e mulheres, e que nada é em vão... A vida não aproxima as pessoas em vão, há um sentido para tudo aquilo que estamos fazendo, alguns dizem que é o destino que vai nos conduzindo. Creio que é mais do que isto. E quando aprendemos isso, temos a capacidade, de alguma forma, de começar a governar o futuro. E este é o grande desafio que todas as sociedades estão colocando: que futuro nós queremos? Como vamos construir esse futuro?

Em diferentes e distintas sociedades este futuro está diretamente vinculado aos laços históricos, sociais, culturais, econômicos, que forjam essa sociedade. Mas essa é a grande questão do ponto de vista

conceitual. E um pouco os governos perderam essa capacidade de construir o futuro em todas as partes. Então é preciso de alguma forma reinventar essa capacidade e isso não se faz apenas com números, até porque as grandes transformações da humanidade não foram feitas por grandes massas, foram quase sempre por pequenos grupos. As transformações não possuem uma agenda, não há um relógio do tempo que marque as transformações, elas vão ocorrendo. E podemos nos inserir nesse ambiente de transformações e ajudar a construir, ou podemos ficar indiferentes às transformações e de alguma forma ficarmos alheios. Então alguém perguntou ou disse: será que tudo isso é um sonho?

E para finalizar, e por falar em sonho, eu vou citar algo que me toca profundamente quando Fernando Pessoa diz:

*“Sei que a vida vale a pena, mesmo que o pão seja caro e a liberdade pequena, Sei que a vida vale a pena quando a alma não é pequena”.*



**CO-GESTÃO REGIONAL  
NA POTENCIALIZAÇÃO DE  
UM SISTEMA DE SAÚDE  
ÚNICO, INTEGRADO, DE  
QUALIDADE E RESOLUTIVO**



Marcus Akerman  
Carmen Teixeira





# 4 CO-GESTÃO REGIONAL NA POTENCIALIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE ÚNICO, INTEGRADO, DE QUALIDADE E RESOLUTIVO

CAFÉ COM IDÉIAS – ABRIL DE 2006

Data: 27/03/2006

**Marcus Akerman**

Professor de Saúde Coletiva da Faculdade de  
Medicina do ABC

**Carmen Teixeira**

Doutora em Saúde Pública e Professora do Ins-  
tituto de Saúde Coletiva da UFBA (Universi-  
dade Federal da Bahia)

## 4.1 Fala Inicial dos Facilitadores

**Marcus Akerman**

Boa noite a todos os presentes! Acho muito interes-  
sante a idéia do “Café”, e precisamos desse tipo de ino-  
vação. Estava olhando o folheto que saiu da Expogest,  
que está um pouco nessa linha de Roda de Conversas.  
Achei muito legal a conferência de abertura do Ariano  
Suassuna, “Saúde no imaginário popular”.

Porque falamos que precisamos abrir diálogo com  
outras disciplinas, outras profissões e outros setores,  
e esse é um ponto interessante. Uma das coisas que o  
pessoal que tem trabalhado na área de Promoção da  
Saúde tem falado é que “há de se disputar o imaginá-  
rio social da população sobre saúde”, porque muitas  
vezes, no nosso campo, a questão do imaginário popu-  
lar está muito no campo da demanda, da assistência.  
Então ampliar a concepção de saúde é discutir isso.

Não sei se responde à participante A<sup>1</sup>, mas gostaria  
de falar das “tirinhas” de Jornais. Vocês já leram es-

---

<sup>1</sup> As considerações dos participantes encontram-se, nesse texto, no Item  
4.2 “Considerações dos Participantes”. (Texto 1).

sas “tirinhas”? Gosto muito das “tirinhas” de jornais, porque elas têm uma capacidade de síntese danada. Na Faculdade, quando temos um aluno de mestrado, peço para que ele leia essas “tirinhas”, para que possa desenvolver cada vez mais a capacidade de síntese. Os autores desses quatro quadrinhos têm uma capacidade de falar um monte de coisas, só nesse pequeno espaço. Trouxe uma “tirinha” do Laerte, que saiu na Folha de São Paulo e trata do Tietê. Onde o primeiro quadrinho é um homem olhando para dentro de um barril, que tem uma etiqueta, escrito assim: certezas, aí ele olha dentro do Barril e fala assim: de novo no zero; no segundo quadrinho, ele pega o barril e diz assim: enche o saco ter que fazer recarga toda semana do barril de certezas; no terceiro: ele diz: ah! Se eu conseguisse uma revelação, nunca mais eu iria precisar recarregar; no quarto e último quadrinho é um homem no armazém recarregando o barril das certezas e falando assim: revelação, acho que nem se fabrica mais. Acho essa “tirinha” libertadora, porque é isso mesmo, enche o saco recarregar o barril da certeza, mas revelação não existe. Se formos no campo da espi-

ritualidade podemos até pensar que a revelação existe; mas no campo da racionalidade, da política, da gestão talvez não existam revelações. Mas acho que o barril das idéias precisa permanecer, se as certezas mudam as idéias, acho que precisam ser acumuladas. No nosso país isso é algo importante.

Marco Aurélio Nogueira é um Sociólogo e professor da Unesp, em São Paulo, e escreve no Estado de São Paulo. No artigo da semana passada ele escreveu assim: “A Procura de uma Idéia”, e um parágrafo que me chamou atenção diz assim:

*Mesmo estando a cinco meses das urnas, ainda não dispomos de programas e propostas suficientemente articuladas que dêem cara a partidos e a candidatos. O que há, de sobra, são anúncios capazes de maximizar votos e espaços, de seduzir eleitores menos avisados, estocadas recíprocas que não vão ao âmago das questões e nem indicam o que podemos almejar. É um silêncio eloqüente, expressão de uma sociedade que caminha à procura de uma idéia.<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> NOGUEIRA, M. A. A Procura de uma Idéia. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 22 abr. 2006. Editoriais.

Acho isso interessante, mas o único jeito que tem de produzir idéias é fazendo debate; construindo espaços públicos e assumindo a diversidade das idéias; explicitando as diferenças. E explicitar diferenças não é necessariamente explicitar a polarização, a sequitalização, a diferença de partidos é se posicionar à frente de várias questões. Por exemplo, fugindo um pouco do nosso campo, a transposição do Rio São Francisco é uma questão política. Não sei se as pessoas aqui têm uma posição; se são contra ou a favor da transposição do Rio São Francisco. Outra questão do dia a dia é apoiar ou não a questão da Varig? São questões políticas de debate republicano, de debate genuíno, onde as pessoas se posicionam, e não tem um lado que é bom ou mal, ou bandido, inimigo. São posições e idéias, e de alguma forma perdemos essa questão. Outra discussão do nosso campo é a questão das Organizações Sociais, dos modos de Gestão, da flexibilização ou não dos modos de gestão; de que maneira? Com que bases? Temos que criar espaços desse tipo, nos posicionarmos e assumirmos a questão dessas diversidades.

Por outro lado, dizer que somos diferentes, que temos idéias distintas não basta. E um outro recorte de jornal muito interessante é um artigo de um francês, Frank

Furedi, que escreveu, na época da crise na França, sobre a rebelião dos jovens na periferia de Paris. “Todos devíamos aprender com a França”, onde ele escreve assim:

*O estado atual de exaustão política mostra que falta à vida pública um senso de meta, perspectiva e sentido. O elogio da diversidade é provavelmente o mais claro exemplo dessa estratégia evasiva. Celebrar os muitos é um ato destituído de sentido que apenas reconhece a realidade de que não somos todos iguais. A diversidade é a afirmação de um fato, e transformar esse fato em ideal equivale a evitar por completo nutrir ideais verdadeiros. Mais especificamente, poupa as autoridades da necessidade de declarar o que é que define sua sociedade.<sup>3</sup>*

Então, diversidade, construir idéias, encher o barril das idéias sem revelações e sem certezas; mas qual é o papel do Estado, das pessoas?

Vivemos em sociedade e precisamos de alguma forma ter espaço de articulação das nossas idéias.

---

<sup>3</sup> FUREDI, F. Todos devíamos aprender com a França. *Folha de S. Paulo*, 13 nov. 2005.

Queria trazer a discussão da Regionalização e dizer que essa história da Co-Gestão Regional, na minha opinião, é uma oportunidade e tem um potencial fantástico de aglutinar a diversidade e as idéias dentro de uma lógica de um projeto comum. Então essa é a potencialidade dessa Co-Gestão Regional. Precisamos desfragmentar, construir objetivos comuns, mesmo que os interesses sejam distintos, e isso é superlegítimo. Mas, mesmo que essas construções de objetivo comum sejam provisórias, acho fundamental seres humanos, atores sociais se reunirem em torno de uma mesa e dizer o que querem construir.

Eu não sou um ator típico da Regionalização, venho entrando nesse processo e debate até “empurrado” pela Vânia Barbosa, minha colega no ABC, que é Secretária Municipal de Saúde de Santo André e trabalhou no DAD/MS nessa questão. Tenho visto que o espaço da Regionalização é interessante porque é onde as pessoas, os secretários e os atores sociais “assumem seus limites”. E esse espaço em que seres humanos e atores sociais “assumem seus limites” é o principal movimento para articular; “assumem os seus limites” de responder às questões no campo do seu município.

É onde as pessoas dizem assim: “a minha autonomia é relativa e eu preciso do outro para construir coisas”, é a lógica das autonomias interdependentes.

Então, para mim, esse é um outro potencial da Co-Gestão Regional, quando os atores precisam dar respostas imediatas e claras para questões municipais. Têm de alguma forma que demonstrar que ele tem respostas. A Co-Gestão Regional é um espaço de trazer perguntas, de demonstrar seus limites, de assumir de alguma forma a sua autonomia interdependente e reconhecer o outro, é o espaço de alteridade, isso é interessante. Mais que construir um espaço de Gestão Regional, é um espaço de construção de uma alteridade, de uma inter-relação, então, é uma potencialidade que não se pode perder de vista.

Isso é como eu tenho sentido, até como ator desse processo. Sentar com Secretários Municipais de Saúde do ABC e ver aquele “bando” de gente falando: “Eu não consigo isso, eu não dou conta disso, eu preciso disso, eu preciso do seu apoio”, E um “negócio” de humanismo muito interessante, desde que a lógica seja a solidariedade e a cooperação. E só conseguimos construir essa Regionalização se for assim. Por isso,

estabelece um nível de relação entre as pessoas, que é Político, mas que é também um espaço do indivíduo reconhecer o outro e seus limites.

Tem duas experiências que estamos vivendo que é uma outra potencialidade, e que não deveria ser um espaço de Regionalização da Assistência à Saúde, deveria ser um espaço de construção da Regionalização da Saúde. E uma lógica de como outros setores agregam isso. Temos que pensar se é possível ou não construir orçamentos Regionais e Intersetoriais, mas o Aquilas fala um pouco dessas possibilidades. É um pouco como Ijuí, no Rio Grande do Sul, está tentando, é um lugar onde vocês têm um dos dez Projetos. E estamos trabalhando junto com o Dario e a Eliane num Projeto que está sendo financiado por uma outra área do Ministério, da SVS – Secretaria Vigilância em Saúde, num Plano de Promoção da Saúde. O Projeto se chama: “Saúde, Reorientação dos Serviços em Desenvolvimento Regional”, em que estamos trabalhando na hipótese de que reorientar serviços de saúde faz bem para o desenvolvimento regional. Dentro de uma lógica, assim: “fechar pequenos Hospitais Deficitários

e criar outra lógica de Atendimento de Serviço, dinamiza a Economia Local”, então, isso tem um outro impacto na lógica da Saúde.

Já se tem evidências em Ijuí-RS. O fechamento de um Hospital, a abertura de um Serviço de Oftalmologia, e a dinamização do espaço local, uma lógica de desenvolvimento local e regional. Então uma outra potencialidade, trabalhar essa questão da Regionalização dentro dessa ótica.

No ABC, pela própria característica, estamos dentro do Consórcio Intermunicipal que congrega os Sete Municípios. O Consórcio é uma agência, e lá dentro tem uma agência de desenvolvimento regional. Estamos querendo construir dentro do Consórcio, com recursos que o Ministério alocou, que são aqueles R\$ 123.000,00 – que não dá para muita coisa. Mas queremos construir um Projeto de Capitação de Recursos, e isso foi pactuado pelo Secretário depois de discutir muitas questões. Uma coisa que estamos chamando de “Agir Saúde”, que seria a Agência Intermunicipal de Regulação Regional em Saúde, para construirmos uma lógica de inteligência regional, e não uma lógica

de operação regional. E aí, entender que os Municípios trabalham com a questão da demanda, da regulação e da oferta, e talvez o espaço regional seja o espaço da regulação da necessidade em Saúde, um espaço de construção das necessidades em saúde, apesar de usar muito o termo: “necessidades em saúde”.

Outro dia vi uma frase do Francisco de Oliveira que diz assim: “*quem têm necessidade é girafa, gente tem é direito*”, mas a gente trabalha em necessidade e às vezes em oposição à demanda e à oferta. Acho que essa é uma outra potencialidade, a questão do espaço regional; que é de uma construção de uma inteligência regional olhando para a questão das necessidades. E essa agência – então não é muito bom usar um termo “belicoso”, a Maria Cecília sempre fala isso:

Combate a Violência; População Alvo; Vigilância; e usando até uma comparação, o Pentágono e a CIA. O Pentágono é uma Agência de Operação, a CIA uma Agência de Inteligência, talvez os Municípios tenham que ter sua Agência Regulatória Operacional e a Região uma Agência de Inteligência Regional. Esse é o desafio que estamos colocando no ABC, de construir

na Inteligência Regional. E na Unijuí (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul) essa questão do desenvolvimento regional e a reorientação dos Serviços como um caminho para essa Regionalização.

Outro dia eu e o Gastão tivemos uma conversa discutindo a questão da Promoção da Saúde; como é que você faz para o gestor em Saúde não ficar refém da assistência e da demanda? E o Gastão, de uma forma muito inteligente, como ele sempre coloca, diz que a demanda e a assistência são o “karma” do gestor, e não tem como fugir disso. Ele coloca de forma muito inteligente que “só tem medo da demanda quem não têm capacidade de colocar limites”. Então quando você coloca limites, pode trabalhar com a demanda de uma forma mais construtiva. Essa é a dificuldade, porque o espaço regional passa a ser, muitas vezes, nessa lógica da limitação, um espaço de resolver problemas imediatos na medida em que os atores colocam as suas limitações, e os recursos divididos.

Então, a tônica, apesar de toda essa minha discussão de Inteligência Regional, que é uma idéia para

construir, a tônica é a resolução do problema no cotidiano, de como é que vou resolver o que precisava ontem. Esse é um paradoxo do processo. O que estamos tentando fazer nessa lógica da construção da Agência é construir um trabalho em Rede, de forma que os sete municípios se constituam em sete duplas de municípios, onde vai haver um processo de visita intermunicipal. Então, Diadema e São Bernardo vão visitar Santo André e conhecer o Processo de Regulação de lá.

Estamos testando um formulário para construir isso, e depois esses grupos vão em dupla, visitar Sistemas de Regulação no Brasil inteiro, para então sabermos se esse Processo de Articulação em Rede pode construir e fazer a questão da Regionalização Cooperativa. Porque falamos dela enquanto um desejo, mas temos no processo formas de construir cooperação. Nunca aconteceu no ABC, Santo André ir visitar a Central de Regulação de São Bernardo, e São Bernardo visitar a Central de Mauá e assim sucessivamente.

Criticamos muito, a Central de Regulação da DIR – Diretoria Regional da Secretarias de Estado da Saú-

de na região do ABC, mas nunca tínhamos visitado. Então fomos na DIR conhecer o Sistema de Regulação que eles têm, usando esse formulário.

Por isso, a lógica da Gestão Regional enquanto espaço de interação entre atores. Porque só construímos a Regulação na “fricção” ou melhor, só se constrói a Solidariedade na “fricção”. Então uma lógica das pessoas se relacionarem, enquanto sujeito, para que a lógica da Política que é a Regionalização Solidária e Regionalização Cooperativa se transforme em espaços concretos a partir de sujeitos que cooperam e solidarizam.

### **Carmen Teixeira**

Boa noite. Estou super feliz de estar aqui. Vou começar falando de quando, no movimento da reforma sanitária, começamos a discutir a noção de regionalização, que é antiga e foi retomada na época do SUDS, quando começamos a pensar na base territorial do sistema de saúde ao implantarmos distritos sanitários.

Refletindo sobre essa história podemos perceber que, nesses últimos 25/30 anos, o conceito de re-

gionalização vem se transformando, de certa forma, sofrendo até uma mutação. Quando pensávamos em regionalização antes do SUS era muito com base nas experiências das secretarias estaduais de saúde, que criaram regiões de saúde, diretorias de saúde ou escritórios regionais de saúde, como parte de um processo de desconcentração da administração da rede de serviços, no contexto de implantação dos Programas de Extensão de Cobertura, nos anos 70.

Com o SUDS começamos a discutir outra perspectiva, a de gestão descentralizada de distritos sanitários, inclusive com a organização de consórcios intermunicipais, como foi na época o Consórcio de Penápolis, cujo objetivo maior era garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Depois o SUS tomou um outro rumo, adotou a municipalização como forma de descentralização da gestão, através das Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996. Ora, em um país em que a imensa maioria dos municípios é de pequeno porte, ainda que se avance na reorganização da atenção básica, não se tem condição de garantir a integralidade do cuidado, incluindo, quando necessário, o acesso a serviços

de média e alta complexidade.

A retomada da proposta de regionalização implica reconstruir, num outro patamar, a integralidade da atenção à saúde, uma forma de tentar garantir que se tenha um sistema integrado que ofereça ações de promoção, de prevenção de riscos, de reabilitação e de assistência.

Isto está relacionado com o que eu e o Jairnilson Paim estamos trabalhando há alguns anos, ou seja, com a noção de vigilância da saúde, ou seja, uma concepção integral da organização da atenção à saúde, que inclui o estabelecimento de uma base territorial e a reorganização dos serviços, em redes integradas, mas também implica a implementação e integração de práticas que incidem sobre momentos distintos do processo saúde-doença.

É nessa linha que eu gostaria de colocar alguns elementos ao debate. Não podemos reduzir a proposta de regionalização a uma montagem de redes integradas de serviços. Entendo que temos que compreender a regionalização como o solo, a base territorial para a integração de práticas, o que se faz a partir da identifi-



cação dos problemas de saúde da população, das suas necessidades e demandas, em um processo de planejamento e programação descentralizados, situacionais, com participação popular.

Enfim, nessa linha de raciocínio é que estamos trabalhando com a noção de vigilância. Buscamos conjugar essa dupla dimensão, ou seja, a dimensão organizacional do sistema de serviços com a dimensão técnico-operacional das práticas. Isso está em alguns textos que eu escrevi e é o ponto central da distinção entre as definições de modelos assistenciais expostas nos textos de Eugênio Vilaça e de Jairnilson Paim. O Eugênio enfatiza o aspecto gerencial e o Geinilson o aspecto operacional, e eu tenho tentado fazer uma síntese dessas duas perspectivas, o que significa valorizar o processo de regionalização dos serviços e, ao mesmo tempo, enfatiza a necessidade de se articular as práticas de promoção e vigilância da saúde, dirigidas a grupos populacionais, com as ações de assistência e reabilitação, que, em última instância, tomam como objeto problemas individuais.

## 4.2 Considerações dos Participantes

### Participante A

Boa noite a todos. Sou Ana Lucia, Coordenadora de Integração Programática do DAD (Departamento de Apoio à Descentralização). A nossa Coordenação trabalha com a questão da Regionalização, e temos defendido a idéia já algum tempo.

Conseguimos pactuar algumas coisas importantes na construção do Pacto pela Vida e Pacto pela Saúde, dentro do Pacto de Gestão. Que é a questão da formação de colegiados e gestão regional, para que possa, dentro desse espaço, que estamos chamando de “espaço de construção coletiva”, entre os gestores estaduais e municipais de saúde, no sentido de olhar para o território e fazer o diagnóstico de um planejamento, para atender às reais necessidades de saúde da população. Queria que você colocasse para a gente. Fizemos alguns contatos e interlocuções, mas a grande preocupação que tem chegado até nós e tem sido trazida pelos Secretários é a dificuldade de ter um espaço que

seja participativo. E que obrigatoriamente não tenha que ser paritário para as discussões e decisões que são tomadas por atores, que são gestores dentro da área de saúde.

Então é essa questão da dificuldade de trabalhar com a oportunidade de se fazer uma troca, que não tenha que ser por decisões, que tenham que ser paritárias.

#### **Participante B**

Tinha formulado uma questão para fazer para o Marcus, mas ele acabou, no final da fala, de certa forma respondendo, ou pelo menos iniciando uma resposta.

O que me chamou a atenção foi à questão do “Integrado”, porque não basta fazer uma Co-Gestão Regional. Então gostaria de saber como é integrar isso e como agregar valor nessa Co-Gestão Regional?

Você acabou falando da questão do trabalho em Rede, que acredito ser um dos caminhos para avançar nessa perspectiva da questão da Co-Gestão Regional, porque a Regionalização é um dos princípios operativos do SUS. Acho que o Marcus foi muito feliz quando colocou a questão da Promoção da Saúde, que tem que

mexer e trabalhar com o imaginário nessa perspectiva. Então, gostaria que falasse um pouco desse trabalho de construção. Porque não é só a Saúde que tem trabalhado nessa perspectiva, mas outras áreas também.

#### **Participante A**

Vou colocar uma reflexão em cima disso que Carmen e o Marcus falaram, tentando pensar uma forma de como sair dessa questão meio automática.

Nós fizemos todo um estudo nessa questão da Regionalização. É importante isso que vocês destacaram, para não cumprirmos novamente a rotina de seguir em cima só de uma organização de uma Rede que seja assistencial e esqueça as outras coisas que deveríamos, mas que o tempo inteiro falamos, na verdade, em todo o momento em que falamos da política de Regionalização, ou da proposta de trabalhar em Rede. Mas na hora de vivenciar, na hora de executar, de ir para a prática, de ir junto com os atores que fazem isso, com os secretários municipais, com os funcionários das equipes das Unidades de Saúde, voltamos a fazer um pouco esse automatismo, de olhar e pensar só na Assistência.

Queria “jogar” um pouco com a idéia que o Marcus estava falando antes da Carmem chegar, da possibilidade de criarmos espaços, e como estamos discutindo essa questão de ter um espaço entre os gestores e temos sentido que eles têm medo desse espaço. Porque parece que quando você vota e a coisa se define em números, fica mais fácil do que fazer um processo de discussão, e pactuação.

O consenso é uma construção, e que na verdade, como conseguimos romper esse automatismo e ao chegar no movimento dentro do espaço que vamos estar organizando. O “Café” é um espaço para a nossa construção como atores, que estão tendo esse papel de ir para esses lugares e fazer essa discussão. Então como é que a gente se “dês-veste” desse espaço que vem e traz algo organizado, para chegar e construir um processo, uma Rede, para além da Saúde, para ter qualidade de vida, de saúde, de desenvolvimento regional.

### **Participante C**

É um prazer está aqui com a minha ex-orientadora Carmem, sou Márcia Lotuffo e trabalho na Coordenadoria de Apoio a Gestão Descentralizada no DAD. Não sou uma estudiosa da Regionalização, mas o que

temos refletido com a Ana na leitura dos documentos que estão sendo produzido.

O que vou falar é um pouco com base na experiência que vivemos em Mato Grosso, de Regionalização, que estava tentando algo diferente do que na época a Noas colocava, que era a visão mais ligada à questão da Rede de Assistência e de Procedimentos.

O que percebo é a dificuldade das pessoas em visualizar esse espaço regional. Porque esse espaço é uma potencialidade para se discutir e exercitar a Intersetorialidade. E dependendo do problema que é pautado, por exemplo, em Mato Grosso era uma questão de saneamento importante, que dentro dessa lógica – e eu concordo com a questão da inteligência, é por aí que temos que “puxar” essa discussão. Por isso as pessoas não conseguem fazer esse desprendimento do nível local para fazer essa abstração ainda; que seja regional, para depois voltar para o concreto; definir que o problema do saneamento é importante; e que um só município não dá conta disso; que o equipamento social possa estar alocado no município independente da discussão ser coletiva.

Sinto dificuldade em fazer esse exercício. Nesse sentido há uma discussão no processo de coordenação

regional, sem burocratizar, mas no documento da Regionalização ficou uma parte, que na minha opinião não avançamos bastante, e acho que isso é fundamental para desenvolver essa idéia, que o Marcus estava falando.

Na minha opinião podemos construir uma Rede de Assistência Articulada com uma lógica territorial e construir espaço de planejamento, de gestão e negociação de Política de Saúde, a nível regional, referenciado a alguns municípios, e a Rede está referenciada a uma outra lógica. O caminho é esse, mas temos que ter a capacidade de pensar algumas estratégias importantes para garantir que no caminhar a gente não perca o rumo novamente e caia na lógica da organização da Rede, que é importante. Mas estamos avançando mais que na outra lógica.

#### **Participante D**

Meu nome é Cristina, trabalho no DAD na Coordenação de Integração Programática. Vou pegar uma “carona” no que a participante C estava falando. Porque tenho me inquietado na nossa prática com a Re-

gionalização, pois tenho sentido que, no imaginário dos gestores, a discussão da Regionalização traz uma perda do poder. É como se eu saísse do meu local e passasse a dividir alguma coisa, e com isso perco o poder.

Parece que o nosso grande desafio é a questão dessa Regionalização Solidária. Enfim, e como lidar com isso? O Marcus já falou da questão da solidariedade, na fala dele. E queria ouvir mais um pouco em relação a isso.

#### **Participante E**

Trabalho do DAD, na Coordenação Geral de Implementação de Políticas de Saúde. Concordo com o que as participantes C e D falaram, mas acho que a nossa preocupação dentro da realidade de trabalho é na Amazônia Legal. Lá ainda está sendo construído esse processo. Você tem o processo das Secretarias Estaduais, que tem Diretorias Regionais, mas não tem ainda a cultura de fazer processos regionais de gestão. E quando se leva essa discussão de que alguns Estados fizeram um desenho pela Noas – muito interessante

e bonito, mas quando vai se discutir na realidade, o gestor sequer se percebe dentro daquele processo.

O mais interessante, é que além deles não se perceberem, eles não se vêem em nenhum momento contemplados com alguma coisa relacionada a eles. Hoje sabemos que os Fóruns de Representação são representativos. Dentro da Amazônia Legal temos Estados que não tem 400 mil habitantes, nós temos Estados com 15 Municípios, temos outros que tem uma extensão territorial enorme e sequer sabem como trabalhar o Processo Regional, por ter receio. Inclusive, se eles forem discutir um processo instalado, um planejamento, eles não sabem como construir, porque eles só se vêem na Assistência. A grande maioria dos gestores na Amazônia Legal se vêem fortalecidos, ou priorizado, ou só executando assistência e nada mais. Então, esse processo de Regionalização, ao mesmo tempo que rico, é muito difícil para a região, porque é uma forma de você estar, inclusive, construindo identidade de gestor.

Vejo que vamos ter que nos avaliar como nível central, de que forma vamos agir em diferentes locais

no Brasil. Porque esse processo da Regionalização e principalmente essa evolução que se teve pós-SUS, e agora com a nova lógica do Pacto, ela traz uma riqueza muito grande, que é poder colocar na mesa a discussão. De só com o que tem, poderá contribuir? Qual é o meu papel? Eu vou deixar de ser um mero pactuador com os outros e passar a reconhecer onde a minha população drena? Qual é a característica dela? Onde ela está inserida? E essa nova lógica é muito interessante.

#### **Participante F**

Eu trabalho no DAD, no Apoio a Gestão Descentralizada, e acho que está sendo muito interessante porque temos tentado fazer no “Café” uma discussão que passa pelo nosso cotidiano, mas não é totalmente impregnada dele. Até para nos ajudar a sair um pouco e refletir. Mas acho que com a aprovação muito recente do Pacto, e a Regionalização sendo um eixo tão estruturado, está sendo interessante poder “grudar” no que estamos vivendo e tentando contribuir num esforço bastante coletivo. Então eu queria estar colo-

cando algumas coisas com relação a isso para podermos pensar juntos.

Esse “Café” é uma estratégia dentro de um esforço do Ministério de construir um apoio mais integrado aos Estados e Municípios, tentando, pelo menos, reconhecer a fragmentação histórica de que cada área se relacione só com a sua lógica, com Estados e Municípios. E criando um espaço, onde possamos estar, de uma forma mais integrada, buscando construir uma estratégia comum de Apoio à Gestão Descentralizada. Sabemos que a fragmentação ainda persiste e é uma dificuldade cotidiana nossa. Apesar disso, dá para afirmar que a Regionalização que está proposta no Pacto, não é da SAS, da SVS e nem do Ministério, na verdade, ela é uma proposta construída coletivamente, bastante negociada com Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), em vários Fóruns, Espaços, e por isso tem os limites e as vantagens disso. Com certeza não deve refletir exatamente tudo que nenhum dos atores, sozinho, gostaria que fosse; ao mesmo tempo, isso também é a riqueza.

Então queria concordar com as falas que foram colocadas nessa direção, de discutir regionalização da forma como está proposta no tema, como de fato algo que facilite a um SUS mais resolutivo e integral, e que tenha uma base territorial viva. Acho que teria que colocar não só as diferenças, mais os conflitos para dentro do processo, porque a diferença sempre é positiva, no sentido da pluralidade.

Temos percebido, e acho importante, que não tem como falar de construção de Co-Gestão, de relação viva com o Território, que é construído por atores diferentes, que defendem interesses diferentes, de colorações políticas diferentes. Então acho que pensar um espaço solidário de Regionalização é assumir que o conflito vai ser material de trabalho; vai ser colocado na agenda; pautado na reunião, porque senão nós não construímos uma regionalização viva. Podemos protocolar acordo, assinar documento, mas não vamos estar fazendo uma transformação das relações necessária.

Foi citada de várias formas, a insuficiência que é pensar isso só na área da Saúde. Porque, por mais que a gente possa tentar fazer um esforço de dentro da

saúde e pensar o mais amplamente possível, ter uma ação e um pensamento intersetorial, nesse momento, é pensar num território vivo. Também queria provocar um pouco essa conversa, porque tem sido uma questão que se fala muito. Mais no cotidiano, como os desenhos intersetoriais no Brasil, de pensar a Regionalização na Integração Nacional, enfim, de outras áreas. São muito diferentes dos nossos, no cotidiano ou no território, nem sempre é possível colocar a Intersectorialidade como uma preocupação mais constante das Agendas Regionais.

Queria reforçar a dimensão que acho que seja o nosso desafio colocado claramente para que a gente possa lidar com essa dimensão mais subjetiva das relações, no Território Regional – que vocês tocaram ao falar que a Regionalização é um espaço de alteridade e de reconhecer limites, e isso com certeza é uma relação conflituosa – reconhecer limites não é fácil, é mais fácil apontar a falta do outro.

Se não considerarmos essa dimensão subjetiva das relações e aquilo que está em jogo, quando se propõe construir um espaço permanente de olhar um para o outro, e pensar um território... Acho que temos tra-

balhado e refletido pouco sobre a necessidade de estarmos pensando e qualificando o nosso olhar, para essas dimensões, que talvez não sejam tão presentes nas discussões mais cotidianas de trabalho.

### **Participante G**

Boa noite. Primeiro gostaria de dizer que é um imenso prazer estar aqui e desde que descobri o tema e as pessoas que estavam envolvidas na discussão fiquei bastante ansiosa pelo dia de hoje. Principalmente por causa da Carmem, que apesar de nunca ter tido a oportunidade de ouvi-la, gosto muito de ler o que ela escreve.

Queria mudar um pouco o foco das questões que estão sendo levantadas e falar um pouco sobre a equidade, porque quando falamos de Regionalização, de Integralidade, em Descentralização, estamos buscando a Equidade.

A Equidade de diretos, como o Marcus colocou, que “somos gente e não somos girafa”, Equidade da Atenção. E vem essa coisa da Descentralização, da Regionalização de Serviços, da Assistência, da Atenção, da Gestão, então, como é que alcançamos essa tão almejada equidade? Por meio de todo esse processo que estamos desenvolvendo.

## Participante H

Meu nome é Luís Eugênio e atualmente sou Secretário de Saúde de Salvador. E Carmem, como sempre me estimulando, me provocou nessa fala sobre a questão da Gestão Solidária. Fazendo refletir, o porquê que estamos chamando de Gestão Solidária.

Nesse Processo de Reforma Sanitária de 30 anos, se começamos na década de 70 com o movimento Saúde e Democracia, que tinha uma ênfase forte na questão da democratização da sociedade, da luta contra a ditadura, isso depois passa pela década de 80 com o fim da Ditadura, a década de 90, depois da Constituição, a implementação. E nesse processo ao longo da década de 90, percebo alguma mudança do papel dos atores políticos predominantes na condução da Reforma Sanitária.

Com a Institucionalização do SUS, isso se vê muito nos conflitos que estão começando a se intensificar, entre Tripartite e Conselho Nacional de Saúde; Conselho Estadual de Saúde e CIB's; Conselhos Municipais e Gestores Municipais. Houve, ao longo desse processo, um crescimento da importância política dos Gestores, com destaque para os Gestores Municipais.

E isso gerou uma reação nos Gestores Estaduais. Falava-se, há algum tempo atrás, de crise política das Secretarias de Estados.

Ontem, na posse do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), o Ex-presidente, Dr. Marcus Pestana, chamava a atenção para isso; que na Gestão dele, o papel das Secretarias Estaduais voltou a crescer, nesse debate. Mas o que ocorre hoje é uma institucionalização do Processo de Reforma Sanitária, que foi resultado da vitória do Movimento Político-Social, mas que levou, de certo modo, ao fortalecimento relativo do papel político dos gestores. E quando se fala em Gestão Solidária, está falando especificamente em solidariedade entre as três esferas de gestão. A democratização que se falava, antes, traz a dimensão da participação social, da comunidade, dos usuários, dos movimentos sociais.

A idéia do Pacto de Gestão, com a re-politização da Saúde, foi muito feliz. Pois, de fato, entre o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e o Conselho Nacional de Saúde – hoje, houve o debate com a Professora Maria Helena Ma-



chado na Tripartite, onde ficou evidente que há um conflito muito forte de concepção entre o Conasems e o grupo do Ministério da Saúde, a SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), que está mais próximo da posição, do Conselho Nacional de Saúde. Então essa Re-politização da Saúde vai ser muito importante.

Não podemos ficar, de um lado, as propostas Neoliberais e de outro as propostas da Reforma Sanitária de vinte anos atrás. Então é encontrar a resposta atual para a implementação do SUS nos seus princípios de universalidade, equidade, integralidade. Esse é o grande desafio.

Passa pela Gestão Solidária a idéia de um amadurecimento político muito grande. A habilitação de Salvador na Gestão Plena, no mês passado, foi um exemplo concreto. E sem o apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado, não teríamos entrado. E se pensarmos, que porque é um Governo do PT com o Ministro da Saúde sendo do PMDB, com o Governo do Estado ligado ao PFL e uma administração Municipal do PDT com a participação do PT, que não é possível, se não arriscarmos, não obteríamos um bom resultado.

Então, houve na prática um processo de Gestão Solidária extremamente rico e interessante, e isso não está acontecendo unicamente em Salvador, há um processo de amadurecimento da prática política dos gestores do SUS, que é muito positivo. Mas esse é só um lado, e falta ser fortalecida a questão do Movimento Social nesse momento, com essa nova discussão. Foi muito interessante a discussão da Conferência, que houve recentemente, de Gestão de Trabalho e Educação e vai ser interessante a pactuação dessa Política na Tripartite.

### **Participante I**

Regionalização é um tema “espinhoso” para a Vigilância Sanitária, até porque operacionalizamos a Descentralização por competência e não por capacidade das respostas às questões. É uma dificuldade que temos. O que não significa que não dê para trabalharmos com Regionalização em Vigilância, até porque temos percebido que Estados em que as Regionais Estaduais são fortes, e há um trabalho bem elaborado de trazer Coordenadores de Vigilância Sanitária para

discutir problemas em comum, estão avançando e ganhando na capacidade de respostas.

Fiquei com uma questão em relação à solidariedade, não no sentido ideológico do termo. Penso assim: abstratamente temos construído os processos de gestão de uma forma interessante, que traz temas como equidade, solidariedade e uma série de coisas. E quando se torna isso prático através de instrumentos de descentralização, você acaba amarrando o “pé” em instrumentos e ferramentas que, na minha opinião, privilegiam o entendimento da Gestão com o Processo de Gerenciamento de uma Rede de Serviços, de Profissionais e de Recursos. E todo recurso de poder acaba sendo finito e traz um conflito grande, porque você pensa em gerenciar recurso. Será que nós não estaríamos pecando nesse sentido? Ou seja, na hora de instrumentalizarmos a Gestão não estaríamos firmando o pé em processos que privilegiam e dão à gestão a característica de gerência, contando com os Gestores, mesmo com todas as deficiências que eles têm de formação? – isso generalizando. Será que não dá para entender a solidariedade como uma característica da gestão de qualidade, não no sentido ideológico? Será que esse não é problema que

estamos vivendo nesse momento que amplia, que acirra os conflitos na disputa de poder regional?

### **Participante G**

Boa noite, eu sou Elzir Adriana e trabalho na SGTES. Queria problematizar um pouco a fala do Luís, antes da Carmem poder falar e retomar a idéia dela. Porque quando o Luís Eugênio expõe a experiência da Habilitação em Gestão Plena de Salvador e traz a realidade dos vários partidos envolvidos e de várias forças que foram agregadas para esse sucesso, acho que o discurso feito pela Carmem anteriormente está posto. Que é o discurso pela Gestão Democrática, o respeito pelas diferenças, inclusive ideológicas.

Mas que esse respeito, pelas diferenças, inclusive ideológica, não impôs nenhuma posição que impedisse o alcance do objetivo maior, que era a habilitação de Salvador na Gestão Plena.

Não sei se existe conflito na interpretação das duas situações em colocar Solidariedade ou Gestão Democrática, então queria que a Carmem pensasse junto com a gente sobre isso.

### 4.3 Considerações Finais dos Facilitadores

#### Carmen Teixeira

Vocês<sup>4</sup> colocaram muitas questões e vamos ter que pensar junto, pois não existe “receita pronta”. Só vou tentar arrumar um pouquinho o que eu entendi como sendo um desafio a partir das várias falas.

Uma primeira questão diz respeito à estratégia que o Ministério da Saúde vai desenvolver levando em conta a heterogeneidade das macrorregionais, estaduais – o que é um fato. A experiência do Mato Grosso referida pela participante C<sup>1</sup> mostra bem isso. A distância entre os municípios no estado, é um elemento que tem que se levar em conta, até no desenho das microrregiões, na medida em que existem regiões em que se leva o dia inteiro para chegar de um município a outro, o que é uma situação completamente diferente de um estado menor, como é o caso de Sergipe.

Nesse sentido, é muito importante entender a questão do espaço, do território, a heterogeneidade

da ocupação do território brasileiro, e como isso se expressa do ponto de vista demográfico, socioeconômico, cultural e político em cada lugar. Vamos ter que trabalhar com a contribuição da nova geografia. Para avançar nessa linha, temos que trazer para trabalhar conosco gente que pensa, não apenas no geoprocessamento da informação epidemiológica, mas que sabe analisar a heterogeneidade da realidade socioeconômica e cultural brasileira.

A outra questão que apareceu em várias falas se refere à formação ou capacitação de gestores, um grande desafio, na medida em que não enfrentamos o amadorismo que predomina na gestão de sistemas e serviços, área ainda pouco profissionalizada. Isso me lembra o trabalho da Ana Luiza Villas Boas que acabou de defender uma tese de doutorado na qual apresenta os resultados de um estudo sobre o planejamento em município “x”, na Bahia. Como se tratava de um município avançado, do ponto de vista de gestão do SUS, ela trabalhou com o pressuposto de que o planejamento estaria institucionalizado e acabou descobrindo que o mais importante em todo o processo de construção do SUS nesse município, foi muito mais

---

<sup>4</sup> As considerações dos Participantes A, C, D e E, encontram-se nesse texto, no item 4.2 “Considerações dos Participantes”. (Texto 1).

o compromisso e o sacrifício das pessoas engajadas no processo do que propriamente a utilização sistemática de tecnologias de gestão, como é o caso do planejamento.

Ultimamente tenho atuado na coordenação de um mestrado profissional na área de gestão – e está aqui também o Luiz Eugênio, Professor do Mestrado Profissional oferecido pelo ISC – e temos trabalhado muito com esses temas: a questão da liderança, da profissionalização dos gestores, da incorporação de tecnologias gerenciais no âmbito do SUS. Nesse sentido, temos trabalhando com os textos do Javier Uribe Rivera, professor da ENSP, que discute questões relacionadas com a incorporação de concepções derivadas dos estudos sobre “organizações que aprendem”, a exemplo da formação do “líder-jardineiro” que estimula a criatividade, a inovação, a busca de solução aos problemas que parta das condições existentes em cada lugar, reinventando-se criticamente as propostas e normas existentes. Mas isso vai de encontro ao que é de fato, a prática política de indicação de gestores no Brasil, porque estou pensando em formar gestores que podem nem ficar um período completo de gover-

no, em função da instabilidade política e a mudança de dirigentes por conta de alianças político-partidárias. Esse é um outro desafio que temos na verdade se formos pensar a integração de práticas, vigilância da saúde, atenção integral da saúde com base territorial, promoção da saúde e ação intersetorial, tudo isso são conceitos novos, noções que não fazem parte do imaginário do gestor público brasileiro. Não é só a questão técnica da concepção sobre a regionalização. Eu diria até que grande parte deles não tem o sentido da missão enquanto gestor público da saúde, da concepção de que a saúde pode ser esse lugar de vanguarda para se pensar uma nova forma de governar no Brasil.

Acrescentaria, inclusive, que este é um momento interessante para nos aprofundarmos nesse tema, desde que vivemos uma crise de governo tão grande, estamos vendo realmente a falência das nossas formas de organização e gestão governamental, seria interessante retomar a observação de Carlos Matus, com relação ao fato de que “o Estado tem setores” mas “a realidade tem problemas”. Precisamos pensar em constituir a partir da saúde um debate sobre a possibilidade de mudar a forma de governar situações complexas, com

problemas complexos, com realidades complexas, capacitando gente capaz de desencadear processos de mudança, trabalhar com incertezas, que também é algo que vamos ter que aprender a fazer.

Eu queria destacar essas duas coisas que eu ouvi aqui. Uma do ponto de vista da estratégia ser desencadeada pelo nível central. E a segunda, como trabalhar num nível local. Só vejo uma possibilidade, que é constituindo equipes gerenciais que absorvam essa concepção de regionalização, que parece que está sendo assimilada por vocês ainda que não seja consensual, e gostaria de reafirmar que regionalização não é só organização de redes de serviços, é também integração de práticas.

### **Marcus Akerman**

Em relação ao que os participantes<sup>1</sup> falaram, eu queria trazer uma discussão que eu acho interessante. Tanto em epidemiologia, quanto em avaliação, cada vez mais está se falando da variável contexto, o César Victor escreveu recentemente um artigo “O Contexto Importa”, e acho que temos que levar a sério a questão da gestão e a questão do SUS também.

Porque começamos a pensar a coisa do contexto? Simplesmente porque achamos que uma pesquisa que deu certo ou uma avaliação que deu certo vai ser reproduzida. E não é tão fácil assim reproduzir. E o que é levar a sério o contexto? É começar a trazer o contexto como uma variável de trabalho.

O que a participante A falou, de como construir a lógica, e talvez, construir um “diário de bordo” das assessorias e dos acompanhamentos que são feitos em cada contexto diferente, e começar a construir e sistematizar o que é visto, o que é feito, para dizer que a regionalização vai ser diferente de acordo com cada contexto. E o que tem a ver o contexto com isso? O SUS tem uma arquitetura social, a lógica da construção do SUS é nacional, e vamos ter que pensar nela. Mas levar a sério a questão da variável de contexto.

Apesar de vocês acompanharem o Brasil inteiro, tem dez projetos que estão sendo acompanhados. Como é que é o contexto em cada um desses lugares? E como os outros municípios empatam com esses contextos dessas dez experiências que estão sendo financiadas?

Então é trazer o contexto como uma variável de trabalho, construir um diálogo de “bordo” com relação a cada experiência, para tentar construir uma tipologia de contexto, para construir uma lógica de Regionalização dentro de contextos distintos.

Por exemplo, a regionalização em Mato Grosso é diferente da Regionalização do ABC, que é diferente da Regionalização da Amazônia Legal, que é diferente da Regionalização que acontece em Ijuí, no noroeste do Rio Grande do Sul. E essas quatro Regionalizações são completamente distintas. E como é que se dá a integração de práticas em alguns desses lugares?

Pode ser que algum desses lugares não consiga trabalhar a integração de prática; talvez nesse lugar a variável de contexto leve a Gestão Regional a construir Redes, então, precisamos de trânsito nessa lógica. Não é, nem só a questão da Rede Integrada e a questão das práticas, mas como construímos essas coisas de acordo com o contexto, e como que o contexto interfere nessa discussão.

Uma outra coisa é a questão do imaginário do Gestor – falo particularmente do ABC. É muito interessante quando se discute Regionalização, e tentamos ver os pontos incomuns dos Municípios para cons-

truir um Projeto Comum, e alguns Secretários, como o Secretário de Diadema, Marcos Calvo, diz que não dá para não dizer das diferenças dos municípios, não só as coisas comuns como os Pactos, que estabelecemos como um acordo comum, em relação a algo que todos concordam; ele diz que não devemos trabalhar somente no Pacto, mas trazer também as diferenças, as coisas que não pactuamos. Então, o Pacto não tem que ser necessariamente um acordo de iguais e dentro de um Projeto Comum. Sinto que quando a diferença é exacerbada e ele não está dentro do Pacto, você não pactua. Porque se a Regionalização é processo político, e a Política é a explicitação das diferenças, é lógico, que é o Pacto que move a organização, e precisamos do pacto para andar, mesmo que ele seja provisório. Mas não podemos fugir das diferenças entre os municípios. Vamos explicitar essas diferenças e isso inclui o gestor que se sente fora. Então, acho que é uma outra coisa importante para a gente explicitar.

### **Carmen Teixeira**

Respondendo aos participantes F<sup>1</sup> e G<sup>1</sup>, gostaria de problematizar a questão da articulação interseto-

rial e a proposta de implementação de uma “gestão solidária” no âmbito do SUS. Pela nossa experiência é muito difícil fazer a articulação intersetorial a partir de cima. A única forma de começar a construir uma articulação intersetorial é a partir da seleção de problemas, cujos determinantes tenham a ver com a atuação dos diversos setores, ou seja, só conseguimos integrar na prática, não adianta tentar integrar a partir das estruturas administrativas. Vejam, por exemplo, o problema da violência, o tipo de problema cuja solução demanda uma ação intersetorial. Nós, da Saúde, não damos conta da problemática da violência, pois nossos serviços basicamente atendem às vítimas. Para atuarmos sobre determinantes temos que trabalhar com a segurança, transporte, trânsito, enfim, com um conjunto de setores que atuam em aspectos distintos das condições de vida das pessoas. Para construirmos uma articulação de ações e serviços desenvolvidos por estes vários setores, temos que estabelecer um recorte territorial, um foco em grupos populacionais específicos e em problemas específicos. Aí então, chamamos as pessoas para contribuir em algo concreto, identificando o que cada setor pode fazer, o que as pessoas podem fazer, onde se vêem e onde podem atuar.

A segunda questão diz respeito à gestão – virou moda falar de gestão solidária. O que significa solidário? Significa a gente pensar na cooperação, buscando superar os conflitos de toda sorte que existem entre setores, organizações, instituições e pessoas. Ora, não sei porque deixamos de falar em gestão democrática, que remete a uma concepção de gestão que reconhece a existência de conflitos e estabelece os mecanismos para seu encaminhamento. No início do processo de reforma sanitária falávamos em democratização da Saúde, que é a explicitação de diferenças e dos conflitos, e entendemos que a democracia se rege pela regra da maioria, ou seja, não vamos querer que todos pensem iguais. Não vamos poder pasteurizar o pensamento das pessoas, então vamos estabelecer os conflitos e enfrentar os interesses diferentes e construir democraticamente a decisão e sempre recompor esse processo deliberativo. Isso não é algo que só se expressa ou se assina em um papel, o papel foi assinado e os conflitos permanecem o tempo inteiro reaparecendo.

Não estou querendo tirar o nome “solidariedade”, enquanto adjetivo da gestão do SUS, até porque solidariedade é um conceito muito bonito, solidariedade

é um ideal. Para mim, esse ideal solidário tem mais a ver com a construção da equidade, com o princípio da equidade enquanto referencial para a formulação de políticas e para o planejamento das ações, do que propriamente com a gestão. Quando falamos de equidade, falamos de tratar diferentemente os desiguais, o que significa que alguns vão ter que ser generosos e até ajudar os outros; isso é solidariedade. Um grupo social assume que está contribuindo mais e recebendo menos por ter outros que precisam receber mais; isso é Solidariedade.

Agora, gestão solidária me parece uma coisa ideológica; vamos sentar e colaborar junto para a construção de um SUS idealizado – não tem como. Pois, há conflito entre partidos políticos, dentro de uma mesma instituição de saúde. Há dirigentes que são de correntes diferentes, tendências diferentes e lutam pelo poder o tempo inteiro, e estão ali tentando ocupar o seu espaço e aparecer, pensando no seu futuro político. Não podemos deixar de levar isso em consideração. Agora temos que enfatizar que o SUS tem princípios e valores e é preciso reforçar continuamente o processo ético político do SUS, temos isso posto em

lei, temos esse histórico de vinte e tantos anos. Temos que respeitar isso, e temos um futuro que queremos construir, temos esse respaldo, que quase nenhuma outra área tem. O processo de construção do SUS não começou hoje e nem ontem, atravessamos governos. É bom lembrar de muita gente que dedicou sua vida profissional, suas energias intelectuais, o melhor de si para que isso acontecesse.

Penso que é esse o resgate que temos que fazer sempre, o que nos dá uma “moral” para poder colocar isso na agenda. Não é simplesmente uma questão de conjuntura, o SUS é um projeto de uma política de Estado, generosa, solidária, na contramão das tendências neoliberais. Mas como é que vamos gerir esse processo? Assumindo o conflito, capacitando gestores, sensibilizando pessoas, envolvendo sujeitos, o que exige uma certa militância. Eu e Jairnilson Paim acabamos de escrever um texto sobre as Políticas de Saúde no Governo Lula, e estamos falando exatamente disso, deu um trabalho muito grande escrever esse texto, porque tínhamos que criticar o governo e ao mesmo tempo salvar o esforço que continuamos fazendo na área da saúde. E chegamos à questão da militância,



que é o que nos diferencia como sujeitos do processo de reforma sanitária.

Só para problematizar a gestão solidária, o que eu posso dizer do que eu tenho estudado e trabalhado, retomando a questão do planejamento. Se temos uma base territorial, trabalhando com informação epidemiológica, com o mapeamento da condição de vida dos diversos grupos da população, conseguimos mapear as desigualdades da saúde, e é possível qualificar o processo de planejamento e re-organização das práticas. Todo mundo que trabalha com o Programa de Saúde da Família hoje sabe que é possível fazer isso, e se não fazem não é por não ter qualificação, é por não ter interesse, por não ter compromisso com a mudança do modelo de atenção, porque é muito mais fácil reproduzir a atenção à demanda espontânea. Sabemos como fazer a “discriminação positiva”. Estamos a vinte anos tentando fazer isso, identificando no território dos distritos sanitários, grupos sociais postergados, grupos que precisam de mais atenção para, no limite, reduzir desigualdades de condições de vida. Existe vasta literatura internacional sobre isso e uma experiência nacional acumulada. Se não fazemos, é por questões

políticas, resultado de conflito de interesses, ou por falta de capacitação, de qualidade técnica. Mas, do ponto de vista tecnológico, sabemos como fazer.

Vou correr o risco de fazer essa afirmação: O trabalho do Marcus é exatamente nessa linha, nosso trabalho com o planejamento situacional é nessa linha, mas muitas vezes o processo é atropelado por outras razões, e não se consolida, não se complementa e experiências são abortadas.

#### **Marcus Akerman**

Não vou defender a palavra Solidariedade, mas eu fiquei pensando na intencionalidade quando pensaram a palavra, não ideologicamente. Acho que não é necessariamente política, talvez a intencionalidade em colocar a Solidariedade e Cooperação é para evitar o termo competição. O campo da política não é de competição, é um campo de disputa de idéias e você pode ter uma disputa de idéias de uma forma solidária e cooperativa.

Estou pensando que talvez a intencionalidade seja algo para que não haja uma competição entre os gestores autônomos, porque quando se fala em qualquer

país do mundo, as pessoas não entendem muito bem isso, que o Presidente da República aqui no Brasil não manda no Governador; e o Governador não manda no Prefeito; essa coisa de entes autônomos federativos, em que um não está subordinado ao outro, não existe em nenhum lugar do mundo.

Então talvez a solidariedade e a cooperação é para evitar, de alguma forma, “o cabo de guerra”. É para trazer uma forma para a mesa, para a disputa de idéias, para construção possível de uma plataforma comum, mesmo que provisória, que explicita a diferença e traga o conflito para que não haja “o cabo de guerra”. A Política não é necessariamente um “cabo de guerra”, apesar de ser uma guerra muitas vezes.

### **Carmen Teixeira**

A palavra é bonita e concordo com você. Entre cooperação e competição, se pretende reforçar o lado da cooperação. Lembrando que a luta pela Saúde deve ser suprapartidária, como dizia o Arouca, creio na possibilidade de construirmos o SUS para além dos interesses específicos de partidos, de grupos, de tendências. Apesar do apelo ao que temos de melhor, isto é, à capacida-

de de sermos generosos e solidários, é bom lembrar que nós agimos muitas vezes de forma distanciada do ideal.

Respondendo ao participante H acho que ele nos ajuda a entender a forma como está sendo colocada a idéia de Gestão Solidária no SUS, como redefinição das relações inter-governamentais, entre o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados e as secretarias de saúde dos municípios.

Conforme ele colocou, na verdade não se trata só da atuação desses órgãos, já que, cada instância de gestão do SUS envolve os órgãos colegiados, como a CIT e a CIBE, além dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde. Esse é um tema para estudos e debates ainda mais num país como o nosso que adota o modelo de república federativa. Não concordo muito com Marcos, porque não é só no Brasil que acontece isso, nos Estados Unidos há estados que adotam a pena de morte e outros não; estados em que o aborto é permitido e em outros não; nesse sentido, existem diferenças entre os estados até maiores do que as observadas no Brasil. Nisso reside a grande diferença entre um Estado, que é uma República Federativa como o nosso, e um Estado unitário como o italiano. Podemos

constatar isso ao mirarmos a Reforma Sanitária Italiana, que é completamente diferente da nossa sob o ponto de vista da regionalização. Porque as regiões na Itália são parte do mesmo Estado, é como se fosse na época das nossas Dires, o Coordenador ou Diretor Regional é um executor da Política definida em nível nacional, e os municípios têm responsabilidade pelas Unidades Sanitárias Locais, que são os sistemas locais ou territoriais de saúde. Aí se dá a gestão democrática em nível de Comitê de Gestão que envolve representantes da população, algo parecido com o que tentamos fazer ao criar os conselhos municipais de saúde.

A idéia de região na Itália é diferente da nossa, nós trabalhamos, com a noção de macrorregião (Norte, Nordeste Sul, etc.) definidas em função de características geográficas, demográficas e socioeconômicas comuns. Essa noção de macrorregião é utilizada também dentro de cada estado, quando delimitamos macrorregiões e dentro delas definimos microrregiões para a saúde. Temos assim, vários planos de regionalização e vários recortes nos territórios. Considerando a especificidade de algumas ações de saúde, temos, inclusive, que pensar em recortes territoriais diferentes.

Por exemplo, eu participei de uma reunião da Vigilância Ambiental em que o pessoal dizia “que tinham que pensar o território em função da água, dos mananciais”, o que pode não ter uma correspondência imediata com a distribuição da população no território, Porque quando pensamos a população no território, estamos pensando no consumidor de serviços, em rede de prestação de serviços. Mas se estou pensando em Vigilância Ambiental, tenho que pensar na preservação da qualidade da água, do solo, do ar; Enfim, o território é recortado de uma outra maneira. Outro exemplo, se eu penso na Vigilância Sanitária, a regionalização das ações de Visa pode não ter nada a ver com o tamanho da população do município, ou seja, com o fato do município ser de pequeno, médio ou grande porte. Tem a ver com o grau de risco sanitário que pode existir naquele município. Se eu estou num município onde está implantada uma indústria química, o risco é diferente de um município voltado para o turismo, no qual o risco pode estar relacionado, por exemplo, com a produção, distribuição e consumo de alimentos em bares, restaurantes, hotéis, motéis, barracas de praia. Temos então que pensar uma Regionalização diferente,

da Vigilância Sanitária porque é temos que pensar: em portos, aeroportos, fronteiras e lugares onde se verifica a emergência do risco na perspectiva trabalhada pela Vigilância Sanitária.

Quando fazemos o recorte territorial, definindo micro região em função do acesso da população aos serviços de saúde, por exemplo, como estava previsto na NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), na época da elaboração do PDR (Plano Diretor de Regionalização) em cada estado, trabalhamos na perspectiva de conjugar a delimitação político-administrativa com a distribuição da rede de serviços de saúde, agregando municípios em torno de municípios pólos de assistência.

Avançando com o processo de regionalização vamos ter que pensar em outros mapas, mapas superpostos, coisa que hoje é possível fazer, mas que, a vinte anos atrás não era possível. Claro que dá mais trabalho e exige muito mais diálogo, negociação, gestão participativa e democrática. Por isso, estou enfatizando o democrático, porque, quando diversificamos as formas de conhecer e trabalhar o território, criamos novas “arenas” e envolvemos novos atores. Isso é algo novo, e vamos ter

que trabalhar com outras tecnologias gerenciais. Temos que sonhar um pouco e construir o futuro.

Se trabalharmos nessa perspectiva, temos que incorporar o pensamento complexo, como diria Edgar Morin, aprendendo a trabalhar com a complexidade que é viver num território em mutação, porque a população não está parada, nem no tempo, nem no espaço. Digo sempre para os meus alunos que se nós tivermos sucesso com as intervenções que planejamos e executamos, criamos novos problemas para resolver; se conseguirmos intervir sobre os problemas que delimitamos hoje, vamos criar novos. Por isso é difícil trabalhar com a atenção básica, porque se obtemos sucesso, recriamos os problemas de saúde, ao mudarmos o perfil epidemiológico da população, o que nos obriga a nos reciclar continuamente. Digo sempre para os alunos de medicina, que é muito fácil ser especialista e trabalhar em um hospital, lugar onde se faz praticamente a mesma coisa durante anos, tratando os mesmos problemas e apenas atualizando os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Ao contrário, na atenção básica e também no âmbito da gestão de sistemas, estamos continuamente modificando nossos objetos de trabalho, construindo um sistema que ainda

está em transição, saindo da herança do “velho” e construindo o “novo”, capaz de dar conta das necessidades e problemas de saúde da população, que, por sua vez, estão sendo alteradas, em parte, pela própria intervenção que fazemos, por meio dos serviços de saúde.

Nesse processo, o próprio sistema de saúde muda. Como disse o Luís Eugênio: “não é o que a gente sonhou há vinte anos atrás”, os princípios se mantêm, mas as formas de operacionalização desses princípios vão depender de um conjunto de variáveis, e a maioria delas não está sob o nosso controle. Então, vamos tentando navegar, criando vários SUS. Nesse ponto eu concordo com o Eugênio, o SUS Federativo, o SUS do Rio Grande do Sul, não vai ser o SUS da Amazônia Legal, nem o SUS que se configurará na Região Nordeste. Para que este, entretanto, permaneça “único” temos que pactuar algumas coisas. Daí a idéia de Pacto de Atenção Básica, dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que contemplam aquilo que a gente deve garantir para todos os brasileiros.

Acho que eu e o Luís Eugênio não estamos discordando, ele só está me ajudando a pensar com mais clareza, que a questão da gestão solidária é um “apelô”,

do ponto de vista da natureza das relações intergovernamentais. Mas quando falo da gestão democrática, estou falando de democracia, de conjugar mecanismos de democracia direta, com instâncias de gestão onde se exercite a democracia representativa, como é o caso dos conselhos criados no SUS, onde aparecem conflitos de interesses e divergências de opinião. Estou pensando, portanto, em democracia enquanto “regra do jogo”, que permita que estes conflitos sejam, negociados e as opiniões confrontadas.

Vou pegar o exemplo que Luís Eugênio deu, da passagem de Salvador para a Gestão Plena do SUS. Não me parece que “solidariedade” explique a conjugação de interesses entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o Ministério da Saúde e Secretaria do Município. O que moveu o processo foi a negociação entre atores. A Secretaria Estadual chegou num ponto em que percebeu que era importante para ela também apoiar a passagem de Salvador para a Gestão Plena, que Salvador não podia permanecer como uma das últimas capitais a entrar nesse processo. E o Ministério apoiou também, até por uma questão de conjugação de interesses políticos. Ou seja, estou falando de democracia

não apenas no sentido da participação de distintos atores, e sim no sentido de um processo, de um conjunto de regras para a tomada de decisões coletivas, valendo a regra da maioria em processos específicos que podem se dar no âmbito político-institucional ou envolver, mais amplamente, representantes dos Movimentos Sociais, como ocorre nos conselhos e conferências.

Para finalizar, queria ler para vocês um Poema de Jorge Luis Borges, chamado Arte Poética, que aparentemente não tem nada a ver com a Saúde e a construção do SUS, mas tem. O poema está em espanhol, mas vou ler em português:

*“Mirar o rio, que é de tempo e água,  
E recordar que o tempo é outro rio,  
Saber que nos perdemos como o rio  
E que passam os rostos como a água.*

*E sentir que a vigília é outro sonho  
Que sonha não sonhar, sentir que a morte,  
Que a nossa carne teme, é essa morte  
De cada noite, que se chama sonho.*

*E ver no dia ou ver no ano um símbolo  
Desses dias do homem, de seus anos,  
E converter o ultraje desses anos  
Em uma música, um rumor e um símbolo.*

*E ver na morte o sonho, e ver no ocaso  
Um triste ouro, e assim é a poesia,  
Que é imortal e pobre. A poesia  
Retorna como a aurora e o ocaso.*

*Às vezes, pelas tardes, uma face  
Nos observa do fundo de um espelho;  
A arte deve ser como esse espelho  
Que nos revela nossa própria face.*

*Contam que Ulisses, farto de prodígios,  
Chorou de amor ao avistar sua Ítaca  
Humilde e verde. A arte é essa Ítaca  
De um eterno verdor, não de prodígios.*

*Também é como o rio interminável  
Que passa e fica e que é cristal de um mesmo  
Heráclito inconstante que é o mesmo  
E é outro, como o rio interminável.”*

# INTEGRIDADE E EQÜIDADE – AINDA UM DESAFIO?



Cipriano Maia





# 5 INTEGRIDADE E EQUIDADE – AINDA UM DESAFIO?

## CAFÉ COM IDÉIAS – MAIO DE 2006

Data: 25/05/2006

### Cipriano Maia

Professor da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) e foi Diretor do DAD (Departamento de Apoio à Descentralização) no Ministério da Saúde

## 5.1 Fala Inicial do Facilitador<sup>1</sup>

### Cipriano Maia

Boa noite a todos e a todas presentes. É uma satisfação estarmos aqui de novo, nesse encontro bastante interessante e amistoso. A idéia é que possamos conversar sobre o tema, não é ter exposição sobre o tema, até porque acho que essa discussão sobre a integralidade e equidade como princípios do SUS, todos nós temos, digamos assim: como conceitos fundantes do sistema.

No entanto, talvez pudéssemos fazer algumas provocações iniciais para o debate. A pergunta, em si, já é desafiadora: se integralidade e equidade, ainda são um desafio? Acho que essa é uma reflexão que todos temos que fazer, porque, realmente, são bases do sistema que tentamos caminhar e buscar. Então, nesse

---

<sup>1</sup> Para este “Café com Idéias”, contávamos com a participação da Prof.<sup>a</sup> Roseani Pinheiro – Professora do Instituto de Medicina Social da Uerj e Coordenadora do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integridade em Saúde (LAPPIS), como facilitador, mais imprevistos impossibilitaram sua presença.

sentido, entender que a discussão da integralidade não é uma discussão que começa com o SUS. É um debate que tem antecedentes desde o movimento da medicina integral, que é uma das dimensões que o professor Rubens Matos destaca na discussão da integralidade, de você pensar em ver o indivíduo como um todo – em uma perspectiva da abordagem médica – na sua integralidade.

E esta é uma característica desses dois conceitos. Todo conceito, como diz Deleuze, é polissêmico, multidimensionais, mas esse da integralidade tem realmente uma perspectiva muito mais ampla e rica nesse sentido, tanto que o Rubens fala até de um conceito como miragem, em que a gente sempre está buscando se aproximar dele cada dia mais, e quando chega próximo ele se distancia.

Mas, temos essa dimensão da visão da abordagem integral, temos a dimensão de pensar a integração de práticas de promoção, de prevenção, de cura e reabilitação, ou seja, de pensar como garantir a continuidade do cuidado para que se possa ter a atenção adequada, oportuna e integral, e que se desdobra também

na discussão de como viabilizar isso através da recomposição de saberes e práticas, dado a fragmentação, a especialização do saber e das práticas que temos nos serviços de saúde. E a perspectiva que também se discute, através de programas, está combinando nessas ações, de forma a garantir oportunizar essa abordagem da problemática – se não me engano, é o Cicilo que destaca isso, quer dizer, o programa da Aids como um programa que consegue lidar com essas múltiplas dimensões de buscar a atenção integral.

Mas o que é fundamental para refletirmos é o seguinte: a integralidade coloca-se sempre como uma busca. Por quê? Porque ela é uma tentativa de reconstituir algo. Nós, digamos assim, temos a idéia de que existiu, na antiguidade, uma abordagem integral do ser. Se pegarmos a cultura grega, da idéia do *Paideia*, do homem integral, da formação integral, na sua abordagem como um todo, da visão holística, e que, na verdade, a modernidade vai levar a uma fragmentação do saber, do ser e das formas de abordarmos, que se traduz também – para nós que estamos na gestão, que é uma reflexão importante – numa fragmentação

das práticas institucionais, das práticas de gestão. E daí porque sempre pensar a busca da integralidade. Quem está no âmbito da gestão com a perspectiva da integração de práticas, de ações para garantir aquela integralidade.

Então, ele fica sempre como um conceito “desejante” de estarmos buscando um dever a ser construído a partir da recomposição de saberes, de práticas, da integração, do trabalho em equipe, e mais do que isso: da integração de ações que estão situadas em lugares institucionais específicos, que se fundamentaram e que ganharam muita autonomia, e que dificilmente consegue integrar e recompor. E que a experiência de gestão do Ministério nessa gestão, que teve como lema o “Ministério Único da Saúde”, mostra as dificuldades que a gente tem de promover a integração de ações em busca dessa integralidade da abordagem e da atenção, porque pressupõe estar se deparando com essa fragmentação da modernidade, de uma racionalidade fragmentadora.

Por isso, que é um conceito desafiador. E quando pensamos na equidade – e desde Aristóteles havia a

equidade como a realização da justiça. Quer dizer, esse desafio é maior ainda em uma sociedade marcada pela desigualdade, pela exclusão, e onde realmente a busca da equidade, que seria a realização da justiça, se mostra extremamente difícil. Por quê? Porque exatamente aqueles a quem deveria destinar as ações com prioridade, com vistas a corrigir aquilo que a sociedade agoniza, através do modo de produção capitalista, da exploração, da exclusão... Esses segmentos, que deveriam ter a maior atenção pública para realizar a justiça – e no caso da saúde para garantir o direito à saúde – são exatamente os segmentos que têm menos voz, menos capacidade de mobilização para conquistar.

Muitas vezes a equidade depende de uma consciência crítica, digamos assim, de quem está na gestão para viabilizar e trabalhar essa perspectiva de superação da iniquidade, que é uma marca. Esse debate reacende no Brasil com a criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais. Porque as evidências de que realmente a desigualdade social provoca iniquidades na saúde são evidentes, mas é preciso que ela esteja sendo tematizada, problematizada e discutida

na sociedade, para que ela seja inserida nas políticas públicas, para que ela seja traduzida nas ações de gestão e na organização das ações e serviços.

E o difícil é exatamente, porque depende de uma consciência crítica, de uma mobilização que vá exatamente para beneficiar aqueles que não têm a mobilização, a organização, onde isso deveria aparecer como uma conquista. Por isso, que é um grande desafio, porque as instituições, normalmente, têm uma dinâmica de primeiro atender àqueles que as fazem, que têm a hegemonia do processo, e realmente aqueles que são os beneficiários dos programas, das ações, nem sempre são os contemplados, por causa dos interesses, disputas de interesses, disputa de poder, etc. E daí, se fala no “empoderamento” social, dos segmentos sociais, da população excluída, para que ela possa também avançar nisso como uma conquista.

A importância dessa consciência crítica de todos nós, das ações que contribuam para estar caminhando e nos aproximando da busca da equidade, que também é um conceito, mas ela sempre está se distanciando. Porque quando falamos que nas nossas

experiências de promoção da equidade, que avançamos na melhoria da oferta de serviços a segmentos, os segmentos que já tinham um diferencial mantêm a mesma diferença em termos de classe, estratos... Quer dizer, então, por isso que é sempre um conceito desafiador para nós estarmos perseguindo. E ter a clareza de que não está desconectado do outro princípio, que é o princípio da universalidade. Quer dizer, então, são conceitos que nos desafiam, nos movem a perseguir em torno dele, mas sabendo que não é só um desafio hoje crescente, como continuará sendo, talvez, de uma maneira permanente. Nunca vamos chegar nesse estágio de idealidade, onde a integralidade esteja realizada em sua plenitude, a equidade esteja assegurada, principalmente em uma sociedade marcada pela desigualdade e onde o modo de produção de vida está a todo o momento produzindo iniquidades e exclusão.

E lembrar que principalmente quando a gente pensa em equidade, não é só pensar a estratificação em termos de renda, mas principalmente cultural; diferença de raça; de gênero; por várias outras diferenciações que marcam na nossa sociedade graus pro-

fundos de exclusão, de segmentação. Então, esse olhar tem que ser ampliado. A política de pensar a saúde para grupos específicos, para a população negra, para outros segmentos mostra a reflexão avançando nesse sentido, mas sempre há dificuldade de viabilização enquanto não tivermos esses segmentos mobilizados e organizados, para isso também aparecer como uma conquista em uma disputa constante entre a defesa do ideal e a viabilização da prática.

Então, sempre vamos ter um diferencial, uma distância nessa perspectiva. Mas, creio que as conquistas, os avanços, as experiências que temos no Brasil, no sentido de caminhar nessa busca são significativos e têm que ser valorizadas. Quer dizer, temos que realçar isso como um mote para que essas experiências estejam sendo analisadas, para que possamos difundi-las, aprender com elas e avançar cada vez mais nessa perspectiva que creio que seja permanente.

Mas, para provocar e iniciar o debate, devemos estar refletindo um pouco em torno disso. E penso que aqui há várias pessoas que podem contribuir muito bem nesse debate.

## 5.2 Considerações dos Participantes

### Participante A

Mais recentemente, através dos representantes do Conasems, temos participado dos debates no Conselho Nacional de Saúde para esse processo de construção da política de práticas integrativas e complementares, que foi publicada agora no início de maio. Então, queria ouvir seus comentários em relação a isso, porque no nosso entendimento, inclusive nos espelhamos nas experiências internacionais, baseando muito no documento da OMS – estratégias para a incorporação da medicina tradicional – e estamos muito interessados nessa questão da incorporação nos sistemas oficiais (incorporação da medicina tradicional nos sistemas oficiais de saúde) e principalmente nos sistemas municipais, que é essa discussão que a gente está pautando para dentro do Conasems. Porque, na verdade, é na ponta do sistema que essa questão da integralidade vai se dar, ou não vai se dar.

Essa questão, por exemplo, da medicina tradicional, acho que é um passo muito importante. Inclusi-

ve, escrevemos uma nota técnica, divulgamos dentro do Conasems, da importância que essa política significa para que possamos alcançar esse horizonte da integralidade, que é um horizonte pautado pelo nosso movimento de saúde no Brasil.

### **Participante B**

Sou Maria Bezerra, da gestão participativa, e mais próxima da discussão dos comitês de equidade – comitê de saúde da população negra, o comitê GLBTs (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transgêneros e Simpatizantes) e o comitê de ciganos, que está se constituindo.

E aproveitando a fala da assessora do Conasems, quando fala das práticas complementares também, é uma discussão nos comitês, em especial da saúde da população negra, o resgate aos saberes tradicionais das comunidades de terreiros, das comunidades quilombolas. E temos tentado, nas discussões, nos municípios, com os grupos organizados, fazer um “link” com a gestão municipal de estar aproximando os saberes tradicionais das práticas dos serviços, da compreensão, de uma escuta dos profissionais de serviço para

esse outro ator, esses outros saberes, que, na falta de um serviço que se aproxime dele, que chegue até ele – especificamente no caso dos quilombolas – tem as próprias práticas complementares, que vão estar dando conta da necessidade de saúde daquele determinado grupo social.

E eu queria que você falasse um pouco disso, para pensarmos estratégias de fortalecimento disso, de gestões municipais, enfim...

### **Participante C**

Boa noite. Sou José Carlos, estou atualmente trabalhando na equipe do DAD e já fui secretário de saúde de São José do Rio Preto, interior de São Paulo, por cinco anos.

Queria, Cipriano, fazer algumas perguntas que atualmente estou fazendo a mim mesmo e não tenho encontrado resposta. Primeiro, concordo perfeitamente com você, como também penso que esses conceitos que norteiam o SUS, da integralidade, da equidade são objetivos, são conceitos-miragem. Mas, creio que são conceitos que hoje têm, no meu modo de ver, uma certa dificuldade de lidarmos com eles.

Segundo, quando você fala de equidade e integridade, necessariamente, vem um outro conceito complicado que é o conceito de necessidade. Usando um pouco o texto do Boaventura Santos, em que ele fala de cidadania, subjetividade, regulação... Quer dizer, saímos de uma sociedade de cidadania regulada de garantia de cuidados básicos, para uma sociedade do direito à diferença. E como é que você discute equidade em uma sociedade recortada por múltiplas subjetividades, singularidades e por múltiplas necessidades, em um país que, no meu modo de entender, nunca sentiu o “gosto” nem da cidadania regulada. E hoje estamos discutindo a equidade enquanto saber olhar para essas diferenças, para essas singularidades.

Entra então o que você falou: “quem organiza consegue ser visto e ter voz”. Tendo assim outro risco, que é – não sei se é essa a palavra – o “entrincheiramento” dessas múltiplas subjetividades que se recortam pelo gênero, pela questão racial, étnica, que depois vão juntar-se novamente em uma questão, que também é um conceito muito complicado, móvel, que é o conceito de classe social.

Como é que se operacionaliza isso? As respostas que temos dado, do ponto de vista institucional, estão reforçando essas fragmentações de buscar uma aproximação... Embora essa aproximação sempre seja propensa a fugas – chegamos próximo e ela foge.

### **Participante D**

Boa noite. Sou Bárbara, representante de um setor da sociedade civil organizada. Estou aqui representando o Coletivo Nacional de Transexuais e estou a convite da Secretaria de Gestão Participativa para participar desse debate.

Em primeiro lugar, foi dito inicialmente pelo nosso colega do perigo da fragmentação social, a partir do momento que você setoriza demais a população que é usuária desse serviço. Acredito que realmente exista um certo risco se não for feito com critério. Mas, como você disse bem, infelizmente é a ferramenta atual que temos na sociedade para fazer valer as nossas demandas específicas, e não aquelas presumidas e generalizadas por um serviço de saúde, que passa por um processo de desmantelamento e fragilização. Embora o Ministério da Saúde tenha se mostrado não só com

essa iniciativa, mas com outras mais pelo território nacional, com ações e políticas bastante corajosas para resgatar esse sistema de saúde do Brasil que passou por um sucateamento nas últimas décadas.

E essa última temática apresentada, que é a questão do desafio de um diálogo – porque somos detentores de um saber na área da saúde e realmente somos com propriedade – acredito que é o acúmulo adicional de um novo saber, que talvez seja essa resposta, pois a expressão popular e de comunicação dessas populações que são usuárias do serviço de sistema poderia ser acrescido, de forma factível, aos profissionais que compõem essa rede de saúde para que eles possam traduzir, de forma acessível e convidativa as informações necessárias de promoção à saúde integral da população que é usuária desse sistema.

Talvez uma das respostas para essa indagação que foi feita agora seja essa: encararmos a linguagem popular, as características socioculturais dessa população que acessa o sistema, um rol de informações adicionais que podem ser eventualmente acrescentadas à bagagem de capacitação profissional desses agentes, sem, claro, representar um ônus adicional a um excesso de

formação profissional que é imposta a esses profissionais da saúde já vigentes.

### **Participante E**

Gostaria de pontuar uma contribuição quando o senhor se refere à carta dos usuários do SUS. E para as comunidades de travestis, de transexuais e transgêneros é muito importante, já que sua identidade, sua aparência é feminina, e o nome que consta no seu documento, no seu RG é masculino. Isso causa constrangimento e causa retraimento – inclusive.

Essas comunidades não vão procurar o atendimento à saúde; vão deixar de fazer uso disso; vão deixar a saúde “de lado” em função de um constrangimento social que o SUS fez, que o Ministério da Saúde proporcionou – uma coisa muito simples – que é utilizar um nome que se entende.

E uma reflexão, é essa: podemos ir muito além, como disse o senhor, fazer uma interface com os outros órgãos governamentais. Acabamos de sair agora pela manhã de um GT (Grupo de Trabalho) no MEC (Ministério da Educação), também para as comunidades de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexu-



ais e transgêneros, e também se estava discutindo isso, o acesso de todos, a contribuição de todos para um bem comum. Isso é muito importante. Não apenas para as nossas comunidades, mas para todas as outras comunidades.

### **Participante F**

Sou Simone, atualmente trabalho no Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégico-Participativa. Queria só pontuar uma questão que desde a época da atuação do Departamento de Gestão da Educação a gente vem discutindo e preocupando-se.

Quando pensamos na mudança, principalmente na da graduação, com enfoque na integralidade, começa-se a discutir o conceito de integralidade. E discutimos muito a própria discussão do Matos, de integralidade enquanto acesso ao conjunto dos serviços, ações que sejam necessárias, e integralidade enquanto a possibilidade de ver o ser humano inserido em um contexto socioeconômico, cultural...

Mas a grande preocupação que vemos hoje, uma vez que o departamento acolhe hoje os comitês técni-

cos de promoção da equidade – saúde da população negra, GLTB, ciganos, população do campo – é que quase sempre nos colocamos – e nós, falo dos profissionais e técnicos do Ministério – na situação daquele que vai acolher a demanda do outro, do diferente. Somos os sabedores de determinado conhecimento e precisamos agregar aos coitados, historicamente excluídos do sistema.

Difícilmente nós, pessoas, agora no papel de técnicos e profissionais de saúde, nos colocamos como parte dessa população também, e muitas e muitas vezes, em muitas e muitas situações - também situação de exclusão, também em situação de não conseguir acessar essa integralidade e acessar a equidade que o próprio sistema propõe.

Então, não sei como poderíamos trabalhar essa questão, essa situação na própria mudança da graduação, uma vez que na graduação nos colocamos muito. Quer dizer, vou fazer uma faculdade, já me coloco à parte ou então já faço parte de uma população que já tem uma outra possibilidade de acesso, e como que isso se traduz no cotidiano quando depois for atender a uma população.

Acho que temos experiências, principalmente – vou falar aqui sem inteiro conhecimento de causa, – mas a Aids avançou muito na sua relação com a sociedade exatamente porque começou a agregar e começou a se constituir desses diferentes na sua própria equipe de trabalho. Vejo muito isso. Mas nos outros lugares ainda existe um distanciamento muito grande. Estou lidando com o outro. O outro é população negra, é população GLTB, é o excluído, e sou aquele que estou aqui em uma situação de oferecer alguma coisa.

Para mim, isso dificulta muito a construção coletiva – não existe construção coletiva com essa separação – e dificulta a integralidade, naquele conceito mesmo de entender o outro, inserido nesse contexto todo de vida. Então, é só trazer esse elemento que preocupava, e continua preocupando agora no Departamento de Apoio à Gestão Participativa, onde essa relação com os movimentos ainda fica mais forte.

### **Participante G**

Meu nome é Consolación e trabalho no Ministério da Agricultura.

Sobre a aprovação da política complementar, e nesta, o foco que vou falar é sobre a questão das plantas medicinais e fitoterápicos. Só para dar um exemplo de como é difícil, em nível do federal integramos as políticas. Há um *locus* de poder que dificulta muito a integração.

Então, os dois primeiros anos dessa gestão, passamos construindo a possibilidade de uma comissão interministerial para trabalhar com plantas medicinais e fitoterápicos, que o produto final é a planta medicinal no sistema, que sai pela política. Mas, para ofertar essa planta medicinal, esse fitoterápico, ele, no seu conceito integral, atua gerando emprego e renda no município, sendo comprado no município. Por isso, envolve o Ministério da Agricultura nas possibilidades de produção local dessa planta medicinal; envolve o Ministério do Meio Ambiente no uso de plantas, extrativismo e manejo; envolve Ciência e Tecnologia, para se ter ciência e tecnologia apropriadas de pequeno porte para o município; insere a Cultura, para se trabalhar com os conceitos da cultura, com as diferenças culturais, com os indígenas, quilombolas, ribeiri-

nhas etc, nas suas tradições da medicina tradicional, e vai envolvendo vários setores.

Mas, para se construir isso no espaço da saúde, foi muito complexo, porque o foco era só o conceito da assistência farmacêutica: como construir para além da assistência farmacêutica o conceito total de que um recurso terapêutico pode ser trabalhado no seu conceito de saúde integral. Ou seja, gerar emprego, gerar bem-estar, cuidar do meio ambiente. Então, esse conceito está finalmente constituído em uma comissão interministerial para ser realmente um suporte para atender ao sistema público e nacional.

### **Participante H**

Escutando a fala que o Cipriano começou e voltando um pouco aos pensadores. Queria dizer que realmente temos uma questão muito grande. Que é a desconstrução do ser humano e que é uma questão que passa pelo SUS.

A desconstrução do ser humano é dizer que, há pouco tempo, podíamos dizer que nosso vizinho se chamava Pedro, era o gordo de cabelos loiros, olhos azuis, e por aí vai. Hoje, sabemos dizer se ele tem um

carro, tem alguma outra coisa, senão não podemos mais nos referenciar aos nossos vizinhos.

Em toda a sua fala, essa questão é vista bastante clara: que existe uma desconstrução total do sistema e de todas as pessoas que participam dele também, porque não conseguimos sentir como parte totalmente desse sistema, nos sentimos um pouco alheios a esse sistema.

Quando se coloca a questão da pessoa que vai atender nas comunidades, até corroborando com a questão da televisão que você estava colocando, eles são vistos como se fossem os “*rambos* do saber”, com uma metralhadora do saber... Tem que se fazer as coisas dessa maneira como estou colocando, porque se não, não haverá comunicação.

### **Participante I**

Temos sentido uma grande dificuldade na questão da atenção integral, que fez uma grande expansão com relação à Atenção Básica. E essa expansão ainda precisa ser aperfeiçoada. Acho que o Cipriano já trouxe todas as questões culturais, do pouco valor que damos. Quando vamos olhar o quanto gastamos no

SUS e o quanto vai para a Atenção Básica, ela é pequena comparada com o que gastamos com média e alta complexidade.

E a outra coisa é toda uma inteligência que temos, capaz de dar uma atenção integral e que não temos conseguido construir porque tem outros poderes e outros interesses entre essas redes de atenção. Quando pegarmos a alta complexidade, ela realmente é excludente ainda, e não acumulou poder para fazer esse enfrentamento.

Tenho visto, apesar dessas conversas todas que achamos muito interessantes – entendo a complexidade que não se dá – mas às vezes fico pensando porque esses conselhos, que brigamos tanto para construir, como também a questão da participação da comunidade, às vezes não entra nessa defesa do SUS. Porque, como brasileira e uma pessoa que (não é tão velha, mas não tão jovem) estudou em um hospital, que era o Hospital da Santa Casa – sou enfermeira – e nós, da enfermagem tínhamos que ficar, às vezes, à tarde, para cuidar e tentar confortar as pessoas que tinham dor no fígado, de tecido... Como objeto de estudo, porque não tínhamos direito à assistência à saúde.

Quando as pessoas dizem que estamos distante, digo: “mas já andamos tanto”, porque ainda sou jovem e já vi uma caminhada tão bonita. Porque lembro de equipes médicas entrando e passando o dia todo examinando uma criatura – examinavam o que estava ruim do fígado e o que estava bom, para mostrar o que era diferente. Ao final do dia, tinha os dois chorando, porque eles estavam ali internados (e não estou contando estorinha não, estou contando história vivida) e nós ficávamos com as criaturas chorando, porque eles, só tinham direito a serem internados para ser objeto de estudo.

Então, quando estamos discutindo hoje a questão da humanização, essa mudança, digo que já avançamos muito porque, dificilmente encontramos hoje um serviço fazendo isso, porque por mais que seja incipiente a questão da cidadania dentro do SUS, que é a política que mais incluiu as pessoas – vemos as pessoas reclamando e temos ainda questões culturais, de valores, em que dizem: “mas é de graça e ainda está reclamando?”.

Acho que dificilmente encontramos situações iguais à que vivi no estudo, porque as pessoas têm

todo um cuidado por essa noção de cidadania. Mas, a construção dessa atenção integral, não temos ainda. E você sabe que mesmo os gestores, por mais que eles tenham grande interesse de fazer, ainda somos submetidos a uma questão econômica, de interesse, e nem sempre tenho visto, dentro dos conselhos ou dentro das conferências de saúde essa defesa dos usuários.

Gostaria que você falasse da sua experiência de gestor, até para entender que, diante dessa complexidade – estou falando de um nível de gestão que, com certeza, na atenção básica, mais do que o que vocês falaram aqui, porque a é relação direta... E estou falando como uma pessoa que está hoje em um nível que tem que pensar a estruturação de rede. E vejo que isso é um grande desafio.

### **5.3 Consideração Final do Facilitador**

#### **Cipriano Maia**

Esse debate é extremamente pertinente, é mais uma conquista de todo o movimento sanitário que está institucionalizando essas práticas no SUS, até

então tidas como marginais, diante da hegemonia da prática médica hegemônica, especializada, fragmentada, segmentada, biológica, médico-cêntrica, hospitalo-cêntrica... Enfim, tudo isso que conversamos há muito tempo.

Isso é uma conquista importantíssima. E o que ela traz de novo no sentido da prática de gestão do SUS é que se insere naquela perspectiva de uma visão integrada do ser, de uma abordagem integral do indivíduo. E isso que a participante<sup>2</sup> destaca traz a possibilidade de recuperação de práticas populares, de costumes tradicionais, que leva a uma outra concepção de saúde, que é o que construímos na perspectiva do SUS, institucionalizamos na lei do SUS, na Constituição, de não ver a saúde pela doença, o que ainda é predominante na prática e no ensino.

Quer dizer, essa visão integrada de uma abordagem do ser que pensa a sua multidimensionalidade, os saberes, as crenças, uma outra forma de ver a saúde que não pela doença ou pelo biológico; quer dizer, ela

---

<sup>2</sup> As considerações dos participantes encontram-se, nesse texto, no Item 5.2 “Considerações dos Participantes”.

traz essa possibilidade. E também é importante resgatar que, mesmo dentro do que diríamos, as práticas sanitárias tradicionais, temos movimentos também de estar buscando superar essa visão fragmentada, ou seja, superar essa racionalidade. Então, a perspectiva da clínica ampliada, de estar vendo que a Política Nacional de Humanização trabalha, de integralidade e projeto terapêutico.

Quer dizer, são também iniciativas que mostram essa possibilidade de um diálogo – porque aqui não podemos estar pensando na construção de uma polaridade entre as práticas oficiais hegemônicas e as práticas tradicionais. Mas que todas elas tenham legitimidade, sejam acolhidas, sejam reconhecidas, e que a população possa ter a possibilidade de escolha, de opção - desde que informada – e reconhecida. Então, acho que isso é bastante significativo.

Mas, é importante termos clareza de que isso é uma construção que demanda uma mobilização, iniciativas de legitimar, porque não pode ser uma coisa só dos profissionais que já fazem isso.

Para terem uma idéia, leciono uma disciplina no curso médico, no quarto período. E pedi aos alunos,

na primeira aula, para fazerem um relato de uma experiência de atenção que eles já tivessem tido – e todos, evidentemente, médicos, sobrinhos de médicos usam a medicina oficial; tradicional; hegemônica; especializada. E os relatos eram extremamente, que já são médicos, imbuídos daquela defesa corporativa, relatavam a problemática que eles enfrentaram enquanto pacientes ou acompanhantes de familiares: da desatenção, do descaso, da visão fragmentada.

Então, essa visão da medicina tradicional, da medicina chinesa, de outras abordagens de homeopatia que pensam outra racionalidade médica, que tenha uma outra forma de abordar o ser e a doença, como também a proposta da clínica ampliada: você vê o sujeito e não só a doença. A doença está no sujeito e tentar estar lidando com essa dimensão social, subjetiva e biológica que todos estamos condicionados.

É um avanço importante. E contribui para estar caminhando nessa busca dessa imagem que temos de recuperar essa fragmentação que a modernidade traz, de nos ver enquanto fragmento, da refragmentação do saber e das práticas. Mas, ela continua como desafio. Mas acho que é uma perspectiva interessante. No

momento que pensamos também como integrar na gestão estes processos, para estar valorizando, inserindo na política municipal, nos planos, é outro desafio. Porque, assim como a prática de saúde e abordagem está fragmentada, a gestão também o está, as instituições estão.

Então, se isso aparece somente como uma ação de um segmento de um setor do departamento de atenção à saúde vai continuar como uma coisa mais marginal, como normalmente foi visto. Por isso, ela precisa ter esse debate, ser ampliado, levar dos conselhos, ter realmente formas de que, inclusive, na perspectiva da opção de escolha e na busca da equidade de atingir mais pessoas, ela está sendo realmente alçada como uma política do sistema municipal, do sistema estadual. Então, esse reconhecimento, essa institucionalização é um instrumento importante nessa perspectiva.

Respondendo ao participante C. As respostas eu também não tenho. Quer dizer, é sempre uma busca. Mas penso assim: acho que esse é o grande desafio da construção democrática nos dias atuais em que vivemos. E o grande desafio, como você disse, é: a equida-

de é a forma de buscar justiça, reconhecendo a diferença. E esse é o grande desafio. E quando tem todas essas diferenças superpostas de classes, como expôs, é extremamente difícil, mas, pegando distribuição de renda, de gênero, de cor, de raça... Se fossemos pensar que diferenças culturais, de população indígena... Então a exclusão fica bastante complexa.

Mas, há um divisor e um diferencial muito claro de um reconhecimento quase unânime daqueles que acreditam na cidadania, no direito, em uma sociedade mais solidária, de você ter espaço para trabalhar algumas questões que teriam dificuldades de você não reconhecer as possibilidades de se aproximar, e do fazer, nesse sentido de se trabalhar na perspectiva da equidade. Porque o reconhecimento das diferentes subjetividades realmente é um desafio grande em uma sociedade movida por uma racionalidade hegemônica, de um pensamento baseado na estratificação social e na exclusão de segmentos majoritários da população, do acesso a bens públicos, das mínimas condições de vida e, principalmente, a redes de sociabilidade, de ser reconhecido enquanto sujeito na sociedade.

É esse desafio que temos que buscar superar. Esse risco que você fala, do “enrinchimento”, “guetificação” ou localização é o desafio do momento, que alguns autores, como Maffesoli e outros tratam da localização, globalização com localização, com tribalização... Mas que eles têm uma legitimidade porque tem sido a forma que eles têm de fazer valer seus direitos e afirmar-se perante o contexto social onde ele está excluído.

Mas, a capacidade democrática de criar os canais de comunicação, de diálogo, de construção pactuada é que é realmente o desafio. Temos que caminhar na perspectiva exatamente de aprofundar a democracia, os processos de co-gestão, de gestão partilhada, de amplificação da escuta nos serviços de saúde, para que se esteja avançando nessa perspectiva, mesmo que os passos não sejam aqueles passos céleres que gostaríamos de trilhar. Mas onde temos tido experiências com essa abertura, com esse compromisso. Temos avançado alguns passos.

Lógico que as dificuldades estão postas, inclusive naquilo que está instituído como saber, como prática, e na questão da saúde isso é muito marcante, porque

as relações de poder entre o profissional que sabe e a população que é tida como não destituída de saber – porque essa é a relação ainda. Essa semana, fazendo seminário com os doutorandos, um disse: “não, professor, é que a população lá não tem nível para entender o que queremos trabalhar na educação em saúde”. Quer dizer, é como se o saber do outro não fosse reconhecido, não fosse valorizado – é o saber técnico-científico.

Então, esse é um grande desafio: exatamente, dos que têm o saber, que é poder, em reconhecer o outro e em estabelecer um diálogo onde seja reconhecido e em parte, inclusive, da construção dos seus processos de construção da autonomia, do reconhecimento das suas crenças quanto à saúde, em um diálogo que produza, para si, com a construção da democracia, do avanço da construção da cidadania realmente, da inserção social dos sujeitos em redes sociais, onde eles sejam realmente reconhecidos como sujeito. Então, esse é um desafio que está posto.

Penso que o nosso desafio permanente é exatamente esse de como nós, que já estamos convencidos



desses princípios, dessas diretrizes de construção do SUS, faça com que isso tenha uma extrapolação para o conjunto da sociedade. Porque se trata, na verdade, como diz o Morin, em alguns dos debates, de uma reforma do pensamento. Porque os profissionais de saúde estão modelados – é uma expressão um pouco forte - por uma crença, por uma visão não só da saúde e da doença, mas também por valores e crenças que condicionam a sua relação com o outro, com o usuário, nos processos interativos, onde deveria estar buscando construir um processo muito mais de cooperação e de respeito, de diálogo de saberes, mas é uma relação ainda eminentemente horizontal.

Na gestão também, a prática da fragmentação, onde as áreas têm saberes cristalizados, porque não é só na atenção, na clínica, na assistência, mas isso também acontece na saúde pública. A saúde pública tradicional também tem uma abordagem baseada na coerção, na força de toda a herança de campanha. Então, a dificuldade de caminharmos no sentido da integralidade, naquilo que falei do compartilhamento do saber, pressupõe uma reforma do pensamento, como

o Boaventura coloca: “vivemos uma crise paradigmática”. Mas essas crenças, esses valores, idéias e práticas ainda são hegemônicas. Quer dizer, ainda têm muita força de reprodução nos serviços, na escola de formação em saúde – as várias escolas, e a médica talvez seja a mais paradigmática – e na sociedade. Porque temos que ter clareza de que existe toda uma produção de subjetividade em relação à saúde, de reforço de crenças, onde a mídia tem um papel fundamental na divulgação das tecnologias onde o ato médico se traduz ou ao ato de saúde ao uso de tecnologia intensiva.

E inclusive nos nossos processos de gestão, de normatização, falamos na complexidade em função do adensamento tecnológico e não no que é, por exemplo, na atenção básica, a complexidade imensa que é lidar com o humano em uma situação mais diferenciada, onde você tem que estar abordando à sua dimensão subjetiva, cultural, da dimensão das questões do ambiente, do território, da influência sobre a saúde, e tendemos ver isso como uma coisa simplificada.

Então, a mudança, inclusive, da língua, das palavras para estar superando essa visão tradicional é

um desafio para todos. Porque aqui, muitos de nós estamos em situações de gestão, de normatização, de produção de políticas. E, muitas vezes, quando vai se produzir as normas, portarias, reproduzimos tudo isso que criticamos e refletimos. Por isso que é o desafio de estarmos reformando o pensamento para reformar a ação. Acho que é fundamental resgatarmos experiências que têm mostrado avanços, seja, no sentido de aproximar-se da integralidade, da integração de práticas de gestão, como falei da experiência da Aids: acho que tem uma riqueza. O campo da saúde mental, que tem outra riqueza de experiências. Algumas experiências também, de repensar a atenção básica, enfim, o uso da clínica ampliada, e que a incorporação de saberes tradicionais, da educação popular, para que se esteja disseminando e mostrando mais isso.

E, nesse sentido, a carta dos direitos do usuário do SUS pode ser um instrumento importante, principalmente na ampliação da noção do direito, da busca da informação, do protagonismo dos sujeitos; e a capacitação é também um instrumento importante, no sentido de influenciar nessas crenças, nesses valores, na

experimentação de práticas, mas não podemos achar que ela dá resposta a tudo – porque, às vezes, temos a ilusão que a capacitação vai mudar a cabeça das pessoas, e nem sempre muda. Em algum momento, os sujeitos são afetados, os encontros sempre produzem afetos, mas não consegue, muitas vezes, produzir mudanças.

Mas penso que é esse resgate de experiências, esse movimento que precisa ser cada vez mais amplificado e potencializado. Eu diria que temos avançado, e, como a participante D ressalta, nessa gestão do Ministério se abriram várias possibilidades, o desenvolvimento de várias políticas. Por isso que o desafio, retomando o que o participante C colocou, é não ficar só em políticas. Assim como temos limites na política de saúde quando fica só setorializada, quando não integra, não busca intersectorialidade, e não conseguimos alcançar nem a integralidade, porque muitos dos problemas dependem da interação com os outros setores da educação, meio ambiente, enfim, assistência social, que isso é muito mais factível integrar-se, porque a integralidade depende mais da integração das ações no

município, no plano local, na unidade, no bairro, que no âmbito federal.

Ao formular políticas, temos que ter isso sempre em mente, e estar pensando sempre essa política como uma abertura para a interação, para a interlocução, para o diálogo, para a construção conjunta com as outras políticas, senão ficamos querendo resolver tudo no âmbito da política e vamos ter a disputa entre as políticas. E reproduzir toda essa fragmentação que criticamos.

A participante G traz um depoimento interessante, porque quando estamos discutindo com gestores do âmbito federal e da política, merecem, realmente, ser problematizados, porque a lógica que está instituída na organização do Estado, a gestão pública, é a lógica burocratizadora, segmentadora, fragmentadora, especializada, especializante, que dificulta exatamente essa possibilidade de integração.

E mais do que isso: toda uma instituição é disputa de poder, de espaço, é conflito. E se não se tem mecanismos de trabalhar o conflito para a construção de algo que leve em conta o interesse comum, fica valen-

do o interesse de cada segmento, de quem tem mais poder, e neste debate específico tem os interesses instituídos, onde vê e cai em nome do discurso científico negar a validade ou trazer um certo amedrontamento da população, no que diz respeito aos riscos que isso pode ter quando não usado devidamente.

Enfim, isso tudo são questões que precisamos refletir quando está pensando a política. E os exemplos que a gente teve aqui de construção dessas políticas integrais mostraram o quão importante foi o diálogo, a construção, não só partilhar dentre as várias áreas, mas envolvendo inclusive a Gestão Estadual e Municipal, por mais conflitiva que ela seja como expressão do conflito federativo. E a construção do pacto de gestão é um exemplo disso, de como tem que apostar nesse diálogo. Em uma sociedade democrática, onde um dos entes federados não pode impor a vontade do outro, a construção pactuada, negociada é o caminho. E o aprendizado da negociação é um desafio para todos nós.

A participante G ainda traz outra colocação que é exatamente essa discussão de pensar a multidimensional – apesar do conceito de cultura ser extremamen-

te multidimensional, multivariado, enfim, fugidio. Mas, como nós, diante da hegemonia de uma cultura instituída na nossa sociedade, a dificuldade de reconhecer o outro, de reconhecer a diferença e de reconhecer crenças e valores. É de onde vem exatamente a dificuldade – respondendo a participante F, de estar pensando que a maioria dos médicos, enfermeiros, assistentes sociais que estão entrando na escola pública estão situados em uma cultura de classe média, predominantemente “branca”, com os valores ocidentais dominantes, inclusive das visões dominantes, que criam a subjetividade nesses adolescentes do cinema americano, do *rock and roll*, de todos os valores hegemônicos na nossa sociedade... O quão difícil é para ele reconhecer no outro, que vive outro mundo cultural, as suas dificuldades, as suas crenças, os seus valores. quer dizer, não há implicação. É quase que um mundo. É isso que ele diz: “não, o povo não entende o que a gente fala”. Ele chegou a dizer “só quando melhorar o índice de escolaridade é que vamos poder ter dialogo”. É um pouco isso que retrata. Daí porque a importância de políticas que favoreçam a entrada de segmentos que vivem essa realidade.

Por exemplo, um médico do PSF (Programa Saúde da Família) que tem uma interação com a comunidade, é alguém que teve uma vivência próxima daquela população que ele atende, ou por alguma “conversão” ideológica, digamos assim, de identificar-se com o outro. Mas é difícil implicar quando não se vivencia aquela realidade, não sabe o que é enfrentar o problema da violência na comunidade, do medo, da falta de moradia, do saneamento... Por que para ele, como o Eugênio dizia quando discutia Território, “aquilo é uma paisagem”. E muitas vezes é a perspectiva não simplificada: “não, esse é um problema que não é da saúde, não somos nós que vamos resolver, é do governo, é de alguém...”.

Retomando o que a participante E falou, é destacar que se isso não for apresentado como problema para os serviços, ou seja, os sujeitos não se apropriarem desse direito e não bater a cara do serviço, intensificando, inclusive, o conflito para que ele venha a ser reconhecido, quer dizer, não vai realmente ter essa adesão somente pela consciência. É preciso que os segmentos se constituam enquanto atores, se “empoderem” para criar o fato e, inclusive, contribuir para

que cada vez mais pessoas, se espelhando no exemplo de segmentos e grupos tradicionalmente excluídos das políticas, possam trazer à tona a possibilidade de ter seu direito reconhecido, porque esse é o grande desafio da democracia: a capacidade de não só reconhecer os direitos, de viabilizá-los e criar novos direitos. Esse é o grande desafio que temos para enfrentar.

E na questão da saúde, quando pensamos a integralidade, é o desafio de pensar a superação da visão racionalizadora, técnico-científica que reforça a medicalização e aspectos do controle, e não essa dimensão mais da auto-responsabilidade, do auto-cuidado, da construção de formas alternativas de abordagem. Tem que pensar a integralidade para além de só integrar as práticas já instituídas: promoção, prevenção da saúde pública, assistência curativa e reabilitadora. Tem que ampliar para complexificar, e por isso que o desafio é maior de ver essas diversas possibilidades de abordagem, que vai da medicina complementar a outras formas de construção da saúde pela própria comunidade, pela própria população, como temos inúmeros municípios, inúmeras experiências de equipes de saú-

de, porque ficamos muitas vezes “guetificados” e não temos a divulgação e difusão para mostrar a potencialidade.

No interior do Rio Grande do Norte, o pessoal tem um problema de sobrepeso, na maioria da população atendida, que foi a experiência premiada aqui na amostra de saúde da família. E a equipe, praticamente sem recursos, criou um SPA comunitário, tudo voluntário, e que depois foi traduzido em uma política pública. E os municípanes boicotavam de criar ginásio, piscina, toda uma condição para se ter atividade física, para ter outras possibilidades de construção.

Então, são essas coisas que temos que resgatar, difundir, e são milhares que temos. Mas, continuam como experiências isoladas, experiências pontuais, dado essa hegemonia. Porque não podemos deixar de conhecer: hegemonia por uma certa eficácia, intervenções singulares, que se fazem diante de situações críticas que temos de ameaça à vida. Ela também se mantém hegemônica porque a especialização, a fragmentação tem uma certa eficácia. Mesmo quando pensa uma avaliação mais geral do impacto sobre a

saúde, ela não produz os resultados, mas já tem uma tradição e cria um efeito simbólico muito forte na população, da possibilidade que resolva o problema imediato que está enfrentando.

Respondendo aos participantes H e I. Acho que as duas intervenções têm conexão. E, primeiro, isso que o participante H destaca, de corremos o risco de ter um SUS fragmentado e o comprometimento da universalidade. Eu diria que, na prática construímos o SUS enquanto uma política generosa, com toda essa perspectiva abrangente, em um contexto extremamente desfavorável.

Quando aprovamos a Constituição e a Lei do SUS, temos uma hegemonia no governo, no contexto internacional das políticas neoliberais. E tem realmente o SUS sendo implementado com muitas dificuldades e resistências, inclusive do que estava instituído, desde a cultura “Inampsiãna”, de que tanto falamos, que ainda tem sobrevivência, e precisamos destacar.

E concorrendo com o sistema privado – Eugênio e o Jair têm discutido bastante isso: porque, na verdade, temos uma intenção de um sistema único, mas nós não temos um sistema único. O Eugênio fala de três

sistemas: o privado, via planos e convênios – o SUS, que continua ainda com essa idéia de um SUS para pobre. E, na verdade, aquele subsistema mais diretamente privado.

Mas, isso não é bem uma realidade, porque nós sabemos – e isso tem a ver com equidade – que os serviços de alta complexidade do SUS são sim bastante utilizados pelos segmentos de renda mais alta e de maior informação. E que recorrem ao poder judiciário, mostrando, exatamente, como essa questão não é bem verdade, do SUS ser para pobres. Mas essa imagem interessa, inclusive, a um certo contexto.

Temos que reconhecer que ele não garante, da forma que gostaríamos, acesso oportuno e de qualidade, humanizado, porque aí tem a ver com as práticas dominantes que talvez tenhamos sido o âmbito do sistema – se pensarmos o todo... Podemos pensar as ilhas menos avançadas, que foi a mudança do modelo de atenção. O modelo hegemônico continua hegemônico e não conseguimos reverter. Temos avançado bastante. Como eu disse, vivemos a crise paradigmática, mas não tivemos avanço suficiente.

E essa dificuldade de garantir o acesso oportuno, com qualidade, no momento oportuno, leva muitas vezes a uma baixa legitimidade do sistema e a uma implicação tão forte da população para dizer “esse é o meu sistema e eu vou defendê-lo a todo custo, para a garantia do meu direito”. Quer dizer que esse é um desafio que ainda temos que enfrentar: ganhar a guerra na opinião pública, porque a imagem que ainda se tem é a de que o sistema privado é melhor, atende com qualidade – e o que sabemos, que não é bem verdade: tem realmente ilhas de excelência, mas no público também tem.

Por mais que se fortaleça a idéia de uma atenção básica qualificada, humanizada, mais se tem que ter consciência disso para enfrentar, porque senão nós, muitas vezes, temos dificuldades. E aí, sim: essa perspectiva de construção da busca da humanização, por mais contraditório que possa parecer... Porque as relações são humanas. Os problemas são os valores, as crenças, as práticas que levam a considerá-las desumanas, diante de um ideal de humanidade que temos, de reconhecimento do outro, do princípio kantiano, e por aí vai.

Mas são iniciativas que também mostram a necessidade desse resgate, que se tenha uma consciência crítica, mas as experiências ainda são poucas. Mas, a participante I expõe um ponto fundamental: temos que pensar a integralidade, tanto na visão dessa multidimensionalidade do conceito de pensar em ver o sujeito enquanto ser, na sua integralidade, que é um desafio sempre contraditório, porque estamos modelados na nossa formação, nas nossas práticas pela fragmentação.

É uma luta constante contra o instituído. Mas, o que está instituído, inclusive em nós, é a especialização do saber, da prática, e por isso que é um desafio permanente. Então, é pensar a integralidade nessa abordagem abrangente e integral do ser, buscando recuperar essa fragmentação, seja ela na atenção básica, no ambulatório especializado dentro do hospital. Mas, também, estar pensando a idéia de integração de práticas para garantir continuidade do cuidado, para que ele seja seguro - daí porque o desafio da gestão, de realmente construir redes assistenciais e integradas, porque nossos hospitais, na maioria, continuam como ilhas, como sistemas à parte.

Temos já experiências positivas – contratualização, a idéia da regulação, que ainda traz muitos problemas. Quer dizer, não é uma tecnologia ainda, que muitas experiências de resposta à garantia da continuidade, do cuidado nos diversos níveis de atenção, como trabalhamos, e que leva, inclusive, à descrença da população, dada a dificuldade do acesso, as barreiras, que levam a uma situação de trazer sofrimento mesmo para a população, quando o sistema deveria estar oferecendo acesso com facilidade, com acolhimento da demanda.

E esses são desafios muito grandes que temos: reconhecer os avanços, mas ter consciência dos desafios, sem também deixar de reconhecer as dificuldades e, principalmente, a necessidade de ir além da mobilização setorial, por mais que ela internamente, setorialmente, na mudança das práticas, dos saberes, da formação, das crenças seja permanente. Mas, estar pensando em como a gestão pode estar contribuindo para isso avançar, no momento em que ela facilita. E essa idéia de pensar o pacto como um processo que avance em uma nova institucionalidade do SUS, que

tenha a regionalização como eixo para você construir sistemas regionais e integrados, que responda mais às demandas naquela localidade, ofertando os serviços. E com essa idéia de abranger e ampliar a oferta de serviços, de ações, de práticas – incluindo as práticas complementares, enfim – pensando os processos de educação permanente como um instrumento fundamental disso.

Esses são desafios muito grandes para o momento da gestão em que vivemos, de comemorar o que se avançou. E aqui trago uma perspectiva interessante, porque o Gilson Carvalho é um crítico bem “ácido” do sistema, e o foi durante muito tempo, e esteve no congresso do Cosems no Rio Grande do Norte, e achei interessante a fala dele de estar mostrando o que tem a comemorar – ele, como crítico bem ferrenho. E inclusive na questão da atenção básica: ele tinha dados que nem eu tinha analisado, não tinha visto recentemente: que de 2002 para cá o gasto com a atenção básica aumentou em 76%, enquanto a média e alta aumentaram 22%.

Então, ele mostrava que isso era uma coisa a comemorar. A distribuição de recursos no sentido de pro-



piciar uma melhor equidade, pelo menos na alocação –sabemos que alocação não garante equidade, é muito mais complexo – mas, também já tem diferencial: os diferenciais entre regiões sudeste, sul, centro-oeste, norte e nordeste diminuiu significativamente por essa política, mesmo tímida ainda, sem recurso novo, com recursos escassos de correção.

E isso traz uma perspectiva para nós de que, mesmo diante de todas as dificuldades e desafios, pode se estar avançando, construindo algo. E isso depende desse envolvimento, dessa implicação, do comprometimento dos sujeitos. E no espaço da gestão municipal, essa possibilidade é muito forte de estar experimentando novas idéias, exercendo a criatividade, potencializando recursos para, pelo menos, superarmos algum grau da grande exclusão que temos e da grande iniquidade.

Mas essa é uma caminhada e uma perspectiva que temos que ter clareza: a busca da justiça passa por mudanças mais globais na sociedade. Mas, não podemos ficar nessa perspectiva: não fazer a nossa parte que o setor tem e pode fazer em termos de autonomia, e até

motivar, problematizar e buscar a integração com outros setores, que essa também é uma tarefa do âmbito setorial.

E na questão da integralidade, essa perspectiva de estar conectando melhor o sistema, estar construindo a rede, que esse é um espaço de gestão que temos possibilidades de avançar e já temos experiências que mostram isso. Então, acho que é um pouco essa perspectiva.

Quando estamos pensando a formulação da política, a normatização, o financiamento, estamos pensando isso que acontece lá na ponta – e realmente não é fácil, temos que ter essa consciência de mudar práticas, de mudar a realidade da gestão. Pensar que temos um país muito desigual, com uma diversidade socioeconômica e cultural enorme.

Se formos pensar aqui: o que é a saúde indígena? Que nos últimos anos tem mostrado o quão isso foi desconsiderado durante muitos anos, apesar de ter sido criado um subsistema. Desde o descaso, o pouco financiamento, até a perspectiva da equidade, e principalmente da integralidade, de reconhecer o contexto

cultural totalmente diferenciado de pensar a saúde, a abordagem da saúde, onde a maioria dos profissionais que vai trabalhar não tem esse preparo. Os próprios órgãos que cuidam da questão indígena como um todo.

Então, só para mostrar o quão isso é complexo, essa diversidade de gêneros, de questões que foram aqui trazidas por várias falas. Quer dizer, mostra a complexidade desse debate, a necessidade de aprofundar essa discussão e reconhecer que realmente não há uma receita para construir integralidade. Há várias possibilidades, experiências e iniciativas.

Tem que pensar essas várias dimensões, desde o seu integral, que a medicina tradicional aborda, de estar pensando essa continuidade do cuidado, de integração de práticas e ações, entender que essa integração dos processos de gestão é fundamental para caminhar nessa busca da miragem, de uma utopia que está se realizando. Não é uma utopia impossível, mas é um sonho que nos guia, nos conduz, como a imagem da miragem no deserto, mas que ela nunca vai estar completa.

E na equidade, mais ainda, diante de todo o contexto de desigualdade em que vivemos e que os fatos

mais recentes que chocaram principalmente São Paulo mostram na nossa cara: ou refletimos sobre o tipo de sociedade que queremos e nos mobilizamos para enfrentar isso, ou vamos ficar cada vez mais reféns. Então, esse momento é muito rico para a sociedade brasileira e para todos nós, ao pensar equidade em saúde tem que estar pensando esse contexto.

E pensando em como também podemos estar caminhando e avançando nisso que foi destacado, que foi o avanço dessa política em termos de inclusão da cidadania e da construção da cidadania no Brasil. Mas ainda em uma dimensão muito limitada para os desafios, para os problemas que temos. E a participante I, que falou da questão dos conselhos, acho que é um debate que precisamos estar retomando, porque criamos muitos desses instrumentos, conferências e conselhos, acreditando que apenas formalizar e institucionalizar, isso estaria dado.

Isso mostra que cidadania não se faz por decreto. Ela tem que ser uma construção social que se dá a partir da construção de sujeitos, da mobilização de atores, e que tem sido um exercício duro no Brasil,

desde a retomada democrática, e que não podemos desconsiderar os avanços, mas reconhecer que são limitados. E que essa diferença também mostra que temos conselhos e conselhos. E que, em vez de, como alguns fazem, negar esses espaços, temos que ver como qualificá-los, desde os processos de capacitação dos conselheiros, até pensarmos em como melhorar a representatividade dos conselhos, a legitimidade, e ampliar os espaços de participação para além dos conselhos, como já fazem vários municípios com os conselhos gestores de unidade, com a instituição de fóruns, com vários outros espaços de mobilização que ampliam. E a consciência do direito, que é o caminho fundamental para isso.

Mas também temos consciência de que muitas vezes a democracia não é algo fácil. É o regime mais difícil, porque ele exige muito investimento e muito esforço. E para muitos brasileiros, que não pensam muito além da conquista de cada dia, isso se coloca como um horizonte muito distante, porque a luta pela sobrevivência é o que o prende no dia-a-dia.

No momento que conseguimos, através do sistema de saúde – e acho que esse é o desafio que temos

hoje: de avançar para que, através dos mecanismos de gestão, da ampliação do debate sobre o direito no pacto em defesa do SUS, e na melhoria das respostas, possamos estar aumentando o reconhecimento da população, a legitimidade do sistema e a possibilidade de cada vez mais aumentar o eco na sociedade, a adesão ao sistema, e, digamos assim, influenciar no simbólico e no imaginário para mostrar que um sistema público pode responder às demandas da sociedade em uma disputa ainda desigual – acredito – diante da hegemonia do mercado, das idéias de uma visão tradicional de saúde, de práticas técnico-científicas e de um modelo médico-assistencial ainda predominante, inclusive na formação.

Então, esses são desafios e por isso que comecei dizendo, e continuo, que esse é um desafio permanente. Não vamos ter a solução dele há curto, nem há médio prazo. É um desafio para as nossas vidas, para as gerações, e que é parte desse processo da construção humana, onde todos nós estamos implicados.



# NEGOCIAÇÕES E CONFLITOS: SUPERANDO LIMITES



Helvécio Miranda  
Denize Reis



## 6 NEGOCIAÇÕES E CONFLITOS: SUPERANDO LIMITES

### CAFÉ COM IDÉIAS – JUNHO DE 2006

Data: 28/06/2006

#### **Helvécio Miranda**

Médico, Doutor em Saúde Pública, Secretário de Saúde de Belo Horizonte (MG), Diretor-Financeiro do Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde)

#### **Denize Reis**

Médica, Mestre em Saúde Pública, Diretora do Departamento Regional de Saúde Pimentas-Cumbica/Guarulhos (SP)

### 6.1 Fala Inicial dos Facilitadores

#### **Helvécio Miranda**

Boa noite. Tenho um pouco de dificuldade de ser rápido nas coisas, mas vou fazer um esforço grande, já que a idéia aqui, sem trocadilhos, é exatamente conversar mais do que ficarmos falando.

No Conasems, temos tido a oportunidade – e sou da direção da última diretoria – de estar o tempo todo interagindo com os mais variados atores do SUS, em especial com os outros dois níveis da gestão – Ministério e o Estado – e procurando nesse debate, na verdade, enfrentar o que temos chamado de limites e fronteiras do SUS.

Para não ir aos temas mais tradicionais e que ocupam mais a nossa agenda dentro do que a gente tem chamado de “teses do Conasems”, nessa nossa diretoria, que são exatamente o financiamento e o conjunto de questões afeitas à gestão do trabalho, e também para não ficar na generalidade da discussão de modelo, de organização de sistemas e serviços, temos

buscado discutir – e aí discutindo limites e como superá-los nessa era moderna do SUS – a integralidade e a equidade.

Então, vou tentar falar um pouco sobre isso, em um esforço de estar pautando esse tema para a discussão do que hoje é limite para nós como gestores do Sistema Único de Saúde.

Temos que observar a produção teórica brasileira, até no bojo da reforma sanitária, e talvez dos princípios constitucionais, tão arduamente conquistados, a integralidade e a equidade – que na verdade não estão nem escritos dessa forma na Constituição. Fomos batizando o tempo todo de “princípio constitucional e equidade”, mas, na verdade, em momento nenhum está escrito dessa forma, e é interessante observar... Temos traduzido a igualdade para os iguais, e, portanto, tratamento diferente para os diferentes, como equidade, e acabou fatidicamente virando um princípio.

Mas, talvez, dos grandes princípios, os que têm obtido menos visibilidade, talvez por sua complexidade, são esses dois – equidade e integralidade. Com todas as dificuldades e problemas no acesso, na qualidade,

na satisfação, a universalidade ocupou um espaço e ela é uma marca do nosso sistema de saúde. Acho que essa conquista é o grande feito da reforma sanitária até este momento, e, com todos os problemas, ela se constituiu em uma clareza de princípios muito grande para o nosso sistema de saúde. Do ponto de vista conceitual não é contestada, teoricamente, ainda que com limites na sua prática.

E talvez seja a junção de uma base da universalidade, mas acoplando a discussão da integralidade e da equidade, talvez a grande discussão da modelagem do Sistema Único de Saúde, esse tríptico signo, essa tripla imagem do SUS. É claro que também toda a questão da descentralização, dos princípios organizativos, do controle social tem muito apego hoje no conjunto da sociedade.

E essa discussão da integralidade – e tive oportunidade, até pela necessidade de um esforço acadêmico recente, ela é muito pouco tratada na nossa literatura. Acho que tem um certo medo teórico e prático dos próprios gestores para abordá-la. Porque tratar da integralidade é colocar o dedo em uma ferida muito



sensível para nós, que é estabelecer limites: é cotejar a universalidade com o limite do financiamento. E fazer esse debate, não é fácil, porque o tempo todo você resvala na universalidade, no princípio mais caro para todos nós. E aí, acho que, de certa forma, ficamos um pouco afugentados desse debate. Mas acho que é absolutamente necessário. Então, temos nos esforçado também no Conasems para fazer esse tipo de discussão, tentando abordar como uma questão do SUS.

Tem um texto do Gilson Carvalho, nosso grande companheiro, muito interessante, que nem foi publicado, foi divulgado daquela forma que o Gilson faz, para quem conhece... Ele faz uma reflexão que é muito interessante. Coloca dois pólos, que é muito próximo para nós, gestores, no dia-a-dia da gestão estar pensando nisso: ele põe de um lado o que ele chama de “integralidade condicionada”, e no outro oposto uma “integralidade turbinada”.

O que seria isso? Quer dizer, é um enfoque, como muitos países optaram de definir claramente, até legalmente, cestas básicas de consumo ou de oferta para sua população toda. E chamar isso de “acesso universal”. E isso acaba virando a realidade do sistema.

Por outro lado, o “tudo para todos”, a todo tempo e com a velocidade que cada um deseja, que é um pouco como está na Constituição, mais especificamente o “tudo para todos”. Esse outro pólo oposto – e que ele chama de “turbinado”, porque tem uma quantidade de interesses, vale dizer, do complexo médico-industrial, de todo o aparato industrial, da mídia, dos corporativismos das mais variadas categorias, do judiciário... Que por várias ações, por variadas razões, “turbinam” o conceito de atenção e de cuidado integral.

Então, fica criando no próprio imaginário dos usuários uma pressão sobre o sistema, para os trabalhadores, que também estão na linha de frente, uma idéia de que tudo que é disponível em algum lugar, por algum motivo, de tecnologias em saúde nos mais variados patamares têm que ser ofertados, porque assim, o artigo 196 da Constituição brasileira determinou.

Nessa trajetória entre uma dita “integralidade condicionada”, restrita, minimizada, a essa “turbinada”, há a possibilidade de um elenco de conceitos que a gente pode definir como uma integralidade necessária. E, é necessária porque certamente – sem também

entrar muito no debate teórico – deveria ser baseada nesses seus limites, na sua aposta de que integralidade é essa, nas necessidades dos conjuntos das populações que devemos atender. E aí fica a grande pergunta: mas, como definir isso? Não tem receita pronta, evidentemente, você não encontra teóricos, nem literatura, nem experiências que comprovem... “Olha, a gente define, no sistema universal, em um país complexo e desigual como o nosso, ou em uma cidade ou região que a integralidade possa ser definida assim, assim e assim...” Não é possível fazer isso.

Então, na verdade, a grande questão que nos anima a debater o tempo todo, é qual o mecanismo de se definir qual é a aposta de uma sociedade, de uma determinada população, no seu sistema de saúde, que recorte – assumindo a delicadeza do debate – que atenção vamos dar. Porque certamente estamos dando de alguma forma, esse recorte, das mais variadas formas, baseadas nas mais variadas orientações ou interesses. E a segunda pergunta é em que “arena” isso se dá. Não estão dados os conceitos de controle social, de participação popular, em determinados momentos

não definem claramente, tendem a uma generalidade grande, ainda que com ferramentas já estabelecidas. Mas, onde se dará essa discussão? Que sistema de saúde, com qual limite efetivamente, de verdade, não só no discurso, universal, de acesso para todos, respeitadas as necessidades diferenciadas, que vamos ter? Então, que padrões de necessidades vamos admitir como sendo possível.

É claro que o conceito de integralidade. E você pode olhar a integralidade do ponto de vista holístico, de olhar o cuidado com o nosso usuário, seja em uma demanda expressa ou em uma busca de uma necessidade oculta, por vários mecanismos, seja abordando o que o Rubens Matos tem chamado de “integralidade vertical”, a chamada “integralidade horizontal”, que é na verdade o conjunto das redes interligadas, integradas e que alguns têm chamado de linhas de cuidado, articuladas, a integralidade em questões mais coletivas, abordando outras políticas públicas, na chamada intersetorialidade.

Acho que esse é um debate contemporâneo e necessário, que temos que nos armar todos, gestores, tra-

balhadores e usuários para fazê-lo, e talvez uma saída para discutir essa: “que integralidade estamos buscando ou pactuando com o conjunto da sociedade” seja trazer para o centro do debate o tema da equidade. E foi em boa hora que o próprio Ministério, muito centrado nas iniciativas da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), trouxe essa discussão da determinação social da saúde, dos determinantes sociais da saúde, porque acho que – claro que não é só esse o caminho, não é só uma questão nacional ou mundial que vá nos revelar esse segredo, nos dar o “caminho mágico” – mas, acho que o tempo todo assumimos todos que tem uma parte da população, ela tem diferentes nomes, diferentes enfoques, é trazida para o público de formas diferentes, por etnia, por gênero, por territorialidades diferentes.

Mas sabemos que o tempo todo, ao mapear a situação de uma doença, de um agravo qualquer ou de indicadores de saúde em determinada população, vamos encontrar constantemente, em determinados pedaços dessa população, diferenças muito grandes. E os mapas vão se superpondo, construindo claramente um

mapa de desigualdade enorme. Quase que são os mesmos que mais sofrem acidentes, que têm maior taxa de gravidez na adolescência, que morrem mais no seu primeiro ano de vida, que têm um grau de alcoolismo elevado, tem mais homicídios.

Então, a cada vez vai identificando - acho que não podemos fugir desse debate – que tem populações muito diferentes na sua vulnerabilidade, na sua chance de viver melhor, com mais qualidade, mais feliz, e de evitar a sua morte por várias razões, do que outras. Vários indícios mostram que só crescer a economia e o país, desenvolver no sentido mais amplo, não resolve o problema da desigualdade. Então, acho que talvez essa discussão das diferenças, clarear isso, trazer para a luz do dia esse debate, debater com todo mundo, seja uma possibilidade de discutirmos um sistema, sem abrir mão da universalidade, mas que assuma recortes e faça opções, “agüente o tranco” no debate público, mas não deixe que outras questões, que outros interesses, de outra ordem acabem definindo onde os recursos, no fundo, estão sendo alocados no sistema de saúde.

### Denize Reis

Vou fazer algumas considerações. Eu já não tive essa compreensão da “encomenda”, vamos dizer assim, levei o tema meio “ao pé-da-letra” no espírito de vir para cá: “negociações, conflitos e limites”. Então, vou colocar uma questão mais da vivência prática que tenho tido nos últimos tempos como profissional de saúde, como trabalhadora do SUS, e mais como gestora nos últimos tempos.

Atualmente, estou naquela posição bem “massacrante” de precisar de negociação “para cima”, “para baixo”, “para os lados”, e de tudo quanto é jeito. É como se eu fosse “distrito de saúde”. Em Guarulhos dividimos a cidade em quatro pedaços, o que a gente chamaria, é o equivalente a “distrito de saúde”, porque não chama distrito pela sua dimensão, são “regionais de saúde”. Hoje em dia, em cada regional dessa, já tem distritos de saúde. Então, sou diretora de uma regional dessa. O lugar chama-se “Pimentas-Cumbica” e é uma das “pontas” bem problemáticas, do ponto de vista social.

Então, nessa posição, acabamos tendo que exercer esse tema – negociação, conflitos, superando ou

não limites – seja com formação da equipe interna, no processo de trabalho, e da formação de uma equipe para levar esse trabalho, seja no Fórum de gerentes. Temos 20 unidades de saúde, dois pronto-atendimentos e um hospital em construção. Só nesse espaço temos 300 mil habitantes, a cidade inteira tem 1,2 milhão. Então, nesse “pedacinho” acontece isso, e tem que negociar com gerentes de unidades de saúde.

Além disso – vou contar para vocês entenderem um pouco a experiência vivida, que está fresquinha na minha cabeça – a negociação interna com outros diretores dos outros departamentos, que são essas outras regionais, os componentes da secretaria, porque somos um colegiado; e o secretário, que é meu chefe e temos que negociar com ele também; o prefeito, que é meu outro chefe e tenho que negociar um pouco também; e por aí vai... E um dos pedaços mais importantes... E sou membro da Executiva do Conselho Municipal de Saúde, e há toda uma negociação com o que eles chamam de controle social.

É interessante que lá ainda não havia conselhos – elegemos todos agora – locais de saúde e é conhecido como “controle social”, é o nome genérico que

eles dão para todos os atores sociais do movimento popular de saúde. Então, o nível de negociação, tirando a negociação que tenho que fazer comigo mesma o tempo inteiro em certas coisas, é bem alto, digamos, e faz parte do meu processo de trabalho constante.

Então, só para dizer como o tema mexeu comigo. Porque na hora que falavam do tema, eu falei “nossa, mas vou falar disso?” É o que eu faço o tempo inteiro, mas nunca parei para pensar como instrumento de trabalho, a serviço ou não do SUS. Então, comecei a refletir um pouco. O que eu trouxe dessa reflexão? Primeiro, a cultura brasileira: acho que precisamos contextualizar um pouco o SUS.

O SUS nasceu quase que junto com a cultura ou com a nossa história, que vai permitir um pouco esse ambiente favorável para desenvolvermos negociação, se haver com conflitos e tentar superar os limites. Antes, isso estava muito complicado. Então, esse diálogo social, essas questões todas que permeiam esse campo da negociação.

No Brasil, só a partir da década de 90 que temos tido espaço para isso acontecer um pouco melhor,

na redemocratização do país. Então, acho que o que nós, trabalhadores do SUS, temos esse privilégio de estar em um dos pedaços da redemocratização do país que traz isso já no seu nascedouro. Quer dizer, junto com a Constituição brasileira, o SUS vem e cria, em termos de princípios, todo um ambiente que aponta para esse caminho, qual seja o da negociação social, da negociação coletiva, mesmo que a gente demore um pouco para “cair a ficha” ou para exercício, ele já traz em seu bojo de nascimento isso.

E, conforme vai crescendo, o SUS vai ora recuando, ora avançando um pouco mais nesse caminho. Acho que o que trouxe o grande marco para nós nesse tema da negociação foi colocarmos o controle social como parte integrante do sistema, como co-partícipe da gestão. Então, até esse tempo, os governos anteriores não tinham essa compreensão da gestão de política pública. Aliás, era o contrário, quanto mais longe o povo ficasse.... Por isso, as formas de fazer gestão começam a mudar e a propiciar a negociação a partir da década de 90, junto com essa possibilidade do desenvolver a democracia.

Então, por isso que acredito muito no SUS, em que ele é uma das grandes políticas nacionais que possibilita – e acho que todo mundo tem até um certo respeito por nós, vejo nos outros campos de atuação das políticas públicas – porque, em termos de reforma do estado, é ele que traz a questão da democratização muito de princípio e na ação: só existe possibilidade de construirmos o SUS nesse ambiente de negociação social. Talvez seja uma das poucas políticas públicas hoje, em termos de Reforma de Estado, e me “caiu essa ficha”, o quanto vamos contribuir – e tínhamos que ser mais ousados nisso – para o desenvolvimento da democracia no país.

A outra questão que eu queria abordar desse tema é que quando colocamos que superar os limites é uma coisa interessante de discutirmos. Mas, acho que nesse instante, tenho sentido, intuitivamente, como um ser político, e achado necessário que a gente discuta quais são os nossos limites, dentro dos princípios. Precisamos conhecer claramente o que vamos colocar para negociar, até quando negociamos certas coisas, seja lá com quem for, pela defesa do SUS. De que estamos

dispostos a abrir mão? Porque negociação significa troca, segundo o Aurélio, negociação é uma atividade de troca, de formar consenso. Mas, concessão, troca, foram palavras que apareceram.

Então, o que vamos negociar? Cada momento em que estamos conversando sobre o SUS, seja em planejamento, seja na capacitação, nas diversas atividades que fazemos, acho que precisamos exercitar essa história da negociação pensando um pouco nisso. Estamos entrando para negociar? Precisamos saber o que estamos negociando e que limites podemos superar.

Alguns limites, acho que certamente vamos ter que superar para o SUS ganhar mais força, particularmente com segmentos da nossa sociedade. A questão da universalidade e da equidade, ela é muito bem-vinda e muito bem quista naqueles em que são os beneficiários disso. Mas, quando vai se discutir com a classe média ou com os outros segmentos sociais, isso se complica um pouco, porque é negociação. O que dou em troca?

Outro dia eu entrei em uma negociação dessa com a população de classe média, e falaram “olha,

tem uma negociação, sim, em troca para quem tem convênio...”; “Ah, mas se o SUS faz coisas pelos pobres, é porque temos que fazer opção, não é?” E eu disse “não”. E a vacina, onde você faz? E o transplante, se você precisar um dia? Esse é universal. Temos até que tentar fazer essa leitura por conta dessa negociação com a sociedade: “olha, não vai dar tudo para todo mundo na integralidade...” Mas, existem outras, como o Câncer de mama, pois, quem é atingido não é mais a população mais pobre, são as mulheres de classe média e rica – então, vamos cuidar disso, porque está matando muitas mulheres.

Há um campo de negociação grande, desde que aprendamos a dizer o que estamos negociando e em que momento. E é um campo que tem limites. Acho que tem hora que temos que estabelecer esses limites. Por exemplo, desvincular o financiamento da saúde, limite, não pode entrar para negociação. Então, tem horas que vamos ter que pactuar inclusive o que são os limites.

O ideal da negociação, como gestora, é como dizem alguns livros “A negociação se faz em quatro eta-

pas: uma se planeja; outra identifica; em outra conversa e vai conversando... até que sente e se expõe a proposta até o momento da negociação e fechamento final.” Então, tem umas quatro etapas dos negociadores profissionais, digamos assim, no campo empresarial, que fala um pouco dessas etapas. Fiquei pensando: Nossa Senhora, temos que treinar muito para absorver os “tempos” da negociação. E, na verdade, no sistema, na gestão do SUS, acho que o campo de atuação e ensino está carecendo de um olhar mais técnico.

Por quê? Porque no campo da negociação na saúde, como em qualquer outro campo, e na saúde mais ainda, é mais complicada, a gente precisa entender e exercitar um pouco o conhecimento na área da subjetividade, das inter-relações pessoais, das relações grupais, do jogo de interesses, para entrar em uma negociação com capacidade para identificar essas coisas. Parece-me, ao longo desses anos, em que o exercício político – e só não estamos pior porque temos esse exercício – de um jeito ou de outro está “por trás” da gente. Então, acabamos absorvendo isso de alguma maneira. Mas, quando pensamos que atualmente esse

exercício, e fico pensando nos nossos gerentes e no sistema inteiro, qual é a capacidade que os nossos atores têm para olhar esse campo da negociação, e olhar os conflitos e entrar em uma negociação que é constante – movimento popular, usuários... O que temos percebido é que esse campo carece de relevância técnica para os formuladores na área de educação e de capacitação. E há pouco tempo entrou no Gerus (Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS).

Então, o campo da negociação na gestão está carecendo desse olhar mais técnico no sentido de que me parece que é uma meta/aprendizado, eu diria. Ou seja, é um campo de aprendizado em que ele, uma vez exercitando, treinando, sabendo como é isso, contribui para o aprendizado de si mesmo – precisa conhecer os limites na hora de negociar.

Às vezes, está no papel em que precisa se negociar, não é o melhor negociador para aquela situação, e precisa reconhecer isso. Então, há momentos em que é preciso até ouvir de alguém dizer assim “é melhor a gente ter a maior delicadeza, para dizer ao companheiro que não é esse companheiro na gestão que tem

que negociar isso. É melhor mandar o outro, porque tem habilidade maior”. E isso precisa ser identificado e reconhecido. Isso só é possível, eu vejo e acho muito interessante isso na negociação, quando conseguimos construir os projetos de uma forma mais coletiva, no mínimo enquanto equipe – vai formando equipe onde o objeto de trabalho é o plano, é o projeto – a história da negociação em que todo mundo faz negociação – em diferentes momentos, mas faz – isso fica mais fácil, fica menos arriscado e perigoso, até porque nessa hora as pessoas estão falando “vamos negociar, trocar...”, porque se você for fazer troca, é complicado você nem saber que está negociando coisas em nome dos outros e tomar decisão muitas vezes.

Então, acho que quando você consegue construir coletivamente, por exemplo: vou representar a Secretaria, não sei onde, falar não sei de quê. Se esse projeto não é construído muito coletivamente, isso pode trazer complicações na hora que se fala, na hora que negocia algumas coisas e alguns princípios. Então, quando ele é pactuado coletivamente – e isso demora um certo tempo - fica mais tranquilo para as pessoas



que fazem gestão negociarem. E isso se traduz não só no campo da gestão de quem está em uma linha de gestão ou gerência, mas também no campo individual. Porque – estamos com o “Humaniza/SUS Guarulhos, compre essa idéia” – temos discutido muito essa questão do manejo dos conflitos, da superação dos limites, da relação do profissional de saúde/usuário e que tem um componente de negociação constante. E que, para isso, precisa olhar o outro enquanto sujeito, ver a subjetividade.

Quais são essas habilidades? O que estamos trabalhando com o pessoal de habilidades? A primeira grande habilidade que temos discutido é olhar o outro enquanto sujeito do processo, é dar espaço para o outro, é o saber ouvir. A questão do saber ouvir é saber ouvir mesmo, olhar nos olhos, e tem uma outra coisa que, profissionalmente não pode, pode negociar com sua família, com seu filho, afetivamente, deixar a emoção vir e negociar de outro jeito, gritar um com o outro. A negociação está presente na vida o tempo todo.

Mas, como profissional, precisa ter uma escuta qualificada, quer dizer, aquela escuta que tem que se

despojar um pouco de algumas questões e qualificar a escuta no sentido de que “o que está fazendo ali?”, “qual é o seu papel? O que está negociando?”. E que quem vai negociar em nome do SUS – por isso que tenho chamado a atenção para essa questão de que se precisa ter uma relevância mais técnica, como falou o Helvécio, nessa “negociação com a sociedade”, sobre integralidade. As pessoas têm que entender do SUS, os gestores precisam entender do SUS. Quantas e quantas vezes pegamos pessoas negociando e não entendem do SUS. E pior: vamos ter que fazer os nossos companheiros entenderem do SUS.

Para mim, uma das negociações mais difíceis que tenho vivido nos últimos três trabalhos de gestão que fiz, foi justamente a negociação interna, para dentro do governo. É mais fácil, negociar com a população – sinto-me mais à vontade – do que com os nossos companheiros, particularmente com os companheiros políticos profissionais. Enfim, há um momento em que vamos ter que espalhar, colocar na roda, negociar, abrir negociação – porque tem hora que não está aberta, a negociação não está aberta em alguns

momentos. Então, tem isso também: tem hora que tem que negociar, abrir a negociação, pelo menos para contar o que é o SUS, o que se está pretendendo.

Queria falar dessa relevância técnica, que ainda não tem, a formação e capacitação dos profissionais de saúde no tema da negociação, na relação intersujeitos. E o legado que o Freud, Lacan, Yung entre outros, nos deixa, acho que foi mais apropriado por outras áreas – empresarial, etc. É interessante ver que empresários, o pessoal de marketing, sabe bastante dessa coisa de negociação, mercado. Eles conseguem separar seus problemas. E isso é uma técnica que o pessoal aprende muito e que está faltando um pouco mais nos profissionais de saúde.

Uma coisa terrível na negociação é a coisa dos compromissos, em que a pessoa negocia e assume compromissos, e se não cumpri-los, “detona” conosco. Temos feito algumas negociações. Estou falando da representação que temos em nome do SUS e às vezes vamos avançando com a população, isso é muito comum, avançamos com o controle social, e depois não conseguimos cumprir com esses compromissos

“n” vezes, por conta de outra negociação maior que temos que fazer.

## **6.2 Considerações dos Participantes**

### **Participante A**

Acho que as duas falas trazem elementos importantes, principalmente a do Helvécio, em que aborda elementos referentes à questão de como garantir elementos importantes. Efetivamente para garanti-los, temos que observar um conjunto imenso de conflitos, inclusive, conflitos que existem hoje, em alguns debates.

A última revista do Conasems traz uma entrevista – se não me engano é do Goulart – em que ele entra com a tese de que há de haver algumas revisões com relação a alguns princípios do SUS. Acho que é corajoso e tem base no que as pessoas acreditam.

Uma outra entrevista interessante é a própria entrevista do Nelsão, falando sobre toda a trajetória da 8ª Conferência e colocando o momento que estamos

vivendo em relação ao cumprimento da EC/29, ao perigo que se corre com relação a esse modelo de atenção baseada em oferta, e não na visão da necessidade. Então, quem lida em uma arena como essa, que é a nossa, da saúde, com o sistema com princípios tão complexos, realmente tem que ter muita habilidade no tratamento com a matéria, e tem que ser um exímio negociador. Mas, o problema é que efetivamente não se nasce negociador. Acho que a trajetória e a inserção da gente vai-nos ensinando a construir processos que vão chegando a condições adequadas de um objetivo ou um fim comum. E, efetivamente, isso não é uma tarefa fácil, porque, na verdade, negociar significa articular com os pares, discordar, inclusive, desses mesmos pares, ter estrutura e conhecimento para poder debater – porque isso é uma coisa que também é complexa.

Efetivamente, quando se negocia com a comunidade local é uma coisa, internamente com o governo é outra, entre gestores é outro elemento e quando se negocia com um controlador externo, como, por exemplo, tem-se um grande embate com o que se cha-

ma “judicialização da saúde”, e temos que saber muito bem negociar, porque, efetivamente, ajudamos a criar todo o instrumental legal que faz com que esse parceiro, que é a justiça, nos cobre por aquilo que nós mesmos acertamos que ia ser feito, e colocamos na lei. E, efetivamente, ao aplicar o que a gente acertou que iria ser feito, vimos que existe uma série de limitadores. E é o que precisa ser compreendido.

Estamos vivendo hoje um processo extremamente interessante, com a aprovação do pacto, que é discutir entre entes responsabilidades, o que não é tarefa fácil, porque efetivamente não tem as responsabilidades, como cumpri-las e negociar o seu processo. Então, vai requerer de cada um e de todos os que estão articulados dentro de um projeto comum, que é o fortalecimento do SUS, da consolidação do SUS, a melhoria da qualidade de vida das pessoas, uma habilidade imensa, porque, a cada processo que for construído, conflitos existirão e negociações terão que ser feitas.

Acho que a abordagem colocada por nossos convidados é super interessante, e só queria solicitar de vocês, na verdade, era o seguinte: vocês vivem o dia-

a-dia de uma gestão local, porque os dois são grandes municípios, são de grande porte. Então, como cada um de vocês, na posição que ocupam – um é secretário e a Denize, representante do governo em um espaço territorial – que elementos temos que observar para qualificar um processo de negociação, e como podemos trabalhar a convivência natural – porque acho que tem que ser a convivência natural, com a existência do conflito. Quer dizer, o conflito não tem que ser visto como algo problemático, mas como um elemento importante, inclusive porque é desencadeador de mudanças da nossa própria prática. Então, eu queria que vocês pudessem abordar essa fala, essa situação nesses dois aspectos.

### **Participante B**

Acho que um conflito que é clássico também, e o pacto está sendo um desafio para enfrentar, é a questão dos interesses dos três entes, ou das três esferas. Tenho dito que “estou hoje” no ente Federal, mas já fui do ente Municipal e do ente Estadual – nos dois sentidos. Muitas vezes ficamos doentes com esse conflito – doentes na alma.

Mas, acho que o pacto é um grande esforço de superação disso. É tão latente esse conflito que muitas vezes temos ido discutir nos Estados, e sempre tem alguém que quer reacender ou mostrar isso como um conflito ainda maior do que a tentativa da negociação.

E uma das coisas que tenho visto que tem ainda esbarrado muito é a questão do financiamento, seja a discussão entre as três esferas do próprio SUS, com o município geralmente garantindo a Emenda Constitucional, o não cumprimento pelos Estados, a discussão sobre o cumprimento pelo Governo Federal. Por isso, esse conflito interno do SUS. E o outro conflito com as demais políticas setoriais e principalmente com a área econômica, também nas três esferas: no Município, no Estado e na União a discussão com o setor econômico e com a briga pelo orçamento nas outras esferas.

Dizem que “na casa que falta pão, todo mundo briga e ninguém tem razão”. É importante que exista o conflito e seja explicitado e superado, se isso está sendo um entrave maior. E se a discussão sobre um

orçamento do SUS como um todo, e a possibilidade de pensarmos em uma forma ascendente, com princípios, com diretrizes definidas nacionalmente, em um acerto entre as três esferas, poderia ser uma superação desse conflito, facilitando outros que normalmente vêm na rasteira.

### **Participante C**

Só umas colocações para ouvir o Helvécio. Estávamos pensando na situação dos secretários municipais, que têm que negociar horizontal, para ver a integridade, negociar no vertical, promoção, prevenção e não sei quê. Eu estava pensando: que cruz? E ainda no meio tem um prefeito, funcionários...

Eu queria que você falasse, Helvécio. E principalmente por uma situação – estou falando mais da participação dele - porque temos uma avaliação, que é um município que cresceu muito e essa experiência tem uma boa gestão. Como é que você, como pessoa, se coloca nesse aprendizado. Como é que foi esse momento de aprendizado, se é um momento muito sofrido ou se é aquele sofrimento um pouco prazeroso. Faz um pouco desse comentário para nós.

### **Participante D**

Bom. Acho que a matéria-prima do nosso trabalho, que é a gestão pública, é o conflito. E, por detrás de toda essa discussão, está a questão do poder, da redistribuição dele, enfim, de descentralização do poder, ou a centralização, de poderes de diferentes naturezas, não só o poder financeiro – foi bem lembrado – mas outros tipos de poderes.

E a grande questão que acho, é assim: dentro desse cenário que temos que trabalhar, fazer gestão pública, gestão em uma concepção ampliada, não de administração de recursos, basicamente, mas gestão em prol do interesse público. E o que me chamou a atenção é – e tenho interesse de pensar um pouco – o que Denize colocou: algumas habilidades importantes para a gente fazer o exercício da negociação. O que queremos é atingir os objetivos. Os objetivos podem ser diferentes, mas, considerando que queremos atingir os objetivos do SUS, como é que podemos criar mecanismos ou estratégias para alcançá-los?

Porque, na realidade, de vez em quando paro para pensar e “brigamos, brigamos, e o SUS está aí”, as coi-

sas estão acontecendo, a população tem problemas e não conseguimos resolver, e temos tecnologias importantes, tanto do ponto de vista do conhecimento, como outras que podem nos ajudar nessa história. E muitas vezes não conseguimos usar as próprias tecnologias. Então, fico pensando: será que não usamos porque não sabemos ou porque a coisa do poder é tão forte e existem outros mecanismos, outras determinações que nos impedem de implementar?

Apesar de que sou da corrente de que podemos usar essas tecnologias, inclusive, para ganhar parceiros, para articular, conduzir no sistema, sem perder a direção. Porque, às vezes, nessa briga toda, terminamos perdendo a direção e não sabemos nem para onde vai. E um “puxa daqui” e outro “puxa dali”, e começa a ceder coisas que não podem ser cedidas, ou que a gente pode ceder temporariamente, fazer o recuo estratégico, mas não pode deixar de alcançar, ter direção.

Então, queria que você me falasse um pouquinho mais sobre isso, porque fiquei interessada nessas habilidades. Eu acredito que pode nos ajudar, a nós, gesto-

res, dirigentes, apoiadores nas relações de cooperação, enfim, alcançar nossa direção.

### **6.3 Considerações Finais dos Facilitadores**

#### **Helvécio Miranda**

Bom, Começando pela questão da participante C<sup>1</sup>. Na verdade, é uma sensação, um conjunto de sentimentos muito dialético. Claro que é uma carga muito pesada, muito conflituosa consigo mesmo, com seus princípios, com várias questões do cotidiano, mas, ao mesmo tempo, não deixa de ter, ao lado e junto, um prazer grande de estar exercitando possibilidades que falamos o tempo todo, ou sempre se falou muito.

O Conasems está fazendo uma pesquisa com os gestores, coordenado pela Sônia Fleury, e tem uma pergunta difícilíssima, que é: “Qual é a sua grande frustração? e Qual é a sua maior alegria?”. Eu estava pensando para responder isso, porque acho que uma

---

<sup>1</sup> As considerações dos Participantes encontram-se, nesse texto, no Item 6.2 “Considerações dos Participantes”.

grande alegria é conseguir, inclusive superando conflitos e tendo que negociar muito, desenvolver o que você planejou para enfrentar determinada situação, e ter poder para intervir em questões e mudar a realidade.

E acho que a grande frustração é de duas ordens. Primeiro, ter o problema e não saber como enfrentá-lo – a gente vive isso no dia-a-dia – nos falta, desde conhecimento mais fino até governabilidade, e aí significa não dar conta de enfrentar, por um lado. Ou, saber enfrentar e não ter dinheiro, por outro lado. Concretamente, esses são os dois pólos e talvez a maior angústia até para equacionar alguns conflitos. Então, diria que nessa “encruzilhada” ou nessa cruz da busca pela integralidade, eu colocaria nesses dois pontos.

A outra questão que queria comentar, colocada também, é essa disputa da questão do orçamento, do financiamento. Acho que, às vezes, ela fica meio enviesada, a discussão, e temos feito muito dessa forma, nos mais variados fóruns, mas, a discussão de que falta dinheiro é – entre nós, não com os economistas – pacífica. Falta, porque os dados são muito objetivos, com qualquer conta que você faça, é uma dife-

rença tão abissal entre a ousadia e a generosidade do que falamos no nosso marco legal, e o que temos para operar aquilo. E o grande “caldo” de cultura de conflito na gestão hoje do SUS é uma disparidade permanente nos mais variados temas e graus entre recursos e demandas. Ela é, por si só, no macro, na disputa do orçamento da prefeitura com as outras áreas, ou no conflito entre um usuário e um trabalhador por causa da negativa porque não tem um medicamento.

Então, essa diferença entre oferta e demanda, na verdade, é geradora de conflito. E o exercício da negociação previamente aos conflitos. Depois que eles se instalaram – e acho que concordo com o participante A que por si só não é ruim, a forma às vezes é muito ruim, podia ser evitada, ser feita de forma diferente, a divergência podia se expressar de forma diferente. Mas, acho que por si só não é ruim: acho que temos que exercitar entre nós, com nossas equipes, nos mais variados coletivos, o exercício de que o conflito pode ser muito produtivo. E antes dele, a divergência expressa tem que ser estimulada, claro que nos vários âmbitos, interno, externo etc.

Mas, uma outra coisa, além da questão que é geradora de conflitos e exige negociação cada vez mais refinada – mais do que o volume, não podemos deixar de debater a má qualidade do gasto. E não é falar de corrupção – que também é um problema – de ralo, de superfaturamento. Nem é isso, que também são problemas. Mas, a equidade alocativa do dinheiro. Estou cada dia mais convencido de que estamos perdendo credibilidade junto ao conjunto da população também por isso. Porque é tanta disparidade com o nosso volume de recursos. Assim, qualquer área, qualquer lugar temos exemplo.

Constatamos que tem populações muito diferentes, como eu disse, por várias razões, com vários indicadores, e não aloca o recurso diferentemente. Para dar um exemplo no campo positivo, para não falar de coisa muito ruim, falando de uma política vitoriosa, reconhecida no mundo todo: a política do HIV/Aids. Eu tenho 5.500 pacientes recebendo – cadastrados, acompanhados quase integralmente – medicação. Esse volume de recursos para 5.500 usuários, em uma política acertada, articulada, conseqüente, exatamente

te quase empata nos reais o mesmo volume de recursos que recebo da farmácia básica, da fonte federal, Ministério da Saúde. É exatamente. Para cinco mil, e outro para 1,8 milhão de pessoas, que é minha população que usa exclusivamente o SUS – os outros 500 mil usam muito o SUS, mas em pedaços, dentro das suas necessidades.

Então, por si só, isso é uma iniquidade alocativa, não tem outra explicação a não ser termos isso. Por que tudo que é mediado por tecnologia dura, por equipamento, por principalmente alta tecnologia, é muito protegido, por exemplo, na questão da tabela? Temos que abrir essa discussão: é protegido. As influências, as pressões, com a maior seriedade dos gestores nos seus vários níveis, têm muita dificuldade de conviver com pressões, por exemplo, na questão da alta tecnologia e da atenção básica.

Então, além do dinheiro insuficiente, o jeito de gastar... É claro que não construímos isso pensado no futuro: herdamos isso. Somos fruto, claro, dentro desse processo histórico muito vitorioso do SUS, mas foi muito fruto dos problemas anteriores; a constitui-



ção da rede, a tabela, a história toda do Inamps, com tudo o que teve. Muita coisa é reproduzida, então tem muita incoerência, nas formas de financiar. Falamos o tempo todo que o critério de necessidades, por mais difícil que seja de servir de orientação, tem que ser o principal – está na lei, desde a 8080 – e nós não executamos rigorosamente isso.

Acho que esse é um dilema permanente. Até porque, no dia em que fizemos o debate sobre o pacto de gestão com o Cosems da Secretaria Estadual – tinha umas 600 pessoas – foi no dia da reunião do Copom. Então, comecei a minha fala, que era sobre financiamento, e falei “olha, estamos discutindo aqui um pedaço do problema, mas, quem está decidindo a nossa dificuldade – porque 0,5% na taxa de juros, significa acoplar na dívida pública interna o volume que estamos discutindo da diferença de orçamento federal – a cada “mexida” no Copom: ou 0,75%, ou 0,5%, que agora está neste patamar, felizmente, está melhorando. Enfim, é só para dizer, com esse exemplo simples, e acho que isso é gerador de conflito no espaço governamental, e nas prefeituras vivemos isso também, e

aí no Governo Federal e Estados é a mesma coisa. É dizer que a nossa disputa não pode ser com a reforma agrária, não pode ser com a educação, não pode ser com a assistência ou com o “Bolsa Família”. Temos que proteger, e estamos convencidos de que uma coisa que forma a produção de saúde nos seus conceitos, no seu conjunto de determinantes do processo saúde/doença; e outra coisa é financiamento de ações de serviço de saúde.

Então, coloca-se outra questão que é a discussão do orçamento global do SUS. Acho que o Ministério sofre uma injustiça, pois só o orçamento federal que é discutido. É o mais público. Isso é uma conquista, nos outros Ministérios não é tanto. É uma conquista do SUS esse formato de publicizar radicalmente o orçamento Federal; todos sabem, dão palpite, vão à tripartite, ao conselho. Os orçamentos estaduais, que, teoricamente são poderosos, não estão mais cumprindo emenda.

Essas iniquidades, também para os gestores são geradores de conflitos, exigem capacidade de negociação. Vou citar um exemplo que é sobre a qualificação

da equipe e vale para todos os níveis, mas, na experiência do Humaniza/SUS, que é uma iniciativa que está agregando muita qualidade à nossa condição de gerir isso o tempo todo. Nesse dilema de diferença entre recursos e demandas; entre interesses privados, das mais variadas ordens – porque quando falamos de interesse privado, lembramos sempre de hospital privado, e não é isso – as corporações têm interesses privados, os vários outros setores das políticas públicas também. Estamos exercitando com as nossas equipes, com os colegiados gestores nas unidades. A simples retirada daquele foco da portaria, da discussão em tom mais elevado e levar para uma sala com mais tranquilidade, capacitar pessoas para serem mediadoras de conflitos na ponta, na porta de entrada, na gestão da agenda, que é outro ponto de conflito. Acho que são experiências muito legais que têm agregado qualidade à nossa capacidade de gestão.

É claro que entram interesses dos mais variados. Um usuário, por várias razões, agride um trabalhador, fecha-se a unidade. Isso protege o trabalhador ou é uma represália ao conjunto da população? Temos dis-

cutido diariamente, porque atendendo só na rede básica, todos os dias, 36 mil pessoas, claro que encontram seis mil trabalhadores, e é claro que vai ter conflito – seria estranho se não tivesse. Mas, quando tem um conflito por ineficiência da capacidade de negociação, você fecha a unidade e pronto? Na verdade, não é uma proteção àquele trabalhador, é uma represália. Então, essas coisas estão na ordem do dia, esse tema é para nós muito contemporâneo, e essas observações acho que são muito interessantes nesse debate de hoje, que está na ordem do dia.

### **Denize Reis**

O Helvécio já abordou várias questões. E eu queria corroborar com ele. Acho que estamos em um momento diferente. Não é que não se conseguiu negociar – somos vitoriosos em negociações: temos a Constituição, temos o marco legal, temos um monte de vitórias no SUS, e é preciso a gente falar delas também para a gente ficar alimentado.

A capacidade de negociação tem que permear o sistema de uma forma mais inteira, não ficar só no

nível decisório “alto”. Porque, no fim, essa proposta do Humaniza, e esse conceito, é essa diretriz que estamos discutindo, que é a indissociabilidade da atenção e da gestão, aí está o gancho: o dia em que, de fato, não conseguirmos andar tão separados a “gestão” e “atenção”, quem faz uma e quem faz outra, acho que permeando essas tecnologias de que as pessoas compreendam a totalidade da reforma de estado que é o SUS. Precisamos capilarizar essa coisa. Então, é assim como ele está falando: capilarizar é chegar na porta de unidade básica de saúde, de um pronto-socorro, de qualquer canto nosso. Isso traz para nós uma chance de trazer os trabalhadores da saúde para serem protagonistas dessa discussão.

Temos vivido também na gestão, além das questões que o Helvécio colocou, na questão do financiamento, que tem a ver com financiamento, que é a política de RH – estamos com um “problemão” no SUS inteiro: às vezes você pensa que é só você, mas quando vai ver congresso de secretários, todo mundo está de “cabelos em pé”, porque não tem um plano de cargos e carreira. São raros os lugares, ou então, não tem uma

coisa balizadora, cada vez mais a gente caminha para a terceirização. Estamos confusos nesse pedaço, avançamos, mas precisa-se avançar um pouco mais.

E conversar sobre isso com o nosso trabalhador, chegar com isso até ele... Tanto equipe, quanto trabalhador de execução, todos, acho que é importante. E acho que tem tecnologias, só que, o que estou dizendo é que essas tecnologias têm ficado muito na área “psi”, é isso que estou dizendo, é um defeito da nossa graduação, dos profissionais de saúde. Essas tecnologias relacionadas às relações interpessoais são para psicólogos, terapeutas ocupacionais, mas não para todos, o que é estranho no campo da saúde. Acho que passou da hora de colocarmos isso nos currículos de graduação.

A questão dos conflitos. Há momentos, e eu tenho vivido alguns – é bom falar do governo que passou, do governo de agora é ruim, não é? Espera virar história primeiro, senão nos metemos em encrenca – e lembro-me do governo da Marta (Suplicy), do último que participei: houve momentos de conflitos tão intensos que, do mesmo jeito que conflito é “coisa boa”, como o participante A falou, ele também pode se tor-

nar, quando não observado ou não trabalhado, imobilizante. O problema hoje é essa hora, que quando ele não é imobilizante, é destrutivo. Então, estamos vivendo esses problemas. Vivemos muito isso no dia-a-dia da gestão, principalmente da ponta.

Por exemplo, em Guarulhos – não sei se é assim em todas as cidades, alguém depois pode me contar – o tanto de doença mental que os nossos profissionais de saúde têm – são afastamento por depressão, por questões que têm a ver com os conflitos que ele vive no seu processo de trabalho. Então, tem equipes e equipes. Tem hora que não pode explicitar o conflito, tem que vir à tona. Que hora isso acontece, como funciona? Não são todos que têm habilidade para reconhecer, ou mediar, ou falar. Acho que há momentos, que, inclusive, os grupos têm que identificar que é preciso um mediador, e às vezes de fora mesmo.

Estava falando de São Paulo e tive o prazer depois de chamar o Di Loreto. - não sei se vocês se lembram dele, uma figura histórica que faz análise institucional – para me ajudar na construção da equipe, porque estavam acabando com o PAS, ficou aquela confusão

de retomada do SUS, e foi muito difícil. E comecei a ver que estava todo mundo ficando doente: quem era sadio, estava... Uma desenvolveu crise de hipertensão, outra foi operada, de seis mulheres, três tinham, em um mês, desenvolvido algo. Então, não era possível.

Tivemos que chamar auxílio externo para poder ajudar a mediar, e entender os conflitos, porque não estávamos nos entendendo dentro dos conflitos. Então, há momentos em que até isso é necessário, dependendo da situação. O problema é identificar essa hora e quando esses momentos são necessários. Vi alguns projetos serem levados à “breca”, como dizem por aí, por conta dessa questão de ser ultrapassado, por não conseguir mediar os conflitos, ou não identificar que precisa do mediador.

Só para colocar uma “pitada de sal”, quando eu estava aqui no DAD - não sei ao certo, se secretaria Estadual ou Municipal naquela época – em março, olhamos e lembro-me que tinha mais de 50% de troca de secretários no meio da gestão, no país inteiro. Que coisa estranha? Que “conflitaiada” danada essa, que é um “cai-cai” de secretários... Para mim, é um evento

sentinela essa troca de secretários, principalmente os secretários da saúde. Parece que os Secretários da Saúde são os que mais trocam, porque ninguém agüenta, tamanhos conflitos que têm que viver.

Então, acho que isso tem a ver com vários níveis de negociação que temos que fazer, desde o macro, até o pequeno. E acho que temos um nível de negociação que é para nos proteger. Primeiro para proteger o SUS, um projeto que estamos nos dedicando há, na sua existência formal, 20 anos, e na luta, há muito mais. E, segundo, é para proteger a nos mesmos, trabalhadores, para protegermos os nossos trabalhadores, que estão adoecendo nas pontas.

Tem saído cada vez mais trabalhos de que os nossos profissionais de saúde, os nossos trabalhadores, têm adoecido mais do que outras categorias, em determinados campos. Um desses campos é na questão da saúde mental. Isso é uma coisa que me chama a atenção para tentarmos discutir, enquanto técnica relevante para ser levada aos nossos profissionais, a capacidade de negociação com o usuário, seja individual, seja coletivamente.

Acho que é a habilidade de reconhecer e testar os limites. Os limites só conhece quem os testa, ou então não chega até eles. Como é que se vai flexibilizar uma coisa que não se conhece? Então, quem não testa o limite, não sabe até onde vai. Ontem, aprendi a fazer um teste de limite. Claro que vou ter conseqüências disso, mas, estávamos negociando com um parceiro para o novo hospital, fazendo contrato de co-gestão – feliz porque conseguimos um terceiro modelo, vamos experimentar e fazer uma gestão compartilhada. Então, fizemos um convênio, assinamos, etc – com uma grande universidade. Mas, na hora da negociação, eles começaram a fechar – vamos fechar os limites deles – e eles colocaram o limite muito mais curto do que pensamos do que é fazer uma gestão compartilhada: “não, a gestão compartilhada é só de resultados. Modelo de assistência e Gestão não queremos discutir...” Por isso, testar os limites é importante para saber quando você recua – “o limite está muito curto, vamos conversar novamente, quando é que volta?”.

Uma outra questão é não fazer sozinho, porque isso é da humanidade, não existe ser humano perfei-

to. Então, trabalhar em equipe serve para isso, sempre estar junto com um ou com outro para ele te dar um “toque”, e falar: “escuta, aquilo, naquela hora lá não foi legal. Não era a hora de dizer não. Você fechou a negociação”, ou, “você foi arrogante...” Entendeu? A construção de uma equipe de um projeto coletivo traz esse ganho fundamental para a gestão, que é essa possibilidade de compartilhar esses momentos, de um dizer para o outro. Vivi gestão em que isso não podia ser dito. O nível de competição e de conflito era tão alto que, na verdade, o desejo inconsciente era que o outro se “estourasse”. Então, questões pessoais vinham muito antes do que o projeto. E era só uma questão de tempo para não dar certo.

# EQUIPE, UM MAIS UM É SEMPRE MAIS QUE DOIS



Dr. Osvaldo Di Loreto

Dario Pasche





# 7 EQUIPE, UM MAIS UM É SEMPRE MAIS QUE DOIS

## CAFÉ COM IDÉIAS – JULHO DE 2006

Data: 27/07/2006

**Dr. Osvaldo Di Loreto**

Médico, Psiquiatra e Psicanalista

**Dario Pasche**

Doutor em Saúde Pública, Enfermeiro Sanitarista e Professor da Universidade de Ijuí

## 7.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

**Osvaldo Di Loreto**

Eu sou Di Loreto, para os íntimos, como vocês, o ‘Di’. Eu não tenho prazer quando me chamam de senhor, menos ainda de doutor, muito mais ainda de professor, então se puderem agüentar, apresento-me pelo o que sou, o ‘Di’.

**Dario Pasche**

Eu sou Dario, para os íntimos é Dario mesmo, sou enfermeiro sanitaria e professor de Saúde Pública já há um bom par de anos numa Universidade no norte do Rio Grande do Sul. Tenho minha formação na Saúde Pública, fiz meu doutorado com o Gastão Campos, na Unicamp, e nos idos de 2003 quando eu terminei, eu tive a possibilidade de experimentar a gestão aqui no Ministério junto com a equipe que veio com o Gastão Campos, atuei no Departamento de Apoio à Descentralização, que foi criado naquela gestão, e tive a honra de cooperar com os colegas e com o SUS no Brasil.

Eu confesso para vocês que eu me deparei agora pouco com a consigna que convoca a conversa aqui – “um mais um, é mais que dois” – e vou tratar dela de uma forma bastante indireta, e na réplica podemos tratar mais amiúde dessa metáfora colocada, fazendo uma aposta de que “um mais um” é mais que um simples somatório de partes. Então eu vou tratar um pouco mais das questões de trabalho em equipe e do como eu tenho percebido desde a especificidade da intervenção no campo da saúde: vou falar de um lugar que fala primeiro da gestão, mas eu vou tratar essa questão na sua indissociabilidade, na sua inseparabilidade com a atenção.

Então eu sou daqueles que advogam que é arbitrário e absolutamente pequeno trabalharmos questões do campo da saúde, separando em algumas medidas o campo da técnica do campo da gestão do trabalho, pois eles são absolutamente inseparáveis. Falarei sobre a questão do trabalho em equipe, a partir de dois grandes pontos: o primeiro é trabalho em equipe como uma tecnologia de organização do trabalho e produção do processo de subjetivação; e o outro pon-

to, que eu acho mais interessante, é em relação aos dispositivos que nós temos inventado na atualidade para acionarmos trabalhos mais coletivizados, quais tecnologias temos acionado, entendendo tecnologias também como saberes, para fazer a conexão das diferenças.

Sobre esse primeiro aspecto, eu vou trabalhar do ponto de vista de que o trabalho em equipe tem uma dupla dobra, ele tem dois lados que se cumprimentam. Em primeiro lugar o trabalho em equipe é uma tecnologia de organização de trabalho, e quer no campo da clínica ou no campo da saúde pública, o trabalho é essencialmente coletivo. Não é possível, inclusive se nós voltássemos no tempo, pensar a intervenção no campo da saúde a partir de uma intervenção de “um”, embora nós tenhamos organizado os processos de trabalho de forma parcelar, fragmentada, separando os sujeitos. O trabalho no campo da saúde é sempre dependente da articulação de ‘uns’.

O trabalho de equipe enquanto tecnologia parte de um pressuposto de que reconhecemos que os objetos que trabalhamos no campo da saúde são com-

plexos, ainda que o objeto com o qual trabalhamos, apesar de ser uma afirmação polêmica, é a doença e o risco de adoecer. Esses grandes objetos constroem dois grandes campos que são articulados, que é o campo da clínica e da saúde pública, e nós lidamos com tal grau de complexidade em relação ao adoecimento ou o risco de adoecer que é necessária a articulação de saberes para se ter uma ação de eficácia sobre eles, e isso é um requisito do trabalho interdisciplinar, do encontro de disciplina, de racionalidade.

O trabalho em equipe é algo que é dado “pela natureza dos objetos que nós trabalhamos” e ele é possível por esse reconhecimento do objeto, pois se nós achássemos que o campo da saúde lida com objetos não complexos, talvez não necessitaríamos de trabalhos interdisciplinares. O trabalho interdisciplinar não se fundamenta apenas no discurso de sermos politicamente corretos, de trabalharmos uns com os outros, mas tem fundamentos éticos e de sua eficácia em relação a outras formas de organização do trabalho. Nessa medida, o trabalho em equipe pressupõe uma outra disposição do sujeito na relação, portanto, ele

tem um conjunto de dimensões que são éticas, políticas e estéticas, que compreendem uma organização diferente do trabalho em saúde, pressupondo que o trabalho se reconheça como parte de uma rede.

Partimos da construção de processos e conhecimentos que trabalhem exatamente com a diferença, e é exatamente a diferença de cada “um” dos “uns”, que cria o “nós” que potencializa a intervenção. Esse também é um outro reconhecimento: o trabalho em equipe não é uma junção na perspectiva da construção de pares que se homogeneizam, mas a construção do trabalho em equipe parte e reconhece que exatamente é na diferença que nós construímos subjetividades – diferenças de arsenal para intervenção para os objetos.

Isso pressupõe a construção de uma nova relação entre os sujeitos, sobretudo em relação a nossa tradição de organização sobre bases do Taylorismo. Nós construímos relações de trabalho fragmentadas, hierarquizadas por certos fluxos e acúmulos de poder que são em geral ascendentes, e temos grupos com maior capacidade de trabalho em equipe e com maiores poderes, e uma grande maioria desprovida ou com me-

nor quantidade de poder. Reorganizar o processo de trabalho na direção do trabalho em equipe significa em alguma medida que nós alteremos esse processo de produção, de acumulação e, portanto, dos fluxos de poderes entre aqueles que compõem uma determinada equipe.

Nesse primeiro ponto, eu queria dizer o seguinte: o trabalho coletivo é um requisito do campo da saúde pela complexidade dos objetos que tratamos, contudo, a forma como temos organizado o trabalho na Saúde não tem permitido um processo que provoque exatamente a efetiva troca entre os sujeitos, aliás, temos construído relações bastante cristalizadas de poder, sendo que alguns atores acumulam mais poderes que os outros. Contudo o trabalho em equipe não é só uma tecnologia de trabalho, ele é uma nova possibilidade de construção de modo de subjetivação, é uma perspectiva de encontro das pessoas sob uma nova forma de circular poder entre as mesmas.

O trabalho em equipe requisita necessariamente, por ser um trabalho com características solidárias e respeitosas das diferenças, um compartilhamento que

pressupõe o aumento da responsabilização das pessoas necessitando de uma maior amplitude do trabalho no sentido da coletivação. Trabalhar em equipe nessa perspectiva de que é uma produção de novos processos de subjetivação também depende de um outro reconhecimento, de que a relação com o outro implica numa troca de poder, saber e afeto. O trabalho em equipe não se resume numa tecnicidade de organização do trabalho, mas reconhece que o trabalho é margeado com outro sempre por relação de saber, aliás, as especialidades nos separam e nos colocam em campos outros, mas quando estamos nos relacionando com outros, esse outro também tem poderes e esse trabalho significa o reconhecimento de certos fluxos de poder.

Essa tecnologia de trabalho requisita o encontro com o outro, numa certa tradição da construção do trabalho em equipe, sobretudo no campo da saúde, tão marcado por poderes que se originam do certo grau de especialismo. A pergunta que está sendo colocada é a seguinte: como produzir um trabalho mais partilhado, coletivizado, portanto, mais fraterno e solidário que possa na mesma medida, numa outra du-

pla dobra, reafirmar a capacidade nossa de interação com outro, para produzir mais saúde com o outro e ao mesmo tempo ampliar o valor de uso das nossas práticas e instituições? Como fazer isso na perspectiva de que o trabalho seja um espaço de realização para os trabalhadores? Porque em geral a lógica gerencial da gestão coloca apenas um prisma para o trabalho e o trabalho no campo da saúde é direcionado ao outro, nós direcionamos nossa técnica cognitiva no sentido de resolver o problema do outro.

Nos anos 90, entramos numa certa crise do trabalho, inclusive os pós-modernos começaram a dizer que o trabalho entrou em crise como categoria analítica. O trabalho é constitutivo da nossa subjetividade, nos constrói homens e mulheres, e a forma como organizamos o trabalho nos produz enquanto pessoa, enquanto nós mesmos. Como estamos experimentando isso no campo da Saúde? Reinventar essa tecnologia que é o trabalho em saúde, que ao mesmo tempo tem uma dupla finalidade, uma dupla dimensão ética – política: caracterizado de um lado pela afirmação de nossas práticas como produtores de saúde, e de ou-

tro lado pela afirmação do trabalho como constituição nossa enquanto sujeitos capazes, e deslocados de certos interesses imediatos, mas que seja um trabalho que nos afirme enquanto gente, enquanto homem, enquanto mulher.

O trabalho em equipe, essa junção de um mais um para formar algo maior do que dois, o trabalho em equipe não é natural, não é espontâneo, por mais que advogemos que temos um conjunto russeauniano do homem bom, o trabalho coletivo tem que ser algo acionado, produzido por nossa intenção, portanto, o trabalho em equipe decorre de um conjunto de acionamento, de dispositivo, de endereçamento da organização do trabalho para esse fim, e significa, sobretudo que é reconhecer as diferenças.

Nós sempre imaginamos que o trabalho em equipe é a junção de diferentes para formar processos de igualação, mas só é possível o trabalho coletivo reconhecendo, partindo das diferenças, e essas diferenças têm que produzir algum grau de conectividade – o trabalho em rede só é possível pelo reconhecimento e pela produção coletiva de alguns fatores que nos co-

nectam com outros, como se fossem moléculas que permitissem encaixes na afirmação da minha diferença, e não na sua anulação. Partindo desse pressuposto da diferença para construção de um agir mais comum, o trabalho em equipe é a construção de uma certa “comunalidade”, é a construção de um certo comunismo, embora essa palavra soe esquisito para alguns ouvidos, mas pressupõe a construção de uma ação comum, mas, ao mesmo tempo solicitando o deslocamento dos outros.

O trabalho em equipe é sempre um encontro tenso com outro, e nós no campo da saúde temos construído uma série de dispositivos, sobretudo nos últimos cinco anos do SUS, temos nos permitido a construção de uma série de mecanismos que têm em alguma medida colocado em questão a forma como temos organizado o trabalho coletivo. Boa parte do que chamamos de trabalho em equipe, nada tem de trabalho de equipe, mas de um certo agrupamento de estranhos que na sua ação estranha, continuam no estranho estranhamento. Eu vou encerrar por aqui e depois vou tratar desse segundo ponto, mais referente aos dispositivos.

### **Oswaldo di Loreto**

Se a frase que eu pela primeira vez ouvi na vida, e que serve de mote aqui para o nosso encontro - “um mais um é sempre mais que dois” - se refere a um certo número múltiplo de pessoas que se destinam a fazer um trabalho comum, é a mais elegante mentira que eu ouvi nos últimos anos.

Nós vamos envelhecendo, como eu com 51 anos de medicina, e ouvimos ao longo do tempo muitas mentiras, algumas pomposas como “os últimos serão os primeiros”, e quando vivemos descobrimos que os últimos serão os últimos, e vivemos mais um pouco e ouvimos “é mais fácil um camelo passar por um buraco da agulha, do que um rico entrar no reino do céu” – essas mentiras são bonitas de serem ditas, idealizam o ser humano, e essa é a mais elegante e mais nova que eu ouvi, “um mais um é sempre mais que dois” em se tratando de número múltiplo de seres humanos que devem realizar uma tarefa comum. Por que? Porque isso é a absolutamente contrário a natureza humana.

O Dr. Sigmund Freud, passou uma vida pesquisando e deixou claro que o homem é egocêntrico - “eu sou o centro do mundo, as coisas acontecem confor-

me o meu desejo, a minha vontade e tal”. Altruísmo é algo a ser aprendido, melhor que aprendido, a ser desenvolvido, entendendo o altruísmo como o contrário da posição egocêntrica. Nós colocamos um certo número múltiplo de pessoas juntas, cada um com a sua origem, com sua experiência, cada um com seu patrimônio, teve lá a sua mãe, o seu pai, a sua infância, as suas neuroses, quem é mais ambicioso, quem é menos, quem é mais invejoso, quem não é, quem é mais culto, quem não é, e cada um com o seu patrimônio de características pessoais, e dizemos: vocês vão trabalhar juntos. Existem muitas experiências acumuladas no mundo, experiências remitidas, cansativas até, que prova que o que montamos é uma “doidice”, pois juntamos pessoas que não se conhecem profundamente, cada um com suas histórias individuais e dizemos: vocês vão fazer um trabalho comum. Não é cada um realizar um trabalho e outro do lado realizar o seu trabalho. Não! Num trabalho comum cada um vai contribuir para o mesmo objeto.

O que montamos é uma loucura, e isso é reconhecido no campo das ciências psíquicas há quase cem

anos. Um inglês da escola psicanalítica, Wilfred Bion, viveu intensamente experiências do que costumamos chamar “grupos”, e depois de décadas vivendo e meditando sobre elas, ele deixou registrado o seguinte: “Isso que chamamos de grupo, e que na verdade são agrupamentos, só são um número múltiplo de pessoas que não investiram no processo de torná-los um grupo, e essas pessoas formam então uma entidade psicótica” - esse é o nome técnico de maluco, doido da cabeça, é uma entidade psicótica por definição, ou seja, é obrigatória, ninguém foge disso.

Eu que vivi muito com grupos, principalmente de trabalho, e é muito complicado o trabalho com equipes multidisciplinares, posso dizer que o ponto central é: se esse número múltiplo de pessoas espontaneamente se soltarem, eles vão aprontar todas as doidices do mundo, vão se retalhar, aparecer todas as invejas, as diferenças...

Tenho experiências nas áreas da saúde e educação, mais na da saúde. Nós montamos as tais das equipes multidisciplinares da seguinte maneira: um médico é escolhido na seção de pessoal e então ele é designado

para trabalhar num certo lugar; para esse mesmo lugar a seção de pessoal manda um psicólogo, e ambos tem um título. Mas o que eu mais encontro é esse médico com convicções fundas de que a mente é uma entidade biológica que funciona como a máquina biológica e, portanto, temos que utilizar recursos biológicos como, por exemplo, os remédios para tratar as pessoas. A psicóloga que foi designada para trabalhar ao lado dele tem um profundo desprezo pela visão desse doutor, acha ele um “quadrado” que só pensa dar medicação e não entende o lado humano das situações, principalmente se é colocada uma mocinha com uma visão psicanalítica, e esses dois estão condenados a se atacarem e a se destruírem, sendo que na área da saúde quem fica no meio dessa retaliação é um coitado chamado paciente, que nos procura porque enfrenta dificuldades, e encontra as equipes multidisciplinares naturais, que são fabricas de doidos. Então tudo começa pela consciência dolorosa de dizer: nós vamos começar um serviço, mas lembrem que nós não formamos equipes coisa nenhuma, nós não formamos grupos coisa nenhuma, nós somos uma entidade psíquica por definição, somos malucos!

O trabalho prossegue então na identificação dos fatores que trazem rivalização, ataques, destruição... Os únicos grupos que eu jamais vi se tornarem equipes na minha longa vida profissional foram com as chamadas equipes multidisciplinares. As únicas equipes que eu já encontrei tiveram essa característica comum, as pessoas foram capazes e tinham condições para poder admitir: “nós somos um bando de doidos, então vamos tomar responsabilidade por esse fato e vamos começar a identificar as nossas loucuras, dizê-las em voz alta!”. É um acordo, cada um de nós, pode dizer que identificou tal loucura, um, por exemplo, discorda que é invejoso, que está sempre de olho no lugar do chefe e não importa quem é o chefe, ele fala mal do chefe; o outro é o contrario, é submisso não tem idéia nenhuma, não colabora com nada. É preciso poder se falar, assumir, desde o início enquanto a loucura está muito solta, funcionar de forma modesta, não tornar o trabalho muito interdependente, assim: “você faz o seu trabalho e eu faço o meu, para irmos aprendendo a viver junto, se nós não nos ‘espetamos’ demais podemos começar a unificar um pouco o trabalho construindo um grupo”.



Eu tenho supervisionado estavelmente por anos, talvez já tenha supervisionado umas cem equipes, e eu tenho muita solicitação para fazer trabalho que, na falta de melhor nome, chamamos de supervisão institucional. Inclusive aqui na gloriosa capital federal, onde por muitos anos fui supervisor de uma instituição do Hospital do Riacho Fundo, e de todas essas experiências posso dizer que talvez somente uns 10% tornaram-se grupos, equipes, o restante continuava se chamando de grupo, de equipe, mas não assumiam a própria loucura, então continuavam se devastando através de nomes bonitos.

## 7.2 Considerações dos Participantes

### Participante A

Inicialmente o Di Loreto fez referência a essa questão de que era uma grande mentira a expressão: “um mais um é sempre mais que dois”, e de fato eu concordo que essa frase precisaria ser complementada, porque nem sempre é mais que dois, às vezes é só dois mesmo, e às vezes até é menos que dois, às vezes

um só funciona melhor que os dois, exatamente pelas loucuras existentes na relação. Então, ainda bem que ele concluiu colocando que encontrou 10% das experiências, vivenciando as situações em que um mais um foram mais que dois.

### Participante B

Eu gostaria de trazer questões sobre a gestão do trabalho que o Dario pelo pouco tempo não conseguiu acordar. Tem dois elementos que precisaríamos trabalhar no sistema, para darmos conta do atendimento das necessidades de saúde: primeiro é que na formação não aprendemos a fazer trabalho multiprofissional, nós temos uma formação uniprofissional, enfermeiro é enfermeiro, médico é médico, fisioterapeuta é fisioterapeuta, dentista é dentista. Pouquíssimas são as Universidades que colocam os cursos trabalhando e atuando em cenário de prática, juntar o nível técnico com o nível universitário, isso de jeito nenhum. Então não temos experiência na formação para fazermos diferente no momento em que estamos atuando no Sistema, e há um conjunto de deformações e responsabilidades do aparelho formador, em que se diz que

trabalho tem que ser em equipe, mas a forma como o gestor se relaciona com o trabalhador não é nada solidário, nada cooperativo e muito menos criando vínculos, responsabilização ou qualquer outro tipo de responsabilidade que o Gestor tem com o trabalhador. Se 10% no SUS estiverem trabalhando em equipe, eu acho bastante, se for isso é ótimo, mas não deve ter nem isso. Nós não construímos um sistema na medida em que a própria movimentação dos gestores, dos trabalhadores, dos usuários, não é para construção do trabalho em grupo ou equipe.

A outra questão que eu queria trazer é quando o próprio gestor não trabalha ferramentas da gestão do trabalho: o que se pode fazer na gestão do sistema, para que essa relação gestão do trabalho e trabalho da atenção se estabeleça de uma forma mais afetuosa entre gestor e trabalhador? E o outro conflito que temos é o usuário com o trabalhador. Em vários momentos o usuário quer pedir um determinado procedimento, mas não é ouvido, e inclusive o que o profissional ou o trabalhador de saúde tem para dizer a respeito das suas necessidades de saúde. Então temos um conflito entre

gestor e trabalhador e entre o trabalhador e o usuário, essa é uma outra equação que precisamos lidar com ela com uma certa seriedade.

### **Participante C**

Minha pergunta é direta pra Dario. Eu queria que você comentasse a partir da fala da Participante B a respeito do assédio moral e a equipe multidisciplinar.

### **Participante D**

Eu só queria que o Dario falasse um pouco mais sobre a questão da construção do sujeito, da subjetividade, a partir dos conflitos. Eu acho que o conflito nem sempre é algo que se desmereça, eu acredito que o conflito é produtor de muitas coisas interessantes, de crescimento também, e no potencial que isso possa ter, inclusive para criar novos profissionais. Nós temos hoje no mercado, especificamente na saúde, profissionais que não são, não foram e não estão sendo formados para o trabalho em equipe, e no momento que eles caem dentro do sistema de saúde vão se deparar em alguns lugares com essa necessidade, funcionando bem ou não eles estão inseridos num grupo que tem

a intenção de produzir algo de forma conjunta, pode funcionar melhor, pode funcionar pior, mas com certeza vai trazer crescimento e mudança no perfil desse profissional.

Isso pode ser visto também do lado positivo, pois nós estamos fazendo essa avaliação mais tensa e difícil que é comumente encontrada no sistema hoje, mas também podemos fazer a avaliação positiva do conflito, lembrando, há pouco tempo atrás, a mostra da EXPOGEST, onde vimos uma série de experiências sendo compartilhadas, de grupos e instituições que estão dando certo e se organizando de várias formas, então há uma do conflito no trabalho.

### **Participante E**

Eu queria explorar um pouco mais a questão de formar a equipe como um desafio da gestão, pensando que temos várias experiências e diferentes locais dentro do SUS de pessoas que assumiram esse desafio, que buscaram o atendimento de equipe, buscaram espaços de encontros, espaços permanentes de construção e reflexão dos projetos, buscaram construir uma forma mais horizontal da gestão dos projetos que

a equipe tem e que está construindo, enfim, buscaram colocar o conflito para dentro do processo de gestão e não para fora do processo de construção da equipe. Que estratégias podem dar materialidade a essa intencionalidade? Porque acho que esse é um desafio muito grande ainda hoje, tanto para nós que estamos no Ministério buscando construir não só equipe em cada local da instituição, mas construir no projeto que deu, na verdade, início a esse Café com Idéias, construir equipes que possam ser matríciais entre as áreas do Ministério, e esse é um desafio ainda maior de transformar aquele agrupamento de técnicos em uma equipe.

Nós temos sido chamados para conversar com os gestores locais com o desafio que cada um deles tem de construção de uma equipe de saúde que pense o território municipal, que está ali em torno daquela unidade, enfim, explorar um pouco mais as estratégias que podem dar materialidade a essa intenção. Concordo muito com essa posição de que depende da intencionalidade do gestor para que possamos de fato avançar nesse processo de melhorar a forma de grupalidade que temos hoje exercido na saúde.

### **Participante A**

Eu gostaria de acrescentar fazendo referência à importância da criação de espaços para explicitação de conflitos, muito bem colocado pelo Osvaldo, e de que esses conflitos, acrescentados pela Participante D, na verdade são extremamente produtivos na construção da subjetividade. Gostaria também de colocar que essa questão ‘um mais um possa ser mais que dois’, na verdade é a grande questão do momento. Se discute muito em todos os espaços e aí não é só no campo da saúde, a possibilidade da atuação em rede Lembrando as palavras iniciais, hoje se discute a rede de computadores que tem facilitado, a rede no campo da administração de empresas e rede também no campo da saúde, que é importantíssimo; que essa rede possa ser criada não a partir de estruturas afirmativas, lembremos que estamos em meio a um processo de Pacto de Gestão que não pode se fazer em nenhum momento por processos afirmativos: a quem de fato cabe o processo de gestão da Saúde? Será ao Governo Municipal, ou ao Governo Estadual ou ao Federal? Ou será que a gestão da saúde cabe mesmo é ao usuário? É a ele que,

em outra instância, cabe a decisão de optar por seus níveis de saúde, por seus caminhos a serem trilhados na saúde? Então o processo de descentralização precisa contemplar a delegação da gestão até ao nível do usuário, fazendo essa parceria com ele, e quanto mais favorecer e fortalecer essa parceria, mais ‘um mais um’ entre gestão e usuário estará sendo mais que dois, três, quatro.

### **7.3 Considerações Finais dos Facilitadores**

#### **Osvaldo Di Loreto**

Eu não sei direito o que vocês chamam de gestor, possivelmente seja algo que eu gosto de chamar de agente indutor de mudança. Não sei se eu entendi direito, mas parece-me que aqui estão presentes pessoas que, entre outras tarefas, funcionam como agentes indutores de mudanças, são pessoas que vão a unidades básicas de trabalhos, alguns hospitais, algumas instituições para tentar ações de transformação e de harmonização das relações das equipes. Se aqui há

peças que realmente realizam esse trabalho ou algo semelhante, nós temos algumas vantagens que podem até permitir que o êxito em formar equipes mais harmoniosas atinja os 10% ou até ultrapasse.

Alguém que vai induzir uma mudança numa equipe ou procurar a harmonização, terá vantagem se for um indivíduo de fora da própria equipe, pois alguém da própria equipe procurando agir de forma a ser um elemento diferenciado, semelhante a um supervisor, um terapeuta do próprio do grupo, não é bom, o grupo não aceita. É mesmo um benefício caído do céu se aparecer alguém de fora da equipe com a disposição de dar uma mão para as pessoas aprenderem e criarem práticas de explicitar os conflitos, de procurar as loucuras, eu depois desses anos de andanças e de muitas experiências institucionais, hoje tenho a convicção que é tão bem apoiada na prática que não duvido mais dela: seria muito bom se quem tem altos poderes hierárquicos, portanto capacidade de decisão, ao criar um novo serviço designasse no mesmo decreto um agente de fora para exercer papéis do tipo que costumamos chamar de supervisor.

As equipes a que eu continuo ligado hoje, e que são boas equipes, onde os trabalhadores se protegem e tem orgulho de trabalharem junto com os outros colegas, todas elas, depois de 15 anos criadas, se tornaram boas equipes tem a mesma característica comum: elas criaram práticas do tipo análise institucional, inclusive com um supervisor externo contratado que faz reuniões periódicas exatamente para ver as relações desde cedo.

### **Dario Pasche**

Eu reafirmo aquilo que o Osvaldo está dizendo aqui. O trabalho em equipe não é algo que está estabelecido como geração espontânea, assim como imaginavam no século XVIII que eram as doenças, que elas apareciam do nada. O trabalho em equipe, o trabalho interdisciplinar, como o transdisciplinar, ele decorre de uma certa intencionalidade de assim fazê-lo, portanto, o trabalho em equipe tem que se constituir como uma oferta de gestão, inclusive que reorganize o próprio trabalho de gestão que em geral, nas nossas organizações, é assumido por um gestor.

Se o campo da gestão com o campo da atenção são inseparáveis, em tese não há gestão, aliás, não há gestores porque em tese todo mundo é gestor do seu espaço com o outro, então haveria um espaço de gestão? Haveria um que é gestor e outro que não é? Num trabalho que se queira mais partilhado do encontro com o outro, nós estamos fazendo um processo de gestão do trabalho que tem um endereçamento, que é partilhar com outro a sua própria competência e responsabilidade. Esse entendimento promove o deslocamento em alguns sentidos: um deslocamento pra dentro da própria equipe, para a própria equipe que vai construir a partir de diretrizes um novo processo de construção de grupalidade.

A idéia da supervisão institucional, ou como nós do campo da saúde coletiva temos chamado, de apoio institucional, é absolutamente fundamental. Esse partejamento de um novo grupo, de uma relação de um encontro com outro, sobretudo onde os saberes e os poderes são tão cristalizados como no campo da saúde que nós temos uma divisão técnica, uma divisão de poderes administrativos e científicos, o encontro des-

sas diferenças faz emergir um conjunto com um certo grau de conflitualidade que necessita de mediação. Agora, diferentemente de muitas formas de supervisão, a supervisão de um grupo necessariamente tem que combinar dois grandes papéis, não é apenas uma supervisão no sentido catártico do encontro do grupo com seu conflito para lidar com ele, mas é uma dupla dimensão, o apoio se constitui em alguma medida de colocar em discussão a tarefa do grupo - esse grupo que está reunido não é um grupo de amigos, não é um grupo que tem outro cimento inicial que não o trabalho coletivo na direção da produção de saúde. Esse é o cimento com que se constrói o grupo, contudo esse elemento não é suficiente para o grupo operar como tal, ele vai ter que criar outros garros de vinculações com trocas de afetos que permitam enfrentar a tarefa.

Então a supervisão ou o apoio institucional tem que combinar de um lado a ampliação da capacidade do grupo de analisar e intervir a partir da tarefa que lhe foi posta, cuidar de criança, cuidar de mulher, cuidar de uma comunidade, mas ao mesmo tempo ser um instrumento de ampliação da grupalidade do gru-

po que se constitui na tarefa. Tem uma dobra nessa dimensão que eu acho importante: por outro lado o trabalho em grupo, se ele tem uma demanda para a equipe, ele também tem uma demanda no sentido daqueles que ocupam o espaço estratégico de gestão de uma organização, ele também terá que acionar novas formas de organização desse próprio estabelecimento desse serviço de saúde, sobretudo na diretriz que estamos colocando aqui de um trabalho de gestão mais partilhado. Um outro que para nós é fundamental é o trabalho mais coletivo, que significa pessoas que tenham uma capacidade de se acionar nesse grupo como membrana, que tem capacidade de permeabilidade, de aumentar a capacidade de escuta, de entendimento do outro, esta equipe tem a capacidade de construir uma nova dimensão numa nova perspectiva de contratualidade com o próprio usuário, quer seja o usuário no singular, quer seja esse usuário no plural.

Uma equipe que tem uma maior capacidade de lidar com os seus conflitos pode se constituir melhor enquanto grupo. Boa parte dos conflitos que se encontram numa equipe, muitos deles são conflitos

constitutivos, quer seja da relação humana, quer seja dos humanos com as instituições, são constitutivos das relações, portanto, não são passíveis de solução: esses conflitos tem que ser capitados pelo processo de trabalho que permitam lidar com eles, permita tratar dos conflitos. Não tenhamos nós aqui a pretensão de sempre lidar com os conflitos na perspectiva de resolvê-los. Esta é a produção que eu acho mais importante do coletivo, que é a apropriação da fala que permite a cada um a explicitação do seu mal estar, de estar convivendo com o processo, do sofrimento que o trabalho de saúde produz, do sofrimento e mal estar de estar numa instituição e etc.

O trabalho coletivo tem essa trinca, ele mexe com a equipe e se ele é uma diretriz de gestão ele mexe com a organização, que vai ter que reorganizar os seus fluxos para dar conta de uma nova realidade institucional, e isso permite uma outra relação de contrato com o usuário.

Eu vou falar sobre duas questões então, a partir do que as Participantes D e E colocaram. Eu estou entendendo o grupo não apenas como forma, mas uma

certa disposição de corpos que se encontram num determinado ambiente, mas nem toda disposição de corpos numa certa zona de contato permite a construção de equipes de grupos, como bem disse o Osvaldo. e então, entendendo aqui o grupo como um dispositivo, como um mecanismo de acionamento da produção de novos sujeitos, como dispositivo que aciona vontades, potência, que aciona capacidade de realização nesta dupla dimensão que estou colocando aqui. Ao mesmo tempo há a dimensão que amplia a sua capacidade operativa de lidar com tarefas, que é um pressuposto ético do trabalho em grupo na saúde, nós temos uma tarefa a cumprir que é produzir saúde nas suas mais variadas expressões a partir dos nossos terrenos disciplinares, das tecnologias que temos, e ao mesmo tempo se constituir como sujeito, com mais liberdade, com mais autonomia, com maior capacidade de expressão dos seus desejos e ampliação da sua própria capacidade desejante.

O pior grupo é aquele que não deseja, é aquele que talvez esteja muito próximo de sua quase morte. É nesse sentido que eu estou entendendo o grupo, para

além da sua forma, o conflito é o cerne da gestão, se não tivéssemos conflito não haveria a necessidade da gestão, pois o conflito é quando na junção de “uns”, no encontro com corpos no espaço em que é subjetivo com outros – os meus interesses e desejos não são coincidentes com o do outro e aí se estabelece de imediato um grau de conflitualidade.

A questão que está posta para nós aqui, porque não é nenhuma roda de café, nenhuma roda de chimarrão se nós estivéssemos no sul, é uma roda que tem a tarefa ética de produzir saúde, é como operar o objeto no conflito, aliás, como utilizar o conflito para produzir e aumentar a potência de realização do grupo. Então eu imagino que um grupo se gesta, ele tem uma direção diretriz e geratriz de gerar-se, e esse grupo precisa aprender que tem que ter oferta da gestão de colocar a própria grupalidade em questão, ou seja, apropriar-se da fala e colocar em análise a sua própria grupalidade.

Essa idéia de um terceiro que aporta o grupo é fantástica e eu tenho dito por aí também que quando vamos nos referir ao SUS do ano de 2006, lá em 2015, nós vamos dizer que já pensávamos um dia em cons-



truir Equipe de Saúde da Família sem aporte de apoio institucional, nós vamos falar de um passado do SUS que é esse presente que vivemos agora. É inimaginável que coloquemos as pessoas numa certa disposição grupal para lidar com objetos absolutamente complexos sem ter nenhum suporte para isso, pois os nossos saberes nos fundam na diferença, o saber de um médico, de um enfermeiro, de um nutricionista precisam ser pontos de conectividade, mas são hoje pontos de não conectividade, especializações nos separam.

As Organizações precisam criar espaços em que coloquem o grupo em contato com a sua própria produção grupal, o grupo conversando sobre si, para que ele tenha a capacidade de ampliar a análise de si próprio. Quero enfatizar isso numa dupla dimensão, na dimensão da sua tarefa que não se separa da sua produção de grupalidade, não se separa da sua própria construção de grupo, e Gastão Campos nos reporta a uma leitura sempre interessante porque ela nos ilumina nesse sentido, nós temos que criar espaços coletivos nas organizações, espaços que tratemos não das tarefas técnicas apenas, mas espaços de encontro da gente.

A construção de espaços coletivos é fundamental, mas que espaços coletivos são esses? São rodas que permitam a conversa, a troca, de encontro com outro que permita colocar o outro em discussão. Se nós fizéssemos só essa dimensão aqui seria uma revolução no SUS, talvez ampliássemos muito essa cota para além dos 10%. Mas o encontro da roda para discutir não significa reunião, nós somos especialistas em fazer reunião, mas nossas reuniões têm muito mais um caráter administrativo burocrático de lidar com aquelas questões adjacentes que não tocam no fundamental, que é colocar a própria organização da Organização em questão: o modo como estamos organizando, o modo como nos relacionamos. A troca que efetivamos entre esses uns potencializa a ação de cada um e isso significa colocar em discussão os núcleos de competência de cada um, os seus afazeres e arsenais científicos tecnológicos para darem conta de suas tarefas.

Eu falava antes que conflito é o objeto da gestão, tem que lidar com ele e tratá-lo, mas esse conflito tem que gerar algo, tem que ser capaz de gerar contratualidade. A contratação de tarefas que permita ao grupo

operar naquilo que ele tem como missão ética e política. O grupo nessa perspectiva se funda na capacidade de colocar-se em discussão, colocar-se em análise e ter uma capacidade de melhor interpretar o que nele ocorre, e justamente a partir daí ter uma capacidade de intervir melhor.

Eu fico impressionado, como eu tenho andado muito com Equipes do Saúde da Família, mesmo em hospitais, e as equipes não se conversam –quando um pergunta “o quê?”, um outro age como se essa conversa não existisse, tem sujeito que pode desaparecer três dias do trabalho e isso não é nenhum incômodo e o Enfermeiro coloca uma placa “o Doutor não vem”. A construção desse espaço é absolutamente revolucionário para reinventarmos o trabalho em equipe, e certamente esse trabalho em equipe pressupõe uma outra disposição dos corpos na roda, e aí se pressupõe a construção de Roda no sentido de que é na superfície que esse encontro acontece, um encontro de muitos.

Para trabalharmos a Descentralização da Gestão, ou nós descentralizamos o poder ou não há a descentralização, ou a roda se constitui num espaço mais ho-

rizontal que implica colocar os poderes na mesa, ou dificilmente ela acontece. Não é fácil dizer para outro que o comportamento ou a ação dele numa reunião ou com um usuário não foi legal ou foi desrespeitosa. Tratar disso pressupõe a construção de uma nova cultura organizacional que possa tratar dos conflitos.

Para terminar, quero dizer o seguinte: a gestão tem que ter a capacidade de ofertar, não há gestão sem o ofertamento, o gestor que faz microgestão, que faz a gestão das coisas que são demandadas não é um gestor. É preciso ter a capacidade de fazer oferta, e uma oferta importante é a construção de espaços coletivos que implicam em mexer nas arquiteturas das organizações. Uma equipe que senta na roda não é apenas um espaço de catarse, é um espaço de definição das diretrizes e do próprio agir da organização. Ou o trabalho em equipe acontece de fato e ela se define com o encontro dos diferentes, ou é um encontro que é da farsa institucional, aliás, nós presenciamos muito isso e é o que o Osvaldo disse anteriormente, que 90% não conseguem fazer esse deslocamento no sentido de uma outra produção grupal.

## Oswaldo Di Loreto

Parece até que nós combinamos antes que iríamos formar uma unidade de dois, uma diáde, basicamente o pensamento dele é o meu pensamento Talvez nos diferenciemos numa migalha que se refere à questão da formação de rodas, de espaços de discussão, de construção do grupo, posteriormente construção da equipe Eu nunca vi ao menos ser conseguida através de caminhos afirmativos: vamos ser camaradas! Vamos proteger um ao outro! Vamos ser colegas, amigos! Nunca. Eu sempre vi que a formação ou não de grupos de equipes dependeu da capacidade de “botar na mesa”, de explicitar aquilo que o maior estudioso de instituições que já existiu, Maxwell Jones, criador da Comunidade Terapêutica, chamava de comunicações dolorosas, porque dizer: “Olha! Você fez um trabalho bacana, o seu paciente melhorou!”, isso é fácil, o problema são as comunicações dolorosas, “Você sempre chega atrasado, sobra para mim o trabalhão quando você não está”, ou “você falta demais e eu tenho que arcar” ou “os pacientes vão embora sem atendimento”.

Se enfrentarmos o conflito de maneira destrutiva, porque conflito no sentido de cortejar idéias é muito

construtivo – e nós estamos falando de conflito com caráter destrutivo, a fofoca, intriga, o puxar de tapete – essa é uma questão que para mim é central. Eu só vi acontecer realmente a formação de equipe com quem admitiu os aspectos destrutivos dos conflitos, explicitou, como o Dario disse muito bem, eles não são para serem resolvidos, mas para serem explicitados equilibrados, levados em consideração, e em sabendo que eles existem, admitirmos e tomarmos medidas comuns, acordos grupais conforme o nível de conquista na formação de equipes e de grupos.

Para terminar, até dou um dado estatístico ou pelo menos da minha estatística: se somarmos a totalidade das intervenções onde eu fui chamado a funcionar como um elemento indutor de mudança na equipe, dito supervisor institucional, tenho mais êxitos conseguidos quando recomendei às equipes que elas admitissem que não eram equipes, sequer grupos, que havia um contingente muito elevado de conflito destrutivo circulando entre aquelas pessoas. Esses grupos admitiram que estavam numa fase primitiva, que funcionava mais como trabalhos individualizados, porque cada vez que se juntavam para reunião de equipes dispa-

vam atitudes extremamente destrutivas, e a ferramenta da reunião que deveria ser a formação da equipe, acaba sendo o maior destruidor da própria equipe.

É importante então baixar o nível de expectativa em relação a si mesmo, passar um tempo funcionando mais por um acordo de cada um realizando seu trabalho, não olhando muito o trabalho do outro porque cada vez que se faz isso sai faísca. Aos poucos então admitindo e aprendendo e por evolução inicia o processo de tornar o trabalho mais interdependente. Eu tive mais sucesso quando equipes puderam aceitar isso, abdicaram das idealizações e aceitaram a funcionar regredidamente, eu vou chamar assim: perceber que não nascemos como grupo, ele é uma conquista por esforço; muito menos como equipe, é uma conquista que vai exigir mais mão de obra e, mais ainda, a equipe mais difícil que eu já vi é a equipe Multidisciplinar na área da Saúde.

Em relação às considerações sobre o usuário, o tal de usuário na área da saúde é um paciente, que é um sinônimo de doente e todos os doentes do mundo são urgentes, tem dor, tem ansiedade e ele quer se ver livre do sofrimento. Todos nós que estamos na área da

saúde sabemos que temos um sujeito urgente que não quer saber de explicações, ele só quer se ver livre do sofrimento, que é o direito mais natural, ele está assumindo o papel dele direitinho, cada vez que eu tenho dor de dente que eu vou ao dentista eu também sou urgente, exigente e quero ser atendido e me ver livre da dor de dente ontem! Todos os estudos demonstram que a ação desse usuário urgente, pressionador, sofrido, é um dos grandes mecanismos de criação de conflitos nas equipes, não são só as nossas diferenças e maldades dos constituintes da própria equipe, mas também do paciente que quer ser internado a qualquer custo, ele quer internar o pai dele, o filho dele a qualquer custo, ele encontra um Agente de Saúde, pode ser Enfermeiro, Médico ou Psicólogo, enfim quem está responsável e vai pressionar, ele vai fazer força para conseguir te dissociar, que você se divida em partes.

Os doentes do mundo descobrem rapidinho que o maior campo de obter o benefício que está querendo é dissociando o elo de equipe, e não dissociar indivíduos, então o paciente que é esperto, em vez de duas horas pressionando o médico, vem num outro horá-

rio, é atendido por um outro médico e diz: “o Doutor Fulano disse que é para internar o meu filho”. Fala para o médico que o outro médico disse que era para internar, se você andar nos hospitais, numa clínica, nos ambulatórios isso está acontecendo três, quatro em qualquer momento em que você fizer um corte no hospital, tem dessas coisas em relação a remédio, em relação à internação, em relação a benefício. Os pacientes também jogam com os vínculos, do mesmo modo que qualquer criança que tem mais do que 14 de QI que descobre que não adianta ficar dizendo: “mãe, eu quero isso! Mãe eu quero aquilo!” Até o ponto de a mãe ficar louca e fazer o que ele quer, quem tem mais de 14 de QI sabe que a comunicação entre pai e mãe é pouca, tem até algumas rivalidades e chega e diz: “eu queria tanto aquele negócio e a mamãe não quer me dar!” O pai que está chegando, caído de pára-quedas diz: “Ora! Porque não dar?!”. Qualquer criança com mais de 14 de QI faz isso, descobre e dissocia vínculos. Equipes de saúde são bombardeadas por coisas como essa injetadas pelos usuários, conflitos, dissociações de brigas que não está escrito, então é importante também estudarmos o comportamento dos

usuários: um dos aprendizados da equipe é aprender a se defender, a se proteger da invasão de conflitos de lutas trazidas pelos pacientes.

### **Dario Pasche**

Eu vou fazer uma fala de encerramento. Nós abrimos um conjunto bastante extenso de questões que foram tocadas de uma forma rápida, essa questão própria do usuário eu tenho um entendimento um pouco diferente do que o Osvaldo coloca. O trabalho em equipe pressupõe o reconhecimento do outro para dentro e para fora da equipe, o usuário, quer seja população, quer seja um usuário, tem necessidade, tem interesse, tem desejo que talvez nem sempre sejam coincidentes da forma como organizamos os nossos trabalhos, e da forma como nós compreendemos o usuário como um paciente ou como alguém que demanda e não como um sujeito que tem necessidade de saúde. Isso faz toda uma diferença na forma como organizamos o trabalho, em geral, nós temos falhas instituintes, não temos contrato com o usuário.

O pessoal do campo mais institucionalista tem recuperado com crítica o conceito de cliente, quando

tem o Cliente logo se tem o contrato, logo tem um produto que faz a mediação para uma certa obtenção desse produto. A idéia de paciente e de usuário retira essa idéia de contratualidade, nós temos que impor com o outro o nosso trabalho enquanto equipe, enquanto profissional, formas de contratualização e reconhecer no outro as suas necessidades, interesses e desejos - isso pressupõe armar uma outra saúde pública, e esse encontro com outro só é possível por vínculo. O sujeito que está com dor de dente que eu não conheço é diferente de um sujeito que está com dor de dente que eu conheço, então a nossa tendência do campo da saúde é culpabilizar o usuário, e por uma questão mais universal acabamos maltratando o usuário, produzindo dispositivos de acesso que produzem filas e uma série de coisas, inclusive acionando a perversão da equipe.

Um outro ponto que eu queria marcar a posição aqui é a seguinte: a gestão tem que fazer oferta, e vem uma questão de afirmação, gestão tem mandato social para fazer oferta e no campo da saúde nós temos pressupostos éticos políticos que não podem ser negociados. Há equipes que não têm como negociar se

vai atender ou não, se vai acolher ou não, e isso impõe de algum lado continência, pressupõe castração em alguma medida, o espaço de equipe não é o espaço do gozo fora do outro, é um espaço inclusive de proteção da realização do desejo em alguma medida, tem parte da equipe que funciona muito bem como grupo e é perversa com o usuário.

Eu conheci um Pronto Socorro em São Paulo em que a equipe funcionava perfeitamente bem, só que não entrava ninguém no Pronto Socorro, tudo era passado adiante, a equipe era ótima e não tinha nenhum conflito entre ela, ou seja, era uma equipe perversa. A gestão tem que fazer oferta e trabalhar com alguns conflitos que vão produzir narrativas dolorosas.

Eu falo em nome do Osvaldo também e gostaria de dizer que fazer um encontro de trocas de idéias é absolutamente fundamental para o SUS, é preciso estimular que outros espaços como este aconteçam no Ministério, nas Secretarias, nos Municípios, nas equipes, esse é um espaço importantíssimo e vital para que encontremos soluções para uma série de conflitos e contradições que estamos gerando na construção do SUS.

# INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO



Gustavo Correia  
Maria Éster Vilela





## 8 INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO

### CAFÉ COM IDÉIAS – AGOSTO DE 2006

Data: 31/08/2006

**Gustavo Correia**

Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ

**Maria Éster Vilela**

Médica e Consultora da Política Nacional de Humanização

### 8.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

**Gustavo Correia**

Gostaria de agradecer o convite em meu nome e do LAPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade na Saúde do Instituto de Medicina Social da Uerj do qual sou um pesquisador colaborador. O meu vínculo com o LAPIS é a partir da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, onde atuo no Laboratório de Educação Profissional em Atenção a Saúde.

Essa apresentação é, para mim, uma novidade, esse contexto mais descontraído é muito bom e faz parte de uma prática de humanização, de uma tecnologia “conversacional”, ampliando assim a questão do diálogo.

Um grande desafio atual é consolidarmos e fazermos o SUS realmente acontecer - temos o desafio de resgatar as idéias da reforma sanitária. Para iniciarmos nossa conversa gostaria de resgatar alguns temas que potencializam a Política de Humanização, partindo do princípio da Integralidade.

O primeiro ponto que eu gostaria de ressaltar é a questão da integralidade enquanto um princípio constitucional e não como um conceito, e quais os sentidos que tem produzido essa noção. Acredito que a integralidade é muito mais uma noção apropriada pelas diversas instituições e pelo discurso acadêmico, através de diversas formas e sentidos. Então como um primeiro sentido mais histórico e legalista, tal qual aparece na Constituição, a Integralidade visa superar a dicotomia entre um modelo preventivo e um modelo curativo, apartado nas nossas políticas de saúde desde a origem do Sistema de Saúde Brasileiro e acentuado durante a era do Inamps e da Ditadura Militar, quando nós tínhamos de um lado o Inamps fazendo ações curativas, principalmente através de Instituições que prestavam serviços ao próprio Inamps, e por outro lado o Ministério da Saúde com ações preventivas.

Diante dessa realidade surge à idéia de um Sistema Único de Saúde, com uma noção de um sistema que reunisse de um lado essas ações preventivas e de outro as ações curativas assistenciais - isso seria um primeiro momento e logicamente não contendo a idéia de

complexidade do modelo de atenção, sendo essa uma nova perspectiva que a integralidade trabalha hoje. Houve um momento em que trabalhávamos hierarquicamente a idéia de atenção primária, de média e alta complexidade, e depois passamos a combater essa idéia, porque temos visto com a expansão da Saúde da Família e da Atenção Básica que não há como caracterizarmos como ações de baixa complexidade tecnológica uma Atenção Básica resolutive que faça promoção, prevenção, proteção à saúde, recuperação e reabilitação. Se a Atenção Básica tal qual está posta para o nosso País não consegue resolver esses problemas, não vamos conseguir ter um Sistema Único de Saúde que seja verdadeiramente descentralizado, unificado e equânime. Temos aí um primeiro ponto em relação a esse sentido de Integralidade.

Trago um segundo sentido de integralidade, talvez um pouco mais próximo historicamente ou epistemologicamente da noção da Política de Humanização, que seria a idéia de Atenção Integral, o sentido que me permite ver para além da dinâmica da dimensão biológica do processo de saúde e doença.

Historicamente, se fizermos uma análise do Séc. XIX até hoje, quando se instituiu a clínica, a anatomo-clínica e o avanço da medicina, identificando a doença e a sua causa na visibilidade, na materialidade do corpo vivo, excluindo os demais registros do processo de saúde e doença, percebemos um novo olhar sobre a saúde, que foi assumido como um projeto para a Medicina e conseqüentemente para o Estado, que assume a Saúde enquanto uma Política Pública. Nesse sentido, tivemos uma grande expansão não só tecnológica mas científica, o que por outro lado também organizou as práticas e serviços de saúde que visavam unicamente a atenção sobre o corpo, sobre a doença, sobre partes dos corpos.

Eu costumo falar com meus alunos sobre o modo como se organiza um hospital, e gostaria de perguntar para vocês: como um setor de hospital classicamente se organiza em seus diversos setores? Como são divididas as enfermarias num grande hospital? Por área, por especialidades, como a cardiologia, ortopedia, e neurologia. Isso ilustra o que costumo dizer, que no Hospital nós não recebemos pessoas, nós recebemos

partes anatômicas doentes. Na realidade o que você tem num Hospital do ponto de vista da concepção de um sujeito seria o seu esquadramento por especialidade, por patologia, infectologia e a vigilância é o que se dá em torno disso.

É importante ressaltar que não gostaria de desmerecer o avanço que a ciência médica teve, sem a qual muito de nós não estaríamos vivos.

A crítica ao modelo hegemônico trouxe a visão de duas questões principais: primeiro que o processo de saúde e doença não é meramente um processo individual, ele estabelece uma relação muito forte com as formas de organização e produção da existência humana de acordo com as suas realidades locais, que é o nosso conceito ampliado de saúde. E por outro lado, trouxe a necessidade da discussão no âmbito da saúde pública, saúde coletiva e do processo de saúde e doença, a questão das ciências humanas e ciências sociais para dialogarem e poderem ampliar essa visão, tornando então os nossos pacientes e usuários como “sujeitos” - essa é a fala importante para a Integralidade, funciona como uma imagem objetiva, um princípio.

A integralidade não é uma política, é sim uma imagem objetiva, ela tem um norte, ela nos direciona. Os outros princípios do SUS também o são. A universalidade eu penso como um direito em que todo brasileiro tem acesso ao sistema de saúde, mas a maneira de viabilizar isso depende das políticas que criamos, e nós temos que produzir políticas que viabilizem a universalidade e a integralidade.

Eu gostaria de dividir com vocês algumas provocações e depois conversar um pouco sobre elas, algumas das discussões que temos tido a respeito do Processo de Trabalho. Todos se tornam sujeitos no processo de trabalho e a antiga des-subjetivação não se dava unicamente na dimensão da assistência, do usuário, mas também passava pelo próprio trabalhador que também era des-subjetivado.

Se pensarmos na hierarquização das funções das equipes de saúde que se deram classicamente, na divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, no processo de trabalho em saúde que se tornou eminentemente Taylorista e funcionalista, lidaremos com um processo de trabalho que também se dava

de uma forma des-subjetivada. No momento em que integralidade, através de uma política de humanização, coloca os usuários, trabalhadores e gestores como estamos fazendo nesse momento, participantes iguais e horizontalizados, num processo de discussão, todos são colocados nos lugares de sujeitos e temos que ter novas tecnologias para poder lidar com isso, tecnologias como estamos fazendo nesse momento, tecnologias conversacionais que possibilitem uma perspectiva dialógica e a produção de novas práticas e novas concepções.

De um lado isso é muito, mas de outro nos traz um problema. No momento em que nós damos voz a todos, nós identificamos as singularidades, as diferenças, nós identificamos que existem projetos políticos, projetos sociais distintos e nós precisamos produzir a democracia e não a intolerância, precisamos incitar o diálogo e não o fundamentalismo, precisamos incitar que essa discussão, que essa conversação, possa ser fruto do respeito, da dignidade.

Nesse sentido eu gostaria de trazer algumas dimensões que um sociólogo português, Boaventura

Santos, tem trabalhado e que nós temos nos apropriado - como bons analistas institucionais que se apropriam do discurso de outras disciplinas para os nossos fins. Entre as questões que ele coloca, principalmente em relação à superação de uma ciência regulatória que produziu formas de controle social para uma ciência emancipatória, para a constituição de um novo senso comum, para o maior diálogo entre ciências e a produção de experiências no cotidiano, destacam-se três dimensões fundamentais: da Ética, da Política e a dimensão Estética.

A primeira dimensão deveria estar pautada pela questão da solidariedade para os nossos objetos de pesquisa alcançarem a noção de “sujeitos”. Os nossos objetos falam e dialogam conosco, os sujeitos de pesquisas aos quais nós trabalhamos numa questão de campo, ou até mesmo na gestão, tem voz ativa e devem ser respeitados enquanto tais, então essa seria uma dimensão ética que é um pouco do que estamos fazendo aqui hoje.

A segunda seria a dimensão Política que estaria colocada em relação à participação no processo de

decisões, que tenhamos a possibilidade de envolver cada vez mais atores nesses processos de decisões para que possam ver representadas as suas especificidades territoriais, regionais, suas crenças e seus valores. Para isso precisamos de políticas e estratégias que possam viabilizar essa participação, e o Boaventura fez uma crítica interessante, aproveitando a eleição do Conselho Nacional de Saúde que nós burocratizamos as instâncias de participação com uma divisão entre os movimentos sociais e a participação instituída e com isso diminuímos a nossa capacidade de instituir formas alternativas de participação ao processo político e ao processo de gestão. Essa é uma questão interessante quando às vezes vemos alguns Conselhos de Saúde esvaziados, minimizados pelas falas de técnicos ou de políticos.

A terceira seria a dimensão que é muito próxima da questão da Humanização, é a Estética - muito esquecida na nossa sociedade. Nós dividimos o trabalho e prazer, dividimos ciência e experiência, então teríamos que construir um sentido do trabalho ou do existir humano que possa produzir prazer. Vamos pensar

rapidamente nas condições de trabalho dos Trabalhadores de Saúde do SUS, vamos pensar minimamente no Hospital Souza Aguiar, Hospital que é a maior emergência da América Latina e se situa no Rio de Janeiro: nesse momento aqueles trabalhadores estão sofrendo com as condições de trabalho, com a baixa remuneração, com as terceirizações, com a precarização. É muito difícil pensarmos em estratégias de humanização que visem a Integralidade sem pensarmos necessariamente na forma de estruturação da produção e do trabalho, e essa é uma pauta importante para conversarmos e discutirmos essa relação ou essa interface entre Integralidade e Humanização. Foi só uma provocação e vou passar a palavra para Éster.

### **Maria Éster Vilela**

É um prazer estar aqui. Eu sou Consultora da Política de Humanização pela região Centro-Oeste, e nunca tive o prazer de estar a essa hora aqui no Ministério, então parabéns para essa iniciativa de coletivos para se expressarem, trocarem idéias, esse é um espaço muito importante na construção do que nós queremos.

Eu vou falar sobre a questão da Humanização e situar o cenário em que essa Política nasce. A Política de Humanização nasce em 2003, mas já existe um movimento anterior, desde a 9ª Conferência, que cita a questão da humanização. Em 2003 ela vem justamente para tentar efetivar os princípios do SUS, inclusive o princípio da integralidade, da universalidade e da equidade, com esse empenho de atendimento à demanda dos usuários por um acolhimento mais resolutivo nas suas questões de saúde e por condições de saúde dos trabalhadores.

A Humanização teve que ser desconstruída do conceito anterior em que era caracterizada como um programa fragmentado, com atitudes voluntárias de instituições que tentavam construir mudanças dentro dos hospitais mas de uma forma em que quase caiu num descrédito. Foi preciso desconstruir esse conceito anterior de Humanização como concepção de um homem ideal, um homem que sempre é bom e que todos nós estaremos em harmonia, sendo portanto um trabalho de trazer a Política de Humanização para o concreto de nossas vidas e para a nossa construção

coletiva de fazer saúde a partir de dois princípios básicos: a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão e a transversalidade,

A indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão indica que nós não vamos mudar o modelo de atenção - como o Gustavo bem falou, precarizado, alienado, burocratizado - se nós não mudarmos o modelo de gestão. Essa indissociabilidade entre a forma de nos relacionarmos com os trabalhadores, os trabalhadores com os usuários, trabalhadores com os gestores, se não colocarmos isso para a reflexão e para a transformação, nós não vamos mudar o modelo de atenção.

O princípio da Transversalidade aponta para o rompimento da lógica de caixinhas, de segmentação, de especialidades, para a construção de uma comunicação multivetorial na qual todos os atores envolvidos nessa produção de saúde construam isso de uma forma coletiva. A humanização constrói, portanto, modos de operar e de fazer para que sejam efetivados os princípios do SUS.

A Política de Humanização parte do princípio de que uma Instituição de Saúde tem pelo menos duas

finalidades: uma é produzir saúde, mas também uma outra finalidade é a produção de subjetividade dos trabalhadores de saúde e dos usuários, mudando a lógica de objetivar os sujeitos, para tornarem-se produtores de saúde. Nessa perspectiva todos os trabalhadores de saúde atuam juntos na produção de seu próprio trabalho, e com isso se co-responsabilizando com a produção de saúde, caracterizando-se como uma Política de inclusão, de produção de protagonismo, de produção de sujeitos, gerando assim mudanças na forma de relação entre trabalhadores e usuários.

A Humanização democratiza as relações interpessoais, gerando uma democratização dentro das instituições, um sistema de gestão mais compartilhado. Enquanto política, a Humanização tem um compromisso com o modo de fazer, de como isso vai se efetivar no SUS. A Humanização é um princípio, mas também uma política, porque traz dispositivos. Como nós podemos fazer isso nos cotidianos das Instituições? Das pessoas concretas que estão construindo a Saúde? Nós disponibilizamos essas tecnologias relacionais que a Humanização traz, como por exem-

plo, o acolhimento nas Unidades de Saúde, que é um dispositivo que quando implantado, quando refletido de uma forma coletiva, traz mudanças nos processos de trabalho - o trabalhador é convidado para refletir sobre o seu trabalho, para se comprometer mais, para começar a repensar outras formas de atuação e ele, portanto, faz o chamado para o protagonismo e para produção como sujeito do seu trabalho e da saúde.

Muitas Unidades de Saúde hoje estão discutindo o acolhimento, no sentido de olhar o outro como um sujeito, mas também de se produzir enquanto tal. No processo de discussão, quando as pessoas sentam, refletem sobre como está o acolhimento e o que pode ser feito nesse modo coletivo das pessoas começarem a se colocar nessa forma estética, na reinvenção as pessoas se colocam enquanto sujeitos, inventando a vida, inventando o seu significado no trabalho, e isso aumenta o seu grau de implicação, responsabilidade, de co-produção da saúde.

A Humanização vem para transformar o modo de instituição dessas relações. Não é só implantar o acolhimento mas que a Instituição seja um local de

produção de vida e de saúde, saúde para o trabalhador enquanto um encontro do sentido de seu trabalho, do que é a sua ação de saúde conectada com a equipe, com os usuários. Então essa ampliação do olhar do trabalhador, essa negociação permanente, se coloca através dos colegiados de gestão, de formas mais coletivas de discussão da produção de saúde, nas quais os gestores, os trabalhadores e usuários vão co-produzir essa relação solidária.

A Humanização vem para lançar uma nova ética de relações, uma nova forma de produzirmos saúde e nos produzirmos, o interessante é o modo de fazer, romper com essa verticalidade que as instituições têm e que alienam os trabalhadores, isolam e objetivam os usuários. Então é uma nova forma de operar, de relacionar, é um desafio, ela é um pouco revolucionária no sentido de que está incitando uma outra ordem – ela é um método de caminhar.

Como vamos caminhar juntos nessa produção de Saúde? Como vamos nos relacionar enquanto sujeitos implicados nessa produção? Considerando outros atores importantes que são os usuários, gestores, como



vamos produzir outra lógica de Atenção à Saúde, nos produzindo enquanto sujeitos e produzindo a nossa saúde inclusive? É muito difícil transformarmos os processos de trabalho, o modo como eles acontecem, que em geral são muitos verticalizados e burocratizados. Não é só a valorização de se fazer uma festa junina, uma festa de aniversário, mas na verdade a valorização do trabalhador no seu trabalho acontece quando se mudam as relações de trabalho. Aaí entramos na discussão: o que uma equipe precisa para realmente funcionar? Equipes de referências em que as pessoas sejam consideradas nos seus diferentes saberes, com a criação dos colegiados, uma escuta mais ampliada para os trabalhadores, hospitais mais abertos para os usuários.

Então trabalhamos com um dispositivo muito potente que é a discussão sobre a abertura das visitas em hospitais. Hospitais são locais de confinamento, muitas vezes os pacientes ficam isolados e duas vezes por semana tem uma hora de visita, então ampliar esse espaço da visita não só como direito dos acompanhantes e das famílias, mas também numa outra lógica do Hospital, abrir o seu olhar para o contexto de

vida das pessoas, para permear a comunidade dentro do Hospital para que ele tenha também o “cheiro” da comunidade, que ele possa ter essa marca da comunidade dentro dele. Esse dispositivo equilibra o tripé - gestores, trabalhadores e usuários - trazendo uma presença maior dos usuários dentro dos Hospitais, das Instituições, dos locais de cuidados, discutindo a questão do acompanhante dentro da necessidade de um tratamento mais integral do seu processo de saúde/doença, mas também dentro da necessidade de que o olhar do usuário e da comunidade possam transformar as nossas práticas.

Os conflitos são inerentes, mas podem ser trabalhados. Poder ver os diferentes interesses e equilibrar mais as relações de poder é o que vai proporcionar um grau de maior subjetivação nas instituições. A Política de Humanização vem nesse contexto, e apesar de todos os esforços do SUS vemos que existe uma crise na saúde e ela está justamente nesse modo de agir e se relacionar.

Eu falei um pouco dos dispositivos da Política de Humanização, de como ela trabalha ofertando para as Instituições, para as Secretarias de Saúde, a discussão

e a implantação desses dispositivos, que começam a mexer com o lugar que as pessoas ocupam, começam a incitar as pessoas a esse convite de se contagiarem com uma proposta de construir relações solidárias, vivas, dinâmicas, de conversas e inclusão: a Política de Humanização é uma política de inclusão dos saberes, dos olhares, dos sujeitos com o valor que cada um tem.

## 8.2 Considerações dos Participantes

### Participante A

Boa noite a todos! Sou médica pediátrica e sanitária, trabalho na Secretaria Municipal de Londrina, um município ao norte do Paraná com quase 500 mil habitantes. Antes de entrar na Secretaria, trabalhei na área de Epidemiologia em Londrina desde 2003, e tive muitas possibilidades e experiências que me trouxeram uma série de reflexões.

Sempre fui idealista e me voltei para a Saúde Pública em 1989. Sempre fiz determinados questionamentos das razões pelas quais determinadas questões eram para mim fáceis de compreender e para outros eram

tão difíceis, e na verdade hoje nós já tivemos muitas equipes em todos os níveis capacitadas, porque o SUS é um processo que realmente está se efetivando.

A educação em saúde, a educação a princípio continuada e agora permanente, tem ganho um espaço muito importante, mas eu percebi que muitas vezes as pessoas que nós capacitávamos, digamos assim, pensando na Integralidade da Atenção, na resolubilidade da Assistência Primária - aí eu fazia a reflexão da minha prática enquanto pediatra de uma Unidade de Saúde na era pré-Saúde da Família, de como eu trabalhava com muito menos instrumentos e tecnologia e que conseguimos fazer uma série de coisas que outras equipes anos depois não conseguiam fazer - e eu cheguei à conclusão que nós precisamos, o mais urgente possível, entender e estudar o assunto da gestão de pessoas, saber como que é realmente aquilo que vocês estavam falando, dos inter-relacionamentos humanos, de como nós lidamos com os trabalhadores, com os usuários e etc. Não me refiro à antiga temática dos Recursos Humanos, mas de ver as pessoas como integrais no seu todo.

Outro ponto que nos falta ainda, e muito, é o entendimento de que nós precisamos aprofundar o estudo do conhecimento da Saúde Mental, porque se hoje nós temos ainda a negligência que afeta a mortalidade infantil, a violência, o alcoolismo, os maus tratos em todos os níveis, o assédio moral, as depressões de trabalhadores que pegam atestados imensos, muitas vezes gerando horas extras para outros trabalhadores que sofrem de lesões por esforços repetitivos e assim por diante - se nós não nos debruçarmos sobre esses pontos, não vamos conseguir avançar muito.

Eu tive a oportunidade de refletir sobre esse tema com um Professor e Mestre em Relacionamentos Humanos, Dr. Fabrizio Rosso. Ele é consultor em São Paulo e participou de um Congresso em Londrina muito interessante, no qual ele apontava que uma das principais dificuldades em não conseguirmos que os trabalhadores da Área de Saúde mudem o seu comportamento, ajam mecanicamente em relação aos pacientes, vendo –os como peças anatômicas, é justamente porque eles não foram profissionais selecionados e capacitados para tal, mas também que muitas vezes o Serviço Público pontua uma nota sem

analisar se a pessoa tem perfil, e o perfil já vem muitas vezes de berço.

Assim, um curso de capacitação para aquele que já tem uma formação adequada reaviva aquilo que está na sua formação, possibilita uma nova compreensão e a pessoa percebe que estava fazendo diferente. Mas muitas vezes aquele profissional, por exemplo, um médico que teve que passar por um difícil processo de competição para entrar num curso de medicina, e o curso de medicina é “pesado”, a pessoa tem que estudar muito, ele sai e tem a expectativa de que se esforçou, e quer ganhar dinheiro porque quer ter uma casa com piscina, fazer viagens, e ter um carro importado, e o mercado de trabalho dele é a Saúde Pública e pior para ele “a Atenção Básica” - essa frustração é uma situação que nos deparamos na prática. E eu agora, a partir de minha experiência na Secretaria falo para vocês que nós temos que estudar todo esse processo de uma forma primorosa, os gestores tem mesmo que atentar para isso.

Então o que eu gostaria de trazer como contribuição dessas reflexões que eu fiz é que nós temos que entender cada vez mais da Gestão de Pessoas, atrair

pessoas que já tem um perfil melhor para a Saúde Pública, porque é mais difícil moldar o que não gosta a se enquadrar, e a questão da Saúde Mental que para mim passa por todas as áreas da existência humana inteira e do ciclo de vida nós temos que trabalhar Saúde Mental. Obrigada!

### **Participante B**

Boa noite! Eu sou da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e acho que nessa perspectiva da humanização e da integralidade foram citados de passagem a questão da Gestão Participativa nas Unidades de Saúde, os Conselhos de Gestão Participativas, os Conselhos Gestores de Unidade, os Conselhos Locais de Saúde com diferentes características, atualmente os próprios hospitais do Rio de Janeiro com a composição diferente que está tendo, a discussão sobre o caráter deliberativo ou não, participação ou não da Ouvidoria que também é importante que exista, enfim, mas eu gostaria de ouvir um pouco da experiência de vocês sobre essa questão.

### **Participante C**

Eu trabalho na Secretaria Técnica da Tripartite. Lembro que nós tivemos experiências muito mais interessantes do que nós vemos hoje no SUS, e isso talvez leve as pessoas às crises. Há muito tempo atrás eu trabalhei numa comunidade, num setor chamado Brasília de Palha, em que fazíamos o monitoramento de todas as gestantes, das crianças, de nutrição, a relação com as Escolas, numa Unidade que ainda não tinha o SUS. Hoje pelas condições criadas pelo SUS era para existir em todas as Unidades Básicas um trabalho muito mais avançado do que aquele que fazíamos, mas vemos ainda essa certa distância.

Dentro dos comentários sobre a Política de Humanização, e eu acredito nessa questão da Saúde do Trabalhador, nós temos a seguinte situação: se as pessoas não tiverem um compromisso será difícil atuarmos sobre a questão do perfil. Primeiro a pessoa deve ser comprometida, porque estamos trabalhando para uma sociedade como a brasileira que é tão desigual, em que não construímos a cidadania e a integralidade, o que dificulta a assistência humanizada que não seja com a intervenção de outros setores.

Tivemos recentemente uma reportagem sobre a Comunidade do Sururu e eu me coloquei como a enfermeira da Saúde da Comunidade, lidando com aquelas crianças que muitos consideram que não têm direitos por serem invasores, e fiz algumas perguntas para as pessoas do que eu poderia fazer como enfermeira, tal como: identificar a liderança que está ali, chamar o Ministério Público e fazer um pacto; os três governos tinham que se responsabilizarem e não deixar a situação como estava.

É desumano olharmos e dizermos quantas crianças morrem no local e ouvirmos as pessoas dizerem que de vez em quando morre uma dentro da lama, as crianças passando o dia inteiro trabalhando para ganhar R\$1,00. Numa situação daquela, eu fiquei pensando, como enfermeira, na adolescente com 16 anos e três filhos que vivem desse R\$1,00 que os filhos tiram de dentro da lama, e nesse momento eu pensei que se não trabalharmos com a questão da Integralidade e da Intersetorialidade, dificilmente vamos avançar. Porque o primeiro momento é termos uma Saúde Mental bem estruturada, que cuide da violência gerada a partir desses contextos de pobreza e abandono, e precisamos

criar outros parâmetros e outras perspectivas de vida.

Em relação à saúde do trabalhador, devemos nos co-responsabilizar com outros setores e trazê-los como uma Política de Estado, porque o SUS não pode ser feito se não através dessa política. Hoje temos avançado algumas questões e a Humanização também tem que ser pensada nessa questão da Intersetorialidade, porque se não construirmos a cidadania, dificilmente vamos conquistar essa humanização, a construção dos direitos como o de ter acompanhante.

Gostaria que vocês comentassem mais sobre a questão da crise, eu não vejo assim, ainda que haja caminhos a serem percorridos, temos avançado, e realmente devemos criar condições para os que têm compromisso, renovar o papel dos gestores, pois ainda não temos gestores tão qualificados ou comprometidos como precisamos e a gestão em alguns municípios tem sido verdadeiros retrocessos.

Temos acompanhado esses instrumentos da Política de Humanização que é começar do acolhimento, mas a Saúde do Trabalhador tem que ser um componente mais presente.

### **Participante D**

Sou médico do Ministério da Saúde, trabalhador de carreira, queria inicialmente parabenizar a escolha dos temas. Alguém já comentou que o oposto da Integralidade é a Desintegralidade, e na medida em que o princípio da integralidade fosse operacionalizado na sua plenitude quebraria a “espinha dorsal” do modelo de atenção predominante.

Isso é algo importante se pensarmos num modelo de saúde nosso, e esse sistema talvez tenha duas referências principais: uma inspirada no que o Eugenio Vilaça chamou de “medicina científica” e a outra expressa no informe ‘Dous’ que reflete a organização do Sistema Nacional de Saúde inglês em 1910/1920. Então feitas essas considerações, não é por acaso que temos tido dificuldades na implantação e implementação do princípio da Integralidade, e é um desafio descobriremos quais as estratégias mais eficazes. O outro ponto é em relação à necessidade de mais produção teórica sobre a questão da Integralidade - do jeito que ela está definida na Lei 8080, ela é suficiente hoje ou não? É importante abordar mais aspectos, deixar mais claro e em sincronia com a própria definição de

saúde, como resultante daqueles treze fatores condicionantes de saúde que estão na Lei 8080, aproximar mais as definições, destacar que o homem é uno e tem a dimensão biológica que é a hegemônica, mas tem a dimensão psíquica. As pessoas sonham, sofrem, tem projetos, alias é uma dimensão que nos diferenciam dos outros seres na medida em que a gente abstrai, reflete a história, da teoria, da pratica.

### **8.3 Considerações Finais dos Facilitadores**

#### **Gustavo Correia**

Quando é chamada a atenção a respeito da capacidade de resolutividade, apesar das formações, capacitações, qualificações dos processos de trabalho – isso o Paim já falava naquele velho livro “Recursos Humanos e Saúde”, sobre a incapacidade das qualificações ou das formações por si só conseguirem alterar a organização e a cultura dos serviços.

Precisamos transformar nesse sentido, criar parcerias entre o Ministério da Educação e o da Saúde, pois fica muito difícil transformar a cultura organiza-

cional quando temos trabalhadores tão precarizados e massacrados. Para quem está na ponta no SUS, há o fenômeno que é da década de 80 para cá, do aumento escandaloso do multiemprego na área da saúde, trabalhadores do SUS que muitas vezes tem dois vínculos públicos, mais vínculos com o privado e assim sucessivamente, às vezes acabam ocupando cargo de gestão também, gerando uma pulverização e massacre do trabalhador.

Ao mesmo tempo, para que esse seja resolutivo, um primeiro passo seria a valorização dos profissionais, da dimensão estética porque o trabalho tem que dar prazer, provocar o orgulho de ser médico da saúde da família, isso tem que ter um valor, um ideal, pois do contrário não somos movidos. Se o ideal na nossa sociedade tem cada vez mais se transformado num neoliberalismo a respeito daquilo que temos e somos capazes de consumir, teremos uma medicina de serviços, venderemos serviços, saúde deixa de ser direito e torna-se uma troca de serviços, então temos um problema muito sério em relação a isso.

Um outro ponto que precisamos desenvolver na Atenção Básica é trabalharmos a integralidade e a ho-

rinzotalização entre os profissionais dos diversos níveis de formação. Isso não acontece no Saúde da Família no Brasil. O agente comunitário preenche ficha A, cadastra a comunidade, a região adscrita, retorna e entrega a sua ficha para alimentar o SIAB e não participa das reuniões de planejamento, o médico continua ambulatorizado, e o enfermeiro faz os trabalhos de educação e saúde na comunidade - dessa forma não funciona.

Outro problema que enfrentamos é que o acesso à formação médica é elitizado: quem é que pode fazer um curso de medicina? São as nossas elites. Quem é que pode estudar para passar no funil do vestibular? Existem pessoas que conseguem romper esse processo, mas são raros. Quem consegue ter tempo integral para estudar sem trabalhar? Para estudar seis anos, depois fazer uma residência, é preciso ter um suporte econômico e familiar. Nesse contexto reproduzimos uma determinada cultura que é individualista e elitista, é aquela clássica divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual que vai produzindo o nosso apartheid social, acadêmico e político.

Temos que pensar nesses pontos. Não sei se é questão de cota ou não, não vou falar nem da Lei do Ato Médico, que essa é uma outra questão e nem merece comentarmos nesse momento.

Em relação à Saúde Mental, ela tem sido tratada como uma política setorial, e isso é errado: até quando vamos reproduzir as antinomias da modernidade que separou corpo e mente? E de que maneiras eu integro essas questões? Até quando a Saúde Mental vai servir meramente para nos fornecer diagnósticos psicofármacos ou psicoterápicos? E isso também é uma visão equivocada. Está havendo um maior diálogo entre a Saúde Mental, a Saúde Coletiva e Pública no sentido de ações mais integrais, podemos perceber e trabalhar de uma outra forma essas questões entre individual e coletivo, entre corpo e mente, entre sujeito e cultura, são os desafios que estão colocados.

Estamos pensando em como é que podemos transformar, essas questões tão novas para todos. Estamos num meio de um nevoeiro e tentando produzir em cima disso, e não podemos esquecer que o SUS tem 16 anos - é muito recente essa nossa construção.

### **Maria Éster Vilela**

Em relação à contribuição da Participante A, sobre a questão da mudança da forma dos trabalhadores lidarem com a questão de saúde, essa alienação, esse desgaste, esse esgotamento dos trabalhadores de saúde é um foco da Política de Humanização. Mas isso não vai mudar com a colocação de pessoas escolhidas, porque pode ser que a pessoa tenha um perfil para Saúde Pública, porém é inserida num território onde não se fomenta a grupalidade, onde os processos de trabalhos são desgastantes, alienantes e em pouco tempo essa pessoa vai estar igual ao outro. O que nós colocamos é a questão de territórios existenciais prazerosos, de coletivos que fomentam realmente a grupalidade, que fazem time, um sentimento de pertencimento de um grupo, de produção de uma obra, de um trabalho que tenha sentido e isso se faz com esse processo de subjetivação. Onde os trabalhadores, qualquer que sejam, têm um espaço para colocar as suas habilidades, as suas singularidades, e ser valorizado nesse Trabalho. Devemos partir do viés de que são os processos de trabalho e a forma como esses se organizam, como as



equipes se organizam, como as pessoas se relacionam, que vão produzir pessoas com esse perfil.

A Política de Humanização traz um grande dispositivo que é o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador, que tem uma tecnologia que se chama “Comunidade Ampliada de Pesquisa”, em que o trabalhador vira pesquisador do seu trabalho e vai começar a refletir o que tem de ruim e de bom, e analisa também em outros lugares o que acontece com o seu trabalho - isso é importante.

Essa unificação do SUS é um projeto antigo, desde a época de Getulio Vargas. Eu militei no PCB, que era do Sergio Arouca, Roberto Freire, esse projeto é antigo e simplesmente unificou o Sistema e nós temos que lutar para não acabar o SUS. O Promotor da Saúde Jairo Bizon fala que o problema do SUS é que ele é descontrolado, no dia em que controlarmos o SUS ele será o melhor Sistema. Eu vou dar um exemplo na área da Saúde Mental que eu milito: uma família com sérios distúrbios mentais, o pai morreu, a mãe morreu, a tia morreu porque não agüentou, veio uma outra tia, todos comendo fezes, bebendo urina,

nós fomos em busca de uma internação e a Diretora do Hospital entrevistou dizendo que não era para internar, isso porque temos o SUS, veja lá se acabarmos com ele. Uma pessoa quando chega a beber a sua urina, esfaqueando a irmã de 21 anos, a irmã que é louca já teve três filhos e lutamos para que ela operasse as trompas, porque ninguém iria querer adotar essas crianças com esses precedentes de loucura. Então estamos lutando, imagine se não tivermos o SUS.

Nós militamos dentro dos hospitais, vendo o que os médicos fazem, atendendo trinta pacientes de uma vez para sobrar tempo para as clínicas particulares - e isso é crime. Se você assina um contrato de trabalho com “x” hora, por favor, cumpra! Porque eu sou economista e cumpro, então eles agendam tomografia para três, quatro meses, quantas pessoas já não morreram esperando uma consulta ou um exame de tomografia? Têm profissionais no Hospital de Base pagando aos colegas para ficarem no lugar dele porque ele tem vários empregos, é o que falamos do neoliberalismo, é o capitalismo. O que falta é discutirmos a Ética e abrir a caixa preta da Saúde. Professor e médico ga-

nham por carga horária, tem médico que ganha para trabalhar 60 horas, 80 horas, 120 e 160 horas. Por favor! Cumpram a carga horária! Quem está doente tem que ser consultado na hora e não dá para esperar cinco meses, e tirar uma tomografia daqui a dois anos, ninguém é Deus, eu tenho coragem de falar e se não quiserem eu não venho mais, mas eu milito há 30 anos e sei de muita coisa.

### **Gustavo Correia**

Para darmos um certo retorno ao que você está falando, temos pensado em algumas questões interessantes para justamente melhorarmos esses problemas. Primeiro a questão da Responsabilidade Sanitária, isso tem sido um tema muito debatido em relação ao Município e aos Secretários Municipais e temos tido algumas questões interessantes de apoio do Ministério Público, que tem trabalhado cada vez mais com a questão do Direito Sanitário e ganho algumas realizações. O pessoal do movimento de Políticas do DST/Aids já descobriu esse caminho e consegue ter esses direitos preservados. Só para responder à questão da produção da Integralidade, a forma como a trabalha-

mos... é no sentido dos modos pelos quais o SUS tem se apropriado da idéia, da noção de Integralidade, por isso que o LAPIS tem se concentrado nas práticas.

Se pensarmos nas origens da Integralidade quando lemos o Relatório Dalsonos, princípios da Reforma Sanitária, o movimento da Medicina Integral, da Saúde Coletiva, ou seja, temos algumas origens conceituais da noção de Integralidade, até mesmo a idéia de Atenção Primária à Saúde. Enfim, temos uma série de noções que se articulam e pensam de um lado numa concepção de sistema e de outro lado uma concepção do processo de saúde e doença mais abrangente, com diversas filiações teóricas.

### **Maria Éster Vilela**

O SUS realmente teve avanços grandes, o maior sistema de inclusão social do mundo chama-se Sistema Único de Saúde, mas temos desafios grandes também, e o maior deles atualmente é o da humanização das relações de trabalho. Um Hospital aonde o Médico não vai, tem uma política de privilégios que endossam isso, dentro daquela instituição isso está autorizado, e quando esse modelo de atenção é de consulta médica

de produção, de procedimento, é possível fazer isso em massa.

Quando a Política de Humanização coloca a questão de novas formas de nos relacionarmos para uma produção mais coletiva junto com trabalhadores, gestores, usuários, para aumentar o grau de comprometimento com a produção de saúde e com a nossa produção enquanto sujeito, é para justamente não cair e romper com essa lógica instituída hoje, em que você trata com objetos em que a produção de saúde é em série, de baixa qualidade, de baixo comprometimento.

Respondendo a questão da intersetorialidade, quando falamos na noção de clínica ampliada estamos lidando não com doenças, mas com sujeitos que estão dentro de um contexto, com suas vidas, seus desejos, seus afetos, sua realidade, você está instituindo nas equipes de saúde a discussão sobre a ampliação das clínicas, e levantando perguntas: Por que as pessoas adoecem? O que podemos fazer? Isso necessariamente chama para intersetorialidade, porque o problema de saúde tem que ser conversado com o pessoal do meio

ambiente, da escola e isso tem acontecido, isso não é utopia, isso chega a uma realidade porque tem equipes de saúde que estão implantando um dispositivo da Política de Humanização que é a Clínica Ampliada com projetos terapêuticos singulares e coletivos.

Quando pensamos num problema de saúde com uma equipe, nós realmente juntamos os saberes, inclusive o do Agente de Saúde que é específico. Quando trabalhamos com essa lógica e esse objeto de trabalho ampliado, é a clínica do sujeito e não a clínica da doença, então casamos Integralidade e Humanização, que são complementares.



# PROMOÇÃO DA SAÚDE



Rosilda Mendes  
Dais Gonçalves



## 9 PROMOÇÃO DA SAÚDE

### CAFÉ COM IDÉIAS – SETEMBRO DE 2006

Data: 28/09/2006

#### **Rosilda Mendes**

Doutora em Saúde Pública, Coordenadora do CPDOC da USP (Universidade de São Paulo)

#### **Dais Gonçalves**

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal de Goiás

### 9.1 Falas Iniciais das Facilitadoras

#### **Rosilda Mendes**

É um prazer estar aqui nesse espaço, para um diálogo sobre a Promoção da Saúde. Eu e a Dais não combinamos quemalaria primeiro, mas certamente temos muitos pontos em comum. Nós trabalhamos juntas na promoção da saúde, somos militantes da promoção da saúde.

A promoção da saúde é tema atual, isso está colocado e parece bastante óbvio. Então, primeiro vamos discutir isso - porque é um tema que se aquece na atualidade. Depois, falaremos um pouco do próprio conceito: o que entendemos sobre promoção da saúde? O que é esse movimento da Promoção da Saúde? Em seguida, abordar sobre os conceitos. A terceira questão, a Cesarina aborda um pouco no seu livro, que é a questão dos quase conceitos, ou seja, onde nós temos muitas dúvidas e onde ainda não temos unanimidade. É interessante falarmos sobre isso também. Uma outra questão que se coloca, é a da própria política de promoção da saúde, de como isso está sendo desenhado

hoje no Brasil pelo Ministério da Saúde e por diversos organismos e organizações. Por fim, a questão da avaliação em Promoção da Saúde.

Primeiramente, este é um tema da atualidade. Promoção da Saúde é um tema atual, principalmente, porque há uma crítica muito grande ao próprio modelo de orientação curativa e de orientação da biomedicina. É claro que se coloca uma possibilidade, ou melhor, a importância de estarmos discutindo a saúde sobre outra perspectiva. E que perspectiva é essa? Partimos, primeiramente, do sentido positivo para a saúde, ou seja, a saúde produzida no dia-a-dia das pessoas. E isso parece bastante óbvio para nós. Mas é sempre bom reafirmar, em outras palavras, que as condições sociais são a base para o padrão sanitário de um povo. Já discutimos isso e a própria Constituição coloca isso claramente.

Essa inter-relação entre saúde e condições de Vida não é nova, vem desde a origem da Medicina Social. Nos séculos XVIII e XIX já se colocava a questão de que, ao lado dos fatores físicos e biológicos, fatores sociais e econômicos eram importantes na determinação

do adoecimento. Então, isso não é novo, é claro que os efeitos das condições de vida sobre a saúde ganharam novos contornos, principalmente, a partir dos anos de 1970, com a própria declaração de Alma-Ata, que traz elementos importantes e discutem a atenção primária à saúde, o próprio Lalonde, um relatório canadense que discute todos os fatores indispensáveis ao bem estar dos indivíduos e à equidade em saúde, essas são questões relevantes quando discutimos promoção da saúde.

Uma outra questão que diz respeito ao próprio conceito da promoção da saúde, em um processo de retrospectiva histórica. Desde os anos 40, fala-se da promoção da saúde como uma das tarefas da medicina. A primeira tarefa da medicina é a Promoção da Saúde; a segunda tarefa, a prevenção; a terceira tarefa, o tratamento e a última, reabilitação.

Recentemente, esse conceito de promoção da saúde foi fortalecido por um conceito que muitos de nós formamos nele, que é o da história natural das doenças. Como a promoção da saúde nessa história natural das doenças era o primeiro nível da prevenção, então,



ele fazia parte do nível primário da prevenção; ele enfoca a história natural das doenças, o esquema de Nill e Clarck, que enfoca a promoção da saúde nesse nível primário, com ênfase na educação sanitária. E isso influenciou e ainda influencia, até os dias de hoje, muitas práticas de promoção da saúde. Então, a crítica que se faz com o comportamentalismo da promoção da saúde, muitas vezes, vem dessa raiz e desse modelo da história natural – não podemos esquecer disso.

Nessa definição mais contemporânea da promoção da saúde, trazemos outros elementos, ou seja, a promoção da saúde entendida atualmente não se constitui em um nível específico de atenção. Essa é a primeira questão e tão pouco se situa no nível da prevenção que são coisas diferentes. Mas, o que é, então, a promoção da saúde? Como é que ela se coloca nos dias de hoje? Avalio que a saúde tem uma determinação social, essa é uma primeira questão; a segunda questão, que é bastante importante, é que a promoção da saúde vai pressupor uma combinação de ações, que vão ser desenvolvidas por diferentes setores do governo e da sociedade civil, em busca da melhoria das condições de vida e em função da melhoria da

qualidade de vida das populações. Essa é uma questão muito importante.

O grupo de trabalho da Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) tem discutido a promoção da saúde. Em um documento produzido por essa associação, consegui recuperar uma parte que diz o seguinte: existem vários campos de intervenção da promoção da saúde e, talvez, podemos dividi-los em quatro grupos e isso facilitará a visualização de como a promoção da saúde é entendida. Há o enfoque mais individual, que focaliza o desenvolvimento de capacidade e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos; uma esfera mais coletiva, com foco na universalização dos direitos com equidade e um terceiro enfoque, que é a esfera institucional, ou seja, é um enfoque da gestão, a transformação da cultura da gestão e, assim, entra um elemento importante que é o da intersetorialidade e do fortalecimento das redes sociais e o foco da esfera ambiental. Com isso, apresenta-se toda a discussão do desenvolvimento sustentável, onde a promoção da saúde tem uma grande contribuição.

Como a Dais falará sobre a Política, proponho trazer uma discussão que, talvez seja o nosso grande desafio, diz respeito ao que coloquei dos quase conceitos de promoção da saúde que tem uma ampla conceituação. Ao falamos de promoção da saúde nos referimos há algo que diz respeito à própria noção de vida, ou seja, promover a saúde é promover a vida e, além disso, entram outros conceitos como, por exemplo, autonomia por estarmos nos inserindo em um campo de valores do empoderamento, a questão da qualidade de vida, a questão da transdisciplinaridade e da transetorialidade e, assim, entramos num outro campo conceitual, onde não temos muitas respostas, mas o nosso grande desafio ao pensamos na gestão da Promoção da Saúde é justamente se debruçar sobre esses conceitos e verificar como é que isso tem se dado na prática e como isso auxilia na formulação da política da promoção da saúde. Essas são algumas considerações para começarmos.

### **Dais Gonçalves**

Trabalhei um período aqui no Ministério, em duas Secretarias: a de Gestão Participativa e na Vigilância

em Saúde. Temos tão poucos espaços como esse no Ministério, onde se possa sentar e produzir sentido sobre o que se faz. O cotidiano das viagens não permite o estreitamento de vínculos e a atualização sobre os acontecimentos.

Alguém já ouviu falar quando foi pela primeira vez que se estruturou uma área de promoção da saúde dentro do Ministério? A primeira vez que o Ministério da Saúde estruturou uma área pensando na implementação desse ideário, esse conjunto de conceitos associados à promoção da saúde que a Rosilda falou, temos trabalhado com uma polissemia de significados e cada vez que vamos falar da Promoção da Saúde, temos que especificar de que promoção da saúde, falamos. Porque há uma diversidade e uma dependência da sua concepção – você vai trabalhar com um instrumental diferente, então é importante se posicionar nesse sentido, por isso que se gasta um precioso tempo na abordagem dos conceitos da promoção da saúde. Então, quero perguntar a vocês: alguém sabe me dizer quando se começou a estruturar uma área específica para pensar a institucionalização da Promoção da Saúde dentro do Ministério? 2002? 2003?

A promoção da saúde entra no Ministério, o Gestor Federal investe na promoção da saúde em 1998, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi oficializada numa portaria naquele ano e oito anos levamos para a promoção da saúde sair de um projeto, que foi implementado na Secretaria de Política pelo Dr. João Lúnes. Nessa ocasião, começa a se pensar que o SUS (Sistema Único de Saúde) veio. Temos o arcabouço institucional do SUS, mas de que Saúde nos referimos? Que Saúde nós queremos produzir nesse país? Sempre aquela discussão, o Ministério da Saúde é mais “Ministério da Doença” do que da Saúde.

Em 98, se estrutura aqui no Ministério um Projeto, compõe-se uma equipe técnica para tentar traduzir o que seria a promoção da saúde na visão do gestor e com o papel de formulador que o Ministério tem, ele iria capilarizar isso para os Estados e Municípios. Não é essa a principal missão do Ministério? Formular política, desencadear processo e monitorar. Então, nesse mesmo ano (1998), foi estruturada uma equipe que tenta traduzir isso. Lança-se uma Revista de promoção da saúde; realiza-se o primeiro Fórum Nacional de

Promoção da Saúde, em 1999, mas, com várias mudanças administrativas, o objetivo não foi alcançado. Tivemos o esboço de uma Política em 2002, tem um documento preliminar com vistas a Institucionalizar uma política do Ministério da Saúde para a promoção da saúde, mas não conseguimos a sua regulamentação. Na atual gestão, a política foi extinta após a reestruturação administrativa do Ministério da Saúde e, com isso, a gestão do projeto da promoção da saúde que ainda era vigente, acaba sendo transferida para a Secretaria Executiva.

Portanto, a partir daí, se começa a discutir a relação entre a promoção e o cotidiano dos municípios e das unidades. A Secretaria Executiva começa a pensar como dialogar esse ideário da promoção da saúde com o nosso SUS e da proposta da Reforma Sanitária com o SUS que nós tínhamos hoje. Desde os anos de 2003/2004 foram realizadas oficinas em diferentes locais, muitas aqui em Brasília, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de

Saúde (Conasems) e Instituições de Ensino e Pesquisa para abordarmos temas como: de que promoção da saúde falamos aqui e o que o Ministério da Saúde pensa da promoção da saúde? O que nós vamos fazer para estimular? O que isso significa no cotidiano dos serviços? Porque essa promoção fala de ambiente, de política – muito macro – e no produzir saúde na especificidade do setor saúde?

A Rosilda fala muito em como é importante haver uma articulação e uma parceria no desenvolvimento de ações, em conjunto com outros setores, que não exclusivamente o setor saúde. Mas, como é que nós, aqui do setor saúde, vamos resgatar o que nos é específico – o que tem haver conosco esse ideário.

Ficamos até 2004 na Secretaria Executiva, e com a mudança do Ministro e do primeiro escalão, que muitos aqui acompanharam, essa área sai da Secretaria Executiva e vai para a Secretaria de Vigilância. Estava nesse grupo na Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS, e lá temos a missão de formular a política. Mas se você pesquisar as políticas das diferentes secretarias, praticamente todos os documentos nos mostram que

muitas Secretarias não têm uma política explícita, mas alguns planos de trabalho. Então, descobrimos que todo mundo fala de promoção da saúde e com diferentes significados.

O primeiro trabalho na estruturação da política foi considerar essa discussão acumulada, desde 1998, dentro do Ministério da Saúde, e resgatar do nosso Plano Nacional de Saúde – da atual gestão que falava de promoção da saúde – todas as políticas para área da saúde mental, da saúde da criança, saúde do idoso e saúde da mulher, com todos eles abordando a promoção da saúde.

A partir daí, a primeira coisa que fizemos foi compor essa agenda. Então, para entenderem essa política que agora foi regulamentada no ano de 2006, oito anos depois da sua entrada, enquanto uma área específica do Ministério da Saúde – nós vimos os desafios de congregar as diferentes agendas, tentar expressar e constituir um plano de trabalho que pudesse ser essa política – nos mostra que ela não tem *locus* numa única área do próprio MS. Essa política deve ser transversal e permeável em todos os órgãos.

Neste ano, com a regulamentação e oficialização da política é criado o comitê gestor da política. Então eu queria provocar um pouco a cada um dos presentes: o que a sua área tem haver com isso?

Ao analisar o Pacto pela Vida – estamos com o Pacto de Gestão – onde entrou a promoção da saúde; Estados e Municípios, Regiões Brasileiras terão espaços, *loco regionais* que vão apresentar a sua proposta para a área da promoção da saúde, nesse sentido é importante refletir da importância do estímulo à atividade física, da importância do conjunto de ações, que estão muito “linkadas” com o primeiro bloco que a Rosilda colocou da compreensão da promoção da saúde – aquela visão como uma mudança de estilo de vida e nós precisamos resgatar.

Querida desafiar a equipe do DAD para falar um pouco mais sobre isso, de como vamos desafiar cada gestor, cada representante do conselho municipal e estadual que está sentado conosco, os gerentes e técnicos; como vamos utilizar as tecnologias, os conceitos e princípios da promoção da saúde que tem haver com a gestão participativa. Porque o princípio da promoção

da saúde, na perspectiva do enfrentamento dos seus determinantes, para pensar na participação das pessoas, fazer políticas e definir prioridades com as pessoas com os diferentes segmentos que constituem o nosso país – e nós também dentro desse ideário da promoção da saúde, comprometida com o enfrentamento dos determinantes. Ela também pensa que estruturar um jeito de produzir saúde que considere os outros setores, que faça uma parceria intersetorial, e para isso tenho que saber trabalhar em rede.

Então, o DAD, nessa questão do cuidado, no apoio à descentralização, e as outras áreas que estão presentes, e já fazem o pacto – o pacto pela redução da mortalidade feminina e materna; temos que dialogar com o movimento feminista, com ONG’s, representantes dos Conselhos, Gestores, Gerentes, Trabalhadores e outros setores. Atualmente, temos uma agenda da Saúde Pública Brasileira com velhos e novos problemas, e esses problemas têm que ser trabalhados nessa perspectiva intersetorial. Mais do que ir para essa discussão, quero recordar como reorientar e trazer isso para cá. É fundamental pensar como vamos con-

tribuir, concretamente, para o saúde da família trabalhar na perspectiva da promoção da saúde. Então, a reorientação do serviço na perspectiva da promoção da saúde se constitui em desafio.

Ontem, participei de uma banca que analisava o processo da inclusão da Saúde Bucal no Saúde da Família, em Goiânia. Foram ver os obstáculos, os facilitadores, como os processos se deram à visão dos diferentes atores que influenciaram nesses processos, e o desafio que está colocado de fazer a intersetorialidade no âmbito local, como mudar a concepção dos profissionais – de que ele tem que trabalhar nesse modo de viver das famílias e de como fazer uma proposta terapêutica considerando o contexto da família.

Então, acho que temos muita coisa para refletir sobre como instrumentar a promoção da saúde, as tecnologias que têm sido operacionalizadas na promoção da saúde; poder trabalhar na perspectiva de promover saúde e qualidade de vida e não ficar correndo somente atrás da doença. Enfim, acho que isso é apenas para começarmos a nossa conversa.

## 9.2 Considerações dos Participantes

### Participante A

Esse tema é extremamente instigante e mexe muito com o conceito que nós trazemos. Quando falamos em promoção da saúde, pensamos em palestras no posto. Então, precisamos fazer a discussão sobre o que entendemos hoje por atenção? Eu estava conversando com uma colega de que, quando pensamos em Promoção, logo pensamos em ambientes verdes.

Por a violência estar na Vigilância, eu vejo o número de óbitos que aumentam ou reduzem, os números de internações por agravos violentos e não vemos isso enquanto qualidade de vida, enquanto promover saúde também.

### Participante B

Vou lançar uma questão para as facilitadoras, pegando um pouco dos elementos que a Rosilda traz. Não sei se consegui captar a discussão dos campos que você coloca de uma dimensão coletiva: a questão da gestão, a questão dos fortalecimentos das redes e

a questão ambiental. E você colocou, no início, que a promoção da saúde se aquece um pouco na atualidade, na perspectiva da discussão de política pública, efetivamente, de sair de uma discussão periférica para o centro da política.

Assim, gostaria que vocês tentassem destacar, sob o seu ponto de vista: quais os pontos de dificuldade para que a promoção da saúde seja incorporada como um eixo de qualificação na gestão? Esse é um ponto que acho importante identificar. E a outra coisa é quando se consegue colocar a discussão da promoção como um eixo qualificador dessa política e dessa gestão. Qual desses componentes é o que mais se aproxima da possibilidade de se fazer algo? Porque não são todos. Eles não são iguais e têm tempos diferentes e dimensões que são bem particulares. Discutir isso na dimensão da gestão é uma coisa, mas quando pensa na discussão do coletivo, da intersectorialidade, já tem outros atores envolvidos. Então, não é algo que se qualifique ou se fortalece ao mesmo tempo. Enfim, queria que, se possível, vocês comentassem um pouco essas questões que levanto aqui.

### **Participante C**

Meu nome é Isabel, trabalho no Departamento de Apoio à Descentralização (DAD). Gostaria de saber um pouco da Rosilda sobre esse projeto CPDOC, que são Cidades Saudáveis. Tenho a impressão que é um movimento mundial e que coloca o que o Participante A<sup>1</sup> falou inicialmente, que a Saúde extrapola o campo da saúde, propriamente dita. Acho isso extremamente importante – mas é difícil de se chegar, pois se levamos um tempo para trabalhar isso dentro da própria área da saúde, acho que será mais difícil conseguir fazer com que isso chegue em outros setores. Assim, gostaria de saber um pouco desse movimento das cidades saudáveis.

### **Participante D**

Boa noite a todos! Eu me chamo Otaliba Libânio, sou Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância, atualmente estamos funcionando como articulador ou uma instância

---

<sup>1</sup> As considerações do Participante encontram-se, nesse texto, no Item 9.2 “Considerações dos Participantes”.

executiva da Política Nacional de Promoção da Saúde aqui no âmbito do Ministério da Saúde.

Não sei se todos vocês sabem, mas, em 30 de março desse ano, o Ministro da Saúde publicou uma portaria que apresenta e sistematiza oficialmente a Política Nacional de Promoção da Saúde. Foi uma construção coletiva no âmbito do Ministério da Saúde com as várias Secretarias, em especial a SVS (Secretaria de Vigilância à Saúde) e a SAS (Secretaria de Atenção à Saúde), e com a participação muito importante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.

Então, do fruto dessa articulação e mobilização, temos o produto que é a Portaria que instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde. E como desdobramento dela, temos, hoje, um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Desse Comitê Gestor fazem parte praticamente todas as Secretarias e Órgãos do Ministério da Saúde. A Cristina Buareto que é Diretora do Dape (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas) é uma das componentes do Comitê Gestor, assim como eu, como outros direto-

res de departamento e representantes das Agências; a Idéia desde o início, o fato de ser uma articulação dentro da SVS, em momento nenhum achamos que ela se restringe à concepção de Vigilância. Nós comungamos muito com o que a Dais e a Rosilda expressaram, que é a Política de Promoção da Saúde quanto à busca de um novo modelo assistencial, como a busca de um novo olhar, de como fazer a saúde e de como a saúde se articula com os vários outros setores e áreas para a promoção de qualidade de vida – esse é o eixo da política. É claro que na política focamos algumas prioridades, temos na política as prioridades focadas para os anos de 2006/2007, tem a questão da Alimentação Saudável, da Promoção da Atividade Física, da Prevenção da Violência no Transito, da Violência Interpessoal, da Construção do Desenvolvimento Sustentável – são alguns focos prioritários.

Mas a Política não se restringe a esses focos, várias iniciativas, das várias áreas do Ministério da Saúde, estão contempladas dentro da política de promoção. São iniciativas no âmbito dos Municípios, Estados e Atenção Básica que estão contemplados dentro da Política de Promoção da Saúde. Portanto, é um grande



conciliador das várias iniciativas, dos vários conceitos e das várias articulações. A política acabou sendo um capitalizador tanto para Estados, Municípios, Universidades, ONG's – no sentido de que o Ministério da Saúde deu a partida, e agora a coisa se dissemina. Então, acho que esse é um aspecto importante.

### **Participante E**

Gostei da história que a Dais fez da Promoção da Saúde. Ainda não conhecia e achei muito interessante. É muito importante localizarmos isso. Estamos trabalhando várias atividades; pensamos no papel do Gestor Federal – nesse incentivo. Sabemos que cada um tem um papel e uma importância, e também como fazer a promoção com os implicados, sem ser prescritivo. De como trabalhar essa questão potencializando o que os grupos têm, então, estamos indo nessa direção do trabalho.

### **Participante B**

Vou voltar a um ponto que vocês colocaram no início, que é a questão da perspectiva de se construir um modelo que tenha como um dos eixos estruturan-

tes, a promoção, com todas as críticas que se faz e os elementos do modelo biomédico que é um modelo de formação de todos nós.

No que pese as críticas que tenhamos sobre ele, ele é uma base forte de nossa formação, e ao observamos a necessidade de mudança ou de qualificação dessa nossa prática, acho que esse é um avanço considerável. Mas queria que vocês fizessem um comentário: como é que poderíamos fortalecer essa relação do que tem de importante e fundamental, e um modelo da biomedicina? E que elementos existentes no modelo de construção da promoção podem dar uma ação de peso?

Posso estar enganado, mas acredito que não existe tudo de ruim em algo, nem tudo de bom em outro elemento. Acho que existem elementos que são importantes de serem ressaltados em um, e o que precisa ser mudado, ou não utilizado – tem que ser colocado, entendido e criticado, porque efetivamente essa visão da fragmentação é um processo estruturado historicamente. Ela é reproduzida por nós mesmos, no desenho da instituição, na forma de lidar, no processo

de trabalho, na segmentação das coisas, até para se ter controle de alguns processos – acho que seria importante.

### **Participante E**

Acho que o grande entrave que tivemos na construção com a Promotora foi a afinidade de discursos, foram meses de reuniões com os professores e profissionais de saúde. Explicar e discutir o que nós da saúde estávamos falando e o que a educação queria, foi também um momento em que tivemos que ouvir e falar muito para chegar ao mínimo de coerência e propostas comuns com o mesmo discurso.

O discurso da saúde tem um formato que as pessoas que não estão dentro não conseguem entender e da educação também, levamos uns quatro a cinco meses para entender o que um estava tentando dizer o para outro. Então essa questão do discurso é um elemento importantíssimo na construção da promoção da saúde.

Esse processo da escola, é que nos levou há refletir um pouco sobre o que é que a gente diz. O que

é o que a gente escuta. E como, é que chegamos ao consenso de que realmente é aquilo. Então, isso era o que queria abordar: o que é a questão do discurso; da fala; da compreensão; de como avançamos depois que conseguimos entender o que o outro diz.

### **Participante F**

De tudo o que falaram, eu entendi que o Participante B não falou em polaridade, ele não colocou uma questão que é a minha angústia. Não é polarizar, é como aproveitar o que tem de positivo, uma complementar a outra – falamos nisso sem deixar muito claro, nem vamos deixar, porque isso não tem uma resposta clara. Vamos continuar só comentando e provocando sem chegar num acordo ou consenso, e é bom não chegarmos, porque trabalhamos com as diferenças.

Mas esse consenso que a Participante E falava, não era disso que ela falava, a idéia é muito mais de entender as diferenças e trabalhar com ela do que chegar a um consenso. A outra coisa que também me mobilizou muito, é quando a Dais fala na questão de arru-

mar a casa – acho que precisamos sair, atropelar e arrumar a casa. É o que falávamos o tempo inteiro – que precisamos trocar o pneu, com o carro em andamento. Então, o que temos hoje não exclui a promoção da saúde, até porque vivemos um momento de transição, e que esses conceitos que temos hoje da promoção são dinâmicos – mutáveis.

### 9.3 Considerações Finais das Facilitadoras

#### Rosilda Mendes

Uma questão está relacionada à outra. Acho que o participante B coloca uma questão que, na verdade, a experiência é quem mostra que temos cada vez menos certeza das coisas. O Edgar Morin fala que vivemos num mundo das incertezas e, quanto mais temos experiências, parece que mais dúvidas nós temos.

Quando você coloca essa questão das dificuldades de pensar – como isso se insere e entra na gestão. Acho que poderíamos listar uma série de fatores. Na verdade, não é só um campo, e um deles é essa esfera mais

operativa da promoção da saúde que é a própria intersetorialidade ou transetorialidade, que são os quase conceitos a que me referi anteriormente, que são conceitos difíceis – ainda de conseguirmos entender e operacionalizar. E, digo isso, não só para fora do setor saúde, mas, digo internamente ao setor saúde – e a própria Dais colocou isso. Essa é uma questão, que de fato se coloca, de como operamos nesse nível da articulação, que não é só a articulação política, mas a articulação dos saberes e das práticas. Enfim, operacionalizamos uma série de processos.

Uma outra dificuldade diz respeito a outro campo operativo e conceitual da promoção da saúde, que se refere à participação. Quando colocamos no campo da saúde, temos diversas análises sobre a dificuldade de operar a participação. Ao pensarmos em uma ação de promoção da saúde, logo pensamos na participação e na integração de diversas formas que se dão no nível local, que é a questão da Cidade Saudável, por exemplo. Este é o pressuposto de que se produz a saúde socialmente, com os diversos atores que estão envolvidos no território, ou seja, pensar a participação

de todos esses atores é um outro campo de dificuldade que temos e que está colocado no próprio conceito e na operacionalização da participação efetiva. Essa é uma outra dificuldade que se coloca.

Tem uma questão que também vem sendo discutida e, talvez, a Dais possa colocar um pouco disso. É sobre o que diz respeito à nossa própria capacidade de operar tudo isso, que diz respeito à formação, à criação das capacidades e habilidades para pensarmos tudo de forma integrada. Acho que o setor saúde é muito complexo para ser operacionalizado, e quando levamos isso para um campo da gestão social – porque a Cidade Saudável prega a gestão social do território – isso se eleva e vamos ter outras questões, porque vão ser colocadas outras complexidades no campo de uma gestão que é mais ampla do que isso.

### **Dais Gonçalves**

Vou falar um pouco sobre formação, coisas que fazemos e buscamos fazer na pesquisa. Quero reportar a minha experiência de gestão municipal e gestão de pouco período aqui no Ministério da Saúde – mas posso falar um pouco mais sobre barreiras. Quero

destacar e apontar que um dos aspectos que podem favorecer é a questão da gestão. Primeiro, em função de que uma questão fundamental é a fragmentação da administração pública, e não vou nem falar que o recurso já vem para a saúde e para a educação. Quero falar da casa – a nossa fragmentação setorial, a Vigilância que não fala com a Atenção Básica, que não fala com o Controle e Avaliação. Então, temos uma dificuldade enorme dessa integração, a fragmentação do fazer, do operacionalizar, dos planos, da dificuldade de fazer até conosco mesmo, constituir um comitê gestor.

Outra questão é o instrumental do nosso fazer, somos muito bem qualificados para intervir sobre as consequências das doenças, sobre o procedimento, os equipamentos, a qualificação do que fazer, mas como trabalhar com habilidades que exigem da natureza da comunicação, da articulação, da mediação, da negociação e da pactuação? Então, são habilidades que dizem respeito aos seres humanos mais humildes, com pensamento de que eu posso fazer mais que o outro, que vai na “contramão” da sociedade, como hoje está

configurada, que aposta no individualismo. Nós mesmos pensamos assim: o que eu sei vou dividir com o outro? Os recursos, de que falo, não são apenas os financeiros, é o recurso do saber e dos tipos de poder que nós temos. Então, essas são algumas coisas que são difíceis de mudar nesse cotidiano da gestão. Criar espaços como esses, onde poderemos estabelecer relações pessoais, agregar e buscar convergências de fazeres. Esse é o grande desafio de descobrir consensos provisórios que sejam provisórios, mas para fazer mais.

Então, no momento, no âmbito da gestão municipal, onde a saúde é a “irmã” rica, é ótimo fazer parceria da saúde com o esporte, o lazer e a cultura. Mas, quanto é que a saúde põe? Esse é um desafio que está colocado, o de fazer compartilhar os recursos que não são só financeiros. Acho que essa escassez de recurso, ao mesmo tempo em que ela é um limitador, por outro, ela é um estimulante e um facilitador, porque cada vez mais temos que fazer mais com menos.

Como falei, a agenda velha da saúde pública, das infecciosas que ainda temos que resolver vários problemas e do envolvimento dos agravos e das não trans-

missíveis, temos que fazer mais com menos recursos. Então, para fazer mais com menos recursos temos que somar. Temos que somar habilidades, conhecimentos, recursos financeiros, trajetória, temos que aprender com determinadas áreas que avançaram nessas articulações, como a turma da política da AIDS, aprender a conseguir compor e aprender avaliar, comunicar e a trabalhar com a não governamental.

O que temos que aprender com a saúde mental? O que temos que aprender com diferentes áreas que já conseguiram se estruturar nessa perspectiva de trabalhar e fazer junto. Então, penso que nessa questão eu focaria muito nas reflexões sobre o nosso processo de trabalho de gestão, e nessa gestão como compartilhar, ter espaços de negociação e instância de colegiado em que nós pudéssemos tomar essa decisão conjuntamente.

### **Dais Gonçalves**

A primeira questão que gostaria de responder é a do Libânio, nesse papel da política. Eu que trabalhei na construção da Política junto com a Martha que está aqui, com o próprio Libânio e outras pessoas aqui,

Cristiane, Adriana. Um grupo que se debruçou para traduzir, recuperar a construção, que já se tinha, de discussão das oficinas que aconteceram, de que promoção da saúde estava sendo falada.

Recuperado o Plano Nacional de Saúde, das políticas específicas setoriais do Ministério da Saúde. Essa convergência de agendas que tentamos fazer na política não é a dos nossos sonhos, posso falar que foi muito difícil aceitar as limitações enquanto técnica que contribuiu na formulação – foi muito difícil esse processo de negociação do possível entre o desejável e o confronto com essa realidade. O que é possível?

Estou muito feliz com os desdobramentos que tenho visto do possível, não quero nem falar das Secretarias Estaduais – venho do Estado de Goiás, e a nossa coordenadora da Atenção Integral à Saúde já recebeu vários prêmios, implementou várias coisas na área da integralidade e vai direto para o Canadá onde tem consultores para estudar a promoção. Ela nunca pensou em fazer uma Política Estadual de Promoção da Saúde – de como isso se traduziria. Articulou-se mesmo no final de governo, e para o estado tem que dizer que veio

nessa questão da promoção. Então, ela tem um papel indutor? No meu ponto de vista: tem sim.

E quero dar o exemplo de como presenciei uma turma de 2º período de Enfermagem, traduzi cada eixo da Política Nacional de Saúde em sala de aula em formato de folder, cartaz ou uma cartilha, traduzi isso para a população com quem elas atuam nos estágios na área de saúde coletiva, traduzi cada um dos princípios, a agenda da promoção da saúde para a população e muitos deles, usuários não escolarizados, então, que tem um papel indutor a Universidade, tem e que dizer a que veio.

O próprio processo do Pró Saúde da reorientação da Atenção a Saúde tem isso de forma bem clara. Portanto, tem que considerar a Política Nacional de Promoção da Saúde o papel indutor dela como desencadeador, precisa estar presente, e a presença no pacto é fundamental para o gestor, para o gerente e para quem já estar sensibilizado. E para essa questão cobrar do seu gestor e do seu gerente, problemas que nós temos nessa questão: dificuldades de produção de evidências da efetividade da promoção da saúde.

Como disse a Rosilda nós utilizamos múltiplas estratégias para trabalhar a promoção da saúde no dia a dia, então como designar que aquela estratégia foi mais efetiva?

Nós temos um desafio colocado para a nossa agenda, que foi a Secretaria de Vigilância em Saúde desenvolver uma serie de mecanismo para induzir nas Instituições de Ensino e Pesquisa Brasileira estudos e pesquisas sobre a produção de evidência da efetividade da promoção da saúde no Brasil.

Participamos de um seminário enquanto Universidade Federal de Goiás e outras tantas do Brasil para discutir metodologias de avaliação, e a qualificação as nossas metodologias. Um dos trabalhos que até foi lançado na Abrasco foi o da Avaliação Participativa de Municípios, Comunidades em ambientes saudáveis, a trajetória brasileira, memórias, reflexões e experiências.

Um outro processo se desencadeou foi de incentivar projetos de pesquisas com algumas instituições sobre avaliação de intersectorialidade, de integralidade na perspectiva de gestão integrada de políticas públi-

cas por ciclo de vida. Então, como avaliar as diferentes tecnologias da promoção da saúde?

É isso que temos que nos perguntar: está implementado, monitorado e sistematizado, o que está feito e avaliado? Acho que esse é um grande desafio que temos para dar respaldo e avaliar o desdobramento dessa política, o impacto que teve a Política Nacional de Promoção da Saúde junto as diferentes instituições no âmbito dos Estados, Municípios e das Instituições de Ensino e Pesquisa. Penso que inicialmente para essa questão, esses seriam os principais aspectos que gostaria de destacar.

E dizer ao Participante B que nós não estamos mais no mundo de polaridade, não podemos falar que é isso ou aquilo, o exemplo que eu queria dar e até provocar a Rurany, que está aqui presente, que é da área da Saúde da Mulher, como foi em Goiânia na gestão municipal quando tentamos a assistência com a promoção na área da saúde com as crianças portadoras de necessidades especiais que por algum transtorno de desenvolvimento precisariam de atendimento psicológico.

A primeira coisa que a escola faz no momento que ela tem alguma criança com transtorno de aprendizagem é medicalizar: isso é transtorno mental! Então, como você não medicalizar essa criança? Trabalhar com a educação com o critério de encaminhamento adequado? Quantos problemas são da forma como a educação está estruturada. As dificuldades, a paciência, coisas estruturais da educação ou da própria capacitação da educação, e coisas que são da saúde. Montar um protocolo multidisciplinar, em que eu componha fisioterapia, saúde mental, a medicina, a enfermagem. Fazer essa articulação com a educação constitui num desafio muito grande.

Agora, entro na questão dos lugares de fazer a promoção da saúde, que são nos serviços, nas políticas e nesses serviços temos que pensar na proposta da Escola Promotora de Saúde. Como fazer a relação entre o setor educacional e a saúde?

Temos muitas afinidades, tradicionalmente a saúde trabalhou mais ditando ordens com ações verticais dentro da escola. Precisamos aprender a fazermos juntos, não é chegar nas campanhas da dengue, de va-

ciação, por algumas dessas medidas campanhistas que temos. Então, o exemplo que daria é que podemos juntar sim – não podemos trabalhar com isso ou aquilo, temos que compor o instrumental dos diferentes tipos de conhecimento que construímos até o momento.

### **Rosilda Mendes**

A política é fundamental, desde que tomemos isso como um processo que está em construção e tem um movimento permanente, porque a política não nasceu agora, ela só se concretizou num papel, passou pela Tripartite e por todos os planos.

O mais importante é o próprio movimento da promoção da saúde que acontece no Brasil desde o final dos anos 80. Esse é um movimento que está em crescimento e isso é importante, está substanciando hoje numa política, mas temos que olhar para essa política que tem aspectos mais tradicionais da promoção da saúde e aspectos absolutamente abrangentes, por exemplo: o incentivo à Cultura da Paz, a questão do fortalecimento das ações de desenvolvimento sustentável. é uma abrangência e vamos ter que ter uma



interlocução constante com a política e esse movimento que está se dando no país já algum tempo. E nesse sentido vejo a Política da Promoção da Saúde, e acho que o próprio Comitê Gestor mostra isso, é um processo de criação de redes com uma serie de atores importantes que debatem, e que política é isso, é importante e fundamental.

Penso em um monte de coisas a respeito do que o participante B fala: sobre o que a gente faz primeiro, como articulamos uma coisa com outra? Estou absolutamente de acordo com o que a Dais fala, não existe um modelo. Então eu lembro de algumas experiências que vivi, até com relação ao que a Participante C perguntou com relação ao ideário das cidades saudáveis.

Lembro de um trabalho que fazemos numa sub-prefeitura da cidade de São Paulo que tem 700 mil habitantes, em uma das regiões mais carentes na região sul. E começamos a pensar na implementação de um ideário da promoção da saúde, e o da Cidade Saudável que é uma estratégia da promoção da saúde, então pensei, como e o que fazer para começar. Porque te-

mos um modelo de gestão fragmentado, centralizado. Por onde nós começamos? O que fazemos com o que já existia? É um pouco essa conversa de modelos, imaginar essa nossa aproximação do novo, ou pelo menos daquilo que nós questionamos e queremos ultrapassar.

Talvez a primeira coisa que fizemos, foi incluir o grupo de gestores e o sub-prefeito. Foi o que chamamos de desconstrução, onde se começa a construir uma coisa com a desconstrução daquilo que se tem. Isso não significa que se tenha que desconstruir o tempo todo – não existe uma coisa que está dada e cheguei um novo modelo, e que ele está pronto, na verdade esse caminho de construção e desconstrução que é permanente.

Vivíamos com uma sub-prefeitura durante quatro anos, ou seja, ainda vivemos esse processo que foi uma mudança de governo. Então a questão da sustentabilidade na promoção ainda é uma questão que não é só na promoção, mas tem também a questão da sustentabilidade que está colocada pelas Políticas Públicas em geral. Vivemos esse desafio da sustentabilidade da ação social – pensar um pouco no que significa essa

sustentabilidade, às vezes podemos achar que isso possa significar continuidade, talvez seja apenas isso.

Penso que sustentabilidade significa três palavras: criação de novas institucionalidades, porque significa sustentarmos uma política, e isso diz respeito à Política de Promoção da Saúde. Essa discussão pode ser feita no geral, ou seja, darmos continuidade e sustentar para quê? E a criação das novas institucionalidades, significa pensar com quem e para quem é este trabalho? Talvez seja essa uma questão fundamental para a gente discutir na promoção da saúde e fora dela.

### **Dais Gonçalves**

Gostaria de agradecer, foi por isso que eu provoquei a Participante F. Tocou em alguém o que ela disse? Alguém se identificou com alguma coisa do que está sendo feito no dia a dia? É tão importante o tempo necessário para o consenso, e antes desse consenso de entender o que é que o outro está falando, então o instrumental que trazemos das nossas especificidades de informação dentro do próprio setor. Eu vivo e vivencio esse desafio.

Eu tentava trabalhar com a medicina, o exercício de integrar primeiro a área da saúde, ou seja, arrumar primeiro a casa, então o desafio que vivencio agora é dentro da perspectiva de fazer propostas de estágio multiprofissional, residências multiprofissionais, trabalho multiprofissional. Então, tenho sentido essa dificuldade de comunicação porque a turma da clínica fala: esse “*Sussés*” de vocês, as nossas siglas, as terminologias, como toda área tem a suas especificidades de linguagem. Falo de dentro da casa, do Setor Saúde, então, imaginem que essa era a pergunta que o Participante B, nos tinha feito, essa coisa da assistência e da promoção, e ainda tem a briga da promoção com a saúde coletiva. Nós nem entramos nesse debate aqui e eu achei que isso fosse acontecer, mas que tem algumas dificuldades pelos conceitos, onde ancoram os valores que dão suporte.

A Rosilda tocou numa questão fundamental que tinha esquecido de falar. Sobre o que enfrentamos na experiência, sobre os principais obstáculos, que são a descontinuidade administrativa. Então, temos que avançar na questão da avaliação para mostrar resul-

tados para os nossos gestores, nossos gerentes, nossos financiadores, nossos parceiros nesse trabalho conjunto, articulado e intersetorial. Porque é o desafio à questão da descontinuidade administrativa. Então, eu desafio: o que estamos fazendo das nossas ações para a garantia dessa sustentabilidade das ações da área?

### **Rosilda Mendes**

Achei que nem podia fazer essa discussão, por mais que a gente esteja no campo da promoção, sempre me parece que temos pouco para contribuir, porque é um campo muito extenso e complexo.

Depois comecei a pensar: qual foi à primeira vez que eu ouvi falar de promoção da saúde? Foi no ano de 1996, há dez anos atrás, já como um campo novo de debate, a partir daquilo acho que a participante F tem toda razão, teve um movimento muito grande até de outras concepções que foram colocadas, que essa construção da promoção da saúde ela se faz no dia a dia, a cada instante, e o debate que se dá no interior do setor da saúde é que chegou tardiamente. Isso, já está sendo feito em outros setores, em outros fóruns,

e agora ele está mais efervescente dentro do próprio setor saúde e isso é muito interessante.

Nós não temos respostas para muitas das questões, acho que o campo da gestão em saúde é o nosso grande desafio de pensar a promoção da saúde e de ampliar o conceito de promoção da saúde, a partir desse campo da gestão. Enfim, acho que todos aqui poderão contribuir um pouco mais para isso.

### **Dais Gonçalves**

Eu saio enriquecida desse encontro, queria destacar e incentivar a continuidade desse processo que é muito rico, e parabenizar mais uma vez a capacidade de vocês em sistematizarem esse processo das conversas. É uma alegria termos momento como este do poderemos refletir a política, pensa algumas coisas.

Agradecer a oportunidade por me ajudar a produzir sentidos sobre várias coisas que tenho pensado, lido e trabalhado no cotidiano dessa área, sempre é uma oportunidade para a gente, ao produzir sínteses, revisar conceitos e posturas nossas sobre o que temos pensado, sobre os encaminhamentos que temos dado nessa questão.

O instrumental da promoção da saúde subsidia outros setores, e um setor que eu tive a experiência de trabalhar recentemente foi na Secretaria das Cidades, onde falamos muito que a gestão tem que ser participativa, o Controle Social baseado na Lei 8142. Vamos lembrar do Estatuto das Cidades 2001: “toda cidade deve ter a sua gestão democrática”<sup>2</sup>. Podemos utilizar o instrumental, a legislação de outros setores para fortalecer o nosso trabalho cotidiano, tenho aprendido muito que esse conceito da intersetorialidade, trabalhar com outros setores, seja no campo da legislação, seja no cotidiano do serviço... Sairíamos bem melhor.

---

<sup>2</sup> BRASIL. Lei n.º 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 11 jul. 2001. Estatuto das Cidades 2001.

# DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS



Ana Luiza Viana  
Nilo Bretas Jr.



# 10 DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

## CAFÉ COM IDÉIAS – OUTUBRO DE 2006

Data: 26/10/2006

**Ana Luiza Viana**

Profª Drª do Depto de Medicina Preventiva da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São  
Paulo

**Nilo Bretas Jr.**

Assessor do Conasems

### 10.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

**Nilo Bretas Jr.**

Esse tema é muito importante para quem vive o SUS, e quando estou falando aqui, logicamente tenho uma cegueira situacional que é o meu local atualmente, no Conasems – e uma longa história de Conasems e uma história Municipal. Por isso, não deixo de olhar nunca para esse tema que é influenciado e marcado por um ponto de vista de quem vive o espaço da esfera municipal na questão de quando pensamos a Descentralização das Políticas.

A nossa área de saúde serve de exemplo – temos experiências – que é um caminho que requer muita conversa. O tempo todo estamos fazendo acertos, acordos, partimos para o processo de implantação, paramos e fazemos avaliação sistematizada ou não, mas, enfim, fazemos grandes caminhos e nessa longa história já fizemos vários movimentos de Descentralização das Políticas.

Vivemos algo muito interessante que é descentralizar a Saúde, as Políticas Setoriais dentro da Saúde im-

plantando-se nas nossas realidades..O Conasems e os Municípios têm um privilégio de viver esse momento e essas contradições, o que chamamos de processo de descentralização e elaboramos enquanto política. Elas aparecem na ponta de uma forma que não é nem complexa, é complicada mesmo. Ainda nessa semana estávamos discutindo no âmbito da Tripartite o quanto as nossas Políticas dificultam na hora de fazer a sua implantação, é como se tivéssemos que ter uma equipe específica no município para a Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da População Negra, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, como se as equipes fossem múltiplas num município menor ou em qualquer realidade no país.

Temos muitas contradições com isso, por um lado temos a necessidade de formular a atuação da saúde, a atuação setorial com os vários recortes e olhares e por outro lado temos a realidade de implantação onde não é possível, da mesma maneira como elas estão sendo formuladas, serem implementadas. Precisam ser reprocessadas, analisadas e formatadas no Processo de implementação. Isso é complicado nos municípios

– a forma como chegam e a forma como colocamos as políticas. Por outro lado, confundimos muito a cabeça do usuário, porque as nossas políticas, as formas como elas estão formuladas e elaboradas trazem um conjunto de coisas que são muito operacionais, que dizem respeito à divisão de atribuição e de tarefas entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais. Têm uma série de questões que dizem respeito a esse mundo que é mutável – e desejamos que ele mude mesmo, que se altere – e vão se desenvolvendo cada vez mais, e que possamos descentralizar as atribuições, responsabilidades, desenvolvendo os espaços locais que estão mais próximos dos usuários e dos cidadãos, para poder fazer a implementação.

Quando colocamos essas questões nas políticas, na forma como elas estão publicadas e apresentadas, de uma certa maneira, engessamos esse movimento de políticos e dificultamos a sua descentralização, que é o nosso objetivo, que batalhamos há anos e que há tempos estamos trabalhando o processo. Ainda tem algumas questões que dizem respeito à própria absorção e



a forma de como as pessoas nos estados e municípios trabalham essas políticas que estamos descentralizando, e vão a partir daí trabalhar as diversidades, trabalhar na ponta e trabalhar a forma de fazer.

Os espaços são muito heterogêneos, e todos sabem disso, cada um dos 5.554 municípios desse país, e cada um dos 27 estados não têm a mesma capacidade, os mesmos recursos... E não estou falando nem de dinheiro, mas de recursos em relação a conhecimento de lidar com as formas. Isso complexifica a descentralização dessas políticas. Não fosse isso, teríamos vencido há muito tempo as dificuldades no processo de descentralização do próprio SUS, que há anos estamos discutindo e batalhando – não fossem essas multiplicidades e diversidades de realidade, nós já teríamos feito já há muito tempo. Acho que o movimento está com um grau de maturidade muito bom – falando em relação do Pacto pela Saúde, partindo do pressuposto de que não tem como criar regras nacionais para um processo de descentralização, não tem como fazer regras rígidas e “pacotes” de descentralização, onde cada um vai assumir um determinado “pacote” de respon-

sabilidade – até porque responsabilidade não precisa de pacotes, tem Lei e Constituição para isso.

Mas quando trabalhamos as políticas específicas na saúde, elas ainda estão cheias de “pacotes” de responsabilidade e isso é um problema que ainda temos que vencer. O que está formulado no documento que estamos trazendo do Pacto, tem na verdade o objetivo de servir como um crivo, por onde temos que pegar cada uma das políticas específicas e fazer passar por esse crivo. Porque ainda existem muitos pacotes de responsabilidades em relação a essas políticas, que a todo tempo vivemos e tentamos lidar, contornar e superar as dificuldades.

O que queremos é um SUS, o que todos desejam: um SUS funcionando. Não queremos o SUS da Saúde Mental, da Saúde do Trabalhador, um SUS para a Saúde da Mulher, um para o Homem, para a Criança, para o Negro... Nós queremos um “SUS”. E isso é muito difícil fazer de forma integrada. Na verdade, nas cidades onde as pessoas vivem, ele acontece integrado, não tem redes, equipes, formulações e pacotes específicos, as pessoas têm necessidades, vivem sob

riscos, tem vontades e desejos, enfim, necessidades de saúde. Precisamos trabalhar isso de uma forma integrada, não tem como ficar “partindo” as pessoas, não dá para fragmentar as pessoas.

### **Ana Luiza Viana**

Fiquei pensando que reflexão eu poderia trazer para discussão sobre a Descentralização. Poderíamos pensar no ciclo de descentralização da política de saúde em quatro grandes fases: uma primeira fase seria de emergência. Inclusive do tema da descentralização. Tem uma coisa muito “batida”, bem conhecida e muito falada que é a questão da desestruturação de um tipo de estado, que foi um estado que vingou desde o final de 2ª grande guerra até meados dos anos 70.

Era um estado bastante intervencionista, um estado que estava na espera produtiva. Com a financeirização, globalização, esse tipo de estado fica enfraquecido no início dos anos 80. Tem um autor que chega dizer o seguinte: - O estado perde recurso frente ao setor privado, se nesse primeiro período depois da guerra até 70, o estado tinha mais dinheiro que o setor privado, nesse período posterior a 80 e 90, o setor

privado tem muito mais recurso que o estado. Onde o estado perdeu a capacidade de tirar dinheiro do setor privado para financiar as suas ações. Este estado dos anos 80, que eu estou chamando de enfraquecido, está enfraquecido por um lado e por outro lado as mudanças políticas substantivas, tem uma “onda” de novas democratizações na Europa e no próprio leste europeu, abolição de problemas étnicos...

Uma das palavras chaves de reorganização do estado e como bandeira política será a Descentralização, que tem uma dupla mão, ela tanto está nas propostas daqueles que querem um estado mínimo como o Banco Mundial, Fundo Monetário, quanto a uma proposta de alguns grupos sociais que pensam a descentralização como um mecanismo de aproximar decisões de quem precisa dessas decisões, das decisões dos que usam os serviços públicos.

No Brasil – ficou de fora desse contexto mais geral – a Descentralização aqui é um movimento poderoso. Milton Santos tem uma expressão que gosto muito, que ele chama de planejamento corporativo, e expõe como um grande exemplo disso, o BNH (Banco Na-

cional de Habitação) na década de 70. Então, ele diz: “há uma fuga de investimentos bons, para os pontos onde se acumulam as pobreza, e a partir disso, passa a ter um desenho municipal com três coisas que são muito perigosas: pobreza, desigualdade e segregação”. A questão da segregação com a desigualdade é uma característica dessas novas cidades. Porque não tem serviços básicos, tem acúmulo de problemas não resolvidos, não tem inversão, nem privada e nem pública, isso é um veio da emergência da Descentralização. A outra, é uma questão cara a Saúde, que é a questão da Territorialização.

Os Sistemas Públicos de Saúde, todos buscam mecanismos, instrumentos e modelos de territorialização por uma necessidade, intrínseca, de setorial da área da saúde. Existem vários problemas: o problema da territorialização da política de saúde - que os modelos onde isso foi feito são de países com muita igualdade social, com muita homogeneidade; o modelo de territorialização da Vigilância do modelo da Assistência – e aqui no Brasil essa separação entre o modelo da Vigilância e o modelo da Assistência, não vejo nítido.

Por exemplo, quando penso numa Regional de Saúde do Estado de São Paulo, fico arrepiada do ponto de vista da incapacidade de resolver o problema do desenvolvimento – de estar colada a questão urbana. E não está, porque a DIR, na Secretaria Estadual de São Paulo, são áreas contíguas, que é uma regionalização que não tem nenhum bom critério. Então, penso em territorializar a política de saúde como se fosse a vigilância, porque para a Vigilância aquilo faz sentido e para a Assistência não. Porque Assistência eu tenho “pulos” de descontinuidades, não tenho contigüidade, por isso, não é a Regionalização que resolve esse problema, esse é o pano de fundo da emergência.

Nos anos 90, identifico três fases: a primeira que vai até 1996, que é a fase do processo de descentralização, essa primeira foi muito comandada pelos governos locais, o indutor desse primeiro movimento foram os municípios. Houve modificações intensas nas estruturas administrativas sub-nacionais. O processo de democratização dos governos locais e a descentralização ficaram na dependência da distribuição fiscal e setorial – tem um baixo caráter redistributivo por

não ter nenhum mecanismo novo do financiamento da saúde. Então – essa fase é induzida – e a instância indutora é o município.

De 1996 a 2006, nós temos uma outra grande fase – a primeira fase é curta, a emergência é uma fase que se inicia nos anos 70 e vai até a Constituição Federal de 88; a segunda fase é essa dos 90 até 96, que dura seis anos; a terceira fase tem dez anos (1996 a 2006) – da questão do PAB e PSF que muda muito pós-96, com a NOB 96, PAB fixo e PAB variável – onde tem uma redistribuição forte da política, principalmente para o nordeste e norte, tem um processo de aprendizado institucional colocado pelas NOB's na medida em que tinha as propostas de habilitações, que tinham que ter um processo de aprendizado. E começa a criar um ambiente intergovernamental, que é a atuação das CIB's e da CIT, que pela primeira vez se tem a efervescência do que estou chamando de ambiente intergovernamental. Poderia pensar numa diplomacia, jurisprudência, na formação de Recursos Humanos, Gestão intergovernamental, mas, estou colocando algo mais modesto, que estou chamando de Ambiente

intergovernamental – porque não dá só para nós. A partir da CIB e da CIT que se completou tudo isso.

A importância hoje de estar se rediscutindo essa questão de Descentralização, Regionalização, e mais do que isso, Políticas Regionais – porque que essas três fases deixaram questões em aberto que ainda não estão resolvidas e para mim as coisas mais importantes dessa fase está inaugurada a partir de 2006, no momento em que se tem o esgotamento desse modelo redistributivo via PAB; PSF. Esgotamento, porque ele chegou no seu topo de diminuir as desigualdades, de dar um sentido mais equitativo para as ações do sistema, e uma lógica gerencial mais potente. O que penso dessa última fase, que é a que se inaugura a partir de 2006, é a questão do Pacto Nacional, que pela primeira vez tem um pacto para pensar a descentralização – que é coisa inconcebível, porque qualquer processo descentralizatório no mundo partiu de pactos, tem que ser acordado com muita negociação.

A questão das desigualdades regionais também estão colocadas, porque é uma questão que se discute pouco no Ministério da Saúde, e que tivemos a oportu-

tunidade de fazer e entregar um Relatório de Pesquisa de um acompanhamento da Política do Ministério para a área da Amazônia Legal.

Fizemos essa pesquisa porque estávamos interessados em saber o porquê da dificuldade que o Ministério da Saúde tem em esboçar e agendar Políticas Regionais. Porque Regionalização tem que ter limites, e além de ter esses limites, tem uma discussão técnica da Regionalização que tem que começar a ser enfrentada. Essa regionalização é para dentro dos estados, é intra-estadual, e tem que ser definida em relação a essa coisa. Existem três coisas que temos que pensar: Regionalização pensada para a Vigilância; pensada para a Assistência e a questão da Heterogeneidade e Desigualdades intra-estado e intra-regiões, principalmente na questão das áreas metropolitanas.

Outra coisa é a questão da Política Regional; o SUS tem uma baixíssima tradição, quase nula e uma dificuldade imensa de traçar políticas regionais. No caso da Amazônia foi uma das primeiras tentativas junto com o Ministério da Integração Nacional, Ministério das Cidades e Ministério do Meio Ambiente, de se traçar uma Política Comum para a área da Amazônia. A

dificuldade é grande porque não há tradição, e a Política Regional é a única que tem capacidade para tocar de forma efetiva a questão das desigualdades. Porque hoje essa questão não perpassa espaços contíguos, ela está muito atrelada, nessa pesquisa nós trabalhamos com duas tipologias de geografia de espaços: opacos e corporativos. Se formos observar esses espaços, existem problemas sociais de natureza muito diferentes, eles demandam políticas públicas diferentes, e os espaços corporativos tem hoje uma incorporação de população que é algo dantesca. Onde as políticas que financiam via *per capita* não conseguem acompanhar esse processo. Sendo que não são espaços contíguos. Por exemplo, tenho esse modelo corporativo, tenho Sinope, que é um município muito representativo do modelo que estou chamando de corporativo. A soja mecanizada, de ponta e tudo mais, tenho coisas semelhantes ao modelo corporativo no sudeste, no sul, posso ter na Argentina, no Chile da mesma forma o espaço opaco.

O espaço opaco não é exclusividade de nenhuma região brasileira, ele está presente em várias regiões. Então, não posso pensar a Regionalização como um

espaço contíguo, sendo ela a depositária, a responsável por tratar políticas que diminuam desigualdade, em pensar em políticas regionais, essa tradição, com essa experiência da Amazônia Legal, o Ministério da Saúde possa criar um 'know hall' e fazer uma integração intersetorial. Porque esse modelo, se fossemos pensar em cada uma dessas fases, de qual é o indutor de cada uma delas – na primeira fase foi o município, na segunda foi a política setorial (Ministério da Saúde), e o indutor dessa terceira fase teria que necessariamente ser uma política intersetorial. Uma dessas fases desenvolveu modelos de gestão. A segunda fase desenvolveu os modelos de consórcios e da regionalização entre estados – só que a terceira fase necessita de gestão em redes, coisas mais sofisticadas do ponto de vista gerencial.

Novos modelos de financiamento têm que ser pensados, pois houve na segunda fase uma substituição de transferências setoriais para os recursos próprios, e agora nessa terceira fase Fundos Regionais tem que ser pensados. Então, tenho que pensar também em novos modelos de financiamento. Enfim, o desafio dessa

terceira fase é muito grande, mas dificilmente pode ser tocado de forma isoladamente setorial, tem que ter uma integração intersetorial muito mais forte.

## 10.2 Considerações dos Participantes

### Participante A

Queria retomar algumas questões que o Nilo coloca que acho fundamental no debate da descentralização, que começa no próprio conceito de descentralização. O que é que se entende por descentralizar? – Porque ainda há muita gente que pensa em descentralização como desconcentração, e são dois processos extremamente diferentes. A Descentralização pressupõe que você esteja transferindo não só recursos, responsabilidade, mas acima de tudo poder de decisão. Enquanto, que a Desconcentração é a transferência de responsabilidade pela execução.

Essa é uma primeira questão central, que é: qual o conceito de descentralização com o qual trabalhamos? Acho que o marco legal da saúde traz implícito

com muita clareza um conceito de descentralização como transferência de poder de decisão, que, como foi apontado, ainda não se realizou inteiramente, opera em muitas áreas com um conceito de descontração. A segunda questão que colocaria – queria ligar essa questão do conceito de descentralização com a questão da equidade, que você também já colocou. Se, estamos pretendendo desenvolver políticas descentralizadas no contexto federativo com as desigualdades que temos no país, esse marco regulatório tem que ser necessariamente flexível para que possa ser capaz de responder as desigualdades e as diferenças que existem nas necessidades das populações.

Essa outra vinculação conceitual também é muito importante. Descentralizar não produz automaticamente equidade, tem marcos regulatórios que são orientadores do processo de construção da equidade e da redução de desigualdade. Mas esses marcos regulatórios têm que ser suficientemente flexível para que a equidade seja possível e viável.

Isso que o Nilo colocou, que o município não tem condição de fazer, é porque, às vezes, o marco regula-

tório é feito em cima de um município e população abstrata e o que se espera é que todas as diferenças se encaixem nessa abstração, e isso não é possível. Esse outro vínculo conceitual também é muito importante para que possamos ter presente, para a nossa preocupação de regular no sentido de garantir um horizonte, de garantir um objetivo maior – isso vale não só para a saúde, mas para qualquer política pública – que ele não se perca no excesso de regramento, ou seja, que possamos ser capazes de produzir marcos regulatórios que nos garantam o horizonte – o objetivo final – mas que ao mesmo tempo sejam suficientemente flexíveis para permitir que a equidade se construa.

### **Participante B**

Na verdade, vou fazer uma reflexão conjunta, o Nilo já havia levantando algumas questões importantes em relação aos espaços locais, de todas as dificuldades dos próprios municípios, e a Ana traz várias reflexões que são importantes para nós.

Nestes últimos anos, nesse processo de revermos todas nossas ações dentro do SUS, a construção do

Pacto, que foi um grande avanço e parte das coisas que conseguimos consensuar e pactuar. O importante é quando se traz essas questões, porque nós que temos trabalhado com a questão do processo de regionalização e temos estado com Estados e Municípios, nesse processo de discussão do Pacto e também nessa questão da Regionalização. Penso, que você trouxe coisas que vai bem de encontro a isso, mesmo antes dessa nova fase ou desse novo momento do SUS estar completamente implementado. Isso vai se mostrando de maneira mais clara, e é importante que nesse processo consiga perceber que caminho é fazer. Quando coloca a questão de trabalhar as Regiões na contigüidade, percebemos a dificuldade muito clara .

O interessante é que você falou da região de Sinope, onde tivemos a oportunidade na região. Então, vemos essa diversidade quando vamos para outras regiões do país, e percebemos essa dificuldade. Na hora que começamos a discutir o que temos hoje, é insuficiente, e que estamos num novo momento, e que já propomos alguma coisa que é insuficiente, porque não conseguimos avançar e destacar o processo da

atenção ou da assistência da Vigilância – então quando discutimos a Rede de Serviço para organizar a Assistência, vamos percebendo grandes enfrentamentos. Por isso, que a questão maior é não só como vencemos isso dentro da saúde.

Queria deixar uma pergunta para, quem sabe, vocês pudessem estar falando ou talvez outros colegas. Como é que conseguimos fazer esse processo mais intersetorial das políticas, que talvez tivessem sido, algumas mais outras menos, descentralizadas, para que possamos alcançar um caminho em que comecemos a resolver essas questões da dificuldade de olharmos essas diferenças e poder enfrentá-las diferentemente. Porque acho que tem um papel importante dos governos centrais em propor ações e fazer processos de pactuações com representação de todos os entes. Mas sinto que os governos locais, ou municípios, conseguem pouco mostrar-se nesse processo. Talvez se conseguissem mostrar-se mais e colocar-se, talvez, estivessem mais próximos de propor mudanças no processo dos desenhos de políticas que traduzissem mais as realidades que temos em diferentes formas no país.



### **Participante C**

Vejo tanto falar em Federação, o Brasil não é uma República Federativa de fato, está no papel, mas não exerce. Os Estados não tem autonomias Políticas, dependem do poder central, da verba, da legislação jurídica de cada Estado.

Olha os Estados Unidos, e não estou falando de jurisdição, tem Estados que tem pena de morte e outros não. Os Estados Unidos de fato são uma República Federativa, o Brasil é só no papel.

### **Participante A**

Esse é um tema que eu adoro! A Ana está coberta de razão quando chama a atenção para a complexidade, que é: enfrentar a questão das desigualdades regionais e o fato de que elas não se distribuem homogeneamente nos territórios, e, portanto, têm que pensar novas estratégias, trazendo essa reflexão para dentro da formulação de uma política pública e para o nosso marco constitucional federativo.

Penso que essa proposta constitui um desafio extraordinário, ou seja, a pessoa passa a pensar os espaços opacos corporativos e não as delimitações geográficas

das unidades federadas. Traz uma nova configuração para essa federação – o que está propondo é muito mais do que repensar a reformulação de uma política pública, mas está propondo repensar o Estado Brasileiro – estou errada?

### **Participante D**

Queria resgatar um pouco a questão da Amazônia Legal. Pois, sou apoiadora do Estado do Pará e de Roraima, e a própria região reúne-se para reivindicar o que ela precisa, o que ela quer.

E muitas vezes, quando devolvemos para a região uma demanda enquanto governo federal; enquanto saúde, quando devolvemos dizendo que eles estão reclamando porque tem deficiência, tem problema no Saúde da Família, no redimensionamento, devolve para uma proposta do que realmente querem para reorganização.

Por exemplo, da Atenção, que é algo que estamos lutando com a região para qualificar. A região fala muito do que é necessário – estou me dirigindo muito a Amazônia Legal, mas com formação de região isso também vem. Diz muito que tem problema, que nun-

ca foi considerado enquanto região, mas no momento em que se quer priorizar essa região e que devolve essa demanda, não tem como verificar isso.

### **Participante A**

Há vários anos, lembro que entre as sugestões que fizemos no final da 11ª Conferência Nacional de Saúde ao Conselho Nacional de Saúde, existia uma onde se falava em fazer uma mudança na dinâmica desses mecanismos de participações. E uma das sugestões que fizemos foi de fazer conferências regionais de saúde. Precisaria mudar radicalmente os mecanismos do SUS? Ou podíamos repensar e ter comissões intergestoras regionais; conferências regionais, ou seja, trazer o espaço regional para esse mecanismo.

### **Participante B**

Vou fazer mais uma provocação, para vocês comentarem. Primeiro, tem uma questão que mesmo se tentando colocar um processo importante nesse movimento que temos que fazer de agregação das várias políticas, para fazer uma construção. E às vezes acabamos deslocando, e a saúde acaba se pensando sozinha.

E para vencer as várias questões que foram levantadas aqui, tem essa questão de como trabalhamos inter-setorialmente para vencer essas dificuldades. Assim como também começamos a pensar enquanto alguém que está inserido no território e tem uma identidade regional. Isso é um processo que vem ligado ao processo de educação, pelo qual passamos, a educação formal ou informal.

Então, lembrei de uma experiência que talvez a Ana tenha acompanhado um pouco, da experiência dos governos locais que vivemos em São Paulo durante um período de governo, e que foi interessante no sentido de que as várias áreas e os vários setores das Políticas Públicas tinham um espaço constante e freqüente para sentar e pensar. Mesmo os espaços administrativos que não eram regionais, na lógica que gostaríamos, mas que tinha uma lógica para pensar naquele espaço. Se esse pode ser um caminho, ou, que outras sugestões teríamos para poder desencadear um auxílio para isso que queremos vencer.

## 10.3 Considerações Finais dos Facilitadores

### Nilo Bretas Júnior

Estamos trocando idéias sobre essa questão (respondendo à participante A<sup>1</sup>), algumas angústias, anseios, enfim, a todos que vivenciam isso. Vivemos falando que precisamos trabalhar a mudança do modelo de atenção e do modelo de gestão, mas como é que mudamos o modelo de atenção? E como mudamos o modelo de gestão?

Há um tempo atrás, nós tínhamos o “Kit Bom Gestor”, que era uma brincadeira que os gestores na ponta faziam, quando o Ministério distribuiu um CD com todas as formas: umas cinco, seis coisas que eram uma série de ações que um bom gestor deveria estar fazendo, ele tinha que aderir àquela política, à outra... quando na verdade isso não muda a gestão, não muda o modelo de atenção. Mudar o modelo de atenção e da gestão é trabalhar autonomia.

Quando a participante A lembra a questão que descentralizar pressupõe a autonomia, porque por trás disso está à necessidade de trabalharmos esses modelos – o modelo de gestão das políticas dentro do SUS, das políticas específicas que temos e de várias questões na saúde, ainda é o “modelo velho”. Vivemos esbarrando com frases: Que venham os programas verticais! Com frases que parece que ainda tem um Inamps do meu lado pagando conta, com uma política centralizada, e isso, vivemos no dia-a-dia, na hora de formular, vivenciar, pactuar. Por isso, convivemos com coisas que não favorecem a autonomia, e muitas vezes impedem. São contra ao modelo autônomo – que por ser autônomo não significa sem regra, sem necessidades de acompanhamento e monitoramento, simplesmente não favorecem.

Segunda questão a partir da fala da participante, é que temos um desenho constitucional do SUS, colocado na Constituição com os conjuntos de princípios e diretrizes, que, na verdade, é um movimento constante e permanente de construção. Não temos tudo 100% pronto e acabado numa determinada realidade,

---

<sup>1</sup> As considerações dos participantes encontram-se, nesse texto, no Item 10.2 “Considerações dos Participantes”.

devemos “contar no dedo” onde tudo funciona, é um movimento permanente de construção desse processo. O nosso marco regulatório está em permanente construção, não temos um marco e nem um desenho acabado.

Vamos pensar a Integralidade... Onde ela existe? Quando eu posso falar que eu cumpro 100%, garanto 100% a Integralidade, é impossível no conceito da integralidade que está colocado pelo SUS. Um conceito que é mais do que promoção, prevenção, recuperação, que pressupõe que é mais do que saberes, que é além da saúde, o dia que talvez tivermos renda, emprego, o conceito saúde amplo colocado de moradia, lazer, amor, trabalho, felicidade... O Gilson Carvalho que também é assessor do Conasems, fala muito disso, o conceito de felicidade, na verdade, “o dia em que todo mundo for feliz, então teremos a integralidade”. Portanto, é um processo com toda certeza, permanente de construção desse marco regulatório e dessa autonomia, acho que precisamos sempre fazer esse crivo nas nossas propostas e tentativas de implementação de políticas, quando estamos elaborando, discutindo – pre-

cisamos estar sempre buscando esse ponto de vista por trás dessas políticas específicas desses movimentos.

### **Ana Luiza Viana**

Hoje, penso na proposta da Amazônia Legal, fizemos a reconstituição de uma série de propostas com o Ministério da Integração Nacional, das Cidades e do Meio Ambiente nessa questão das Políticas Regionais. Vejo que hoje se tem uma “massa” crítica, pensando essa questão das Políticas Regionais, como política pública e altamente necessária para a questão das desigualdades. Óbvio que o modelo federativo dificulta, ele não facilita, inclusive por uma tradição que vejo muito de uma relação. É muito difícil criar uma relação multilateral, as relações são bilaterais. Acharmos que essa questão da Política Regional era algo que estava muito institucionalizado, por exemplo, nos Estados e Municípios da Amazônia Legal – e não estava, pois existe uma disputa muito predatória e competitiva entre Estados e Municípios, no intuito de fazer uma composição regional, no sentido de ter mais força frente ao Federal – essa questão para eles é muito distante.

Então, a estrutura e o modelo federativo dificulta, pela sua própria constituição e pouca tradição política, de ter formas de representações multilaterais. Por isso, estou falando em criar uma cultura multilateral que é importantíssimo. Outra coisa que vejo é o seguinte: as experiências dos consórcios; das parcerias público/privada; o próprio avanço do processo de descentralização – vejo um esgotamento na questão do financiamento. Por exemplo, se os recursos próprios vão começar cada vez mais a financiar as ações de saúde, nós aqui no Brasil temos um problema adicional. Tem município rico que não faz nada – o fato do município ser rico não dá nenhuma garantia dele fazer algo bom e eficiente, porque a riqueza não tem uma correspondente base material de política pública; tem município que é rico há quinze anos – mas tem políticas públicas ruins e não tem bases materiais. Tenho o município mais rico de São Paulo que praticamente não faz e não tem nada, então, tem que se pensar necessariamente em fundos regionais. Você vai deixar aquele rico continuando sem fazer nada?

Há muita descontinuidade para a racionalidade sistêmica do Sistema de Saúde, é muito descontinua

porque o Brasil se desenvolveu dessa forma, eu acho que essas questões de Políticas Públicas já têm uma massa crítica, um grau de consenso nos Ministérios Setoriais – ou estou sendo muito otimista, mas acho que já existe isso, ou seja, essa semente já está germinando...

Porque essa questão das regiões brasileiras está sendo muito discutida e muito pensada. Existe hoje uma proposta de Minas Gerais, do Campolina Diniz, de acabar com as regiões e fazer onze regiões baseadas nas metropolitanas. O Ministério da Integração Nacional já tem duas e três propostas sobre isso também – acho que isso está andando! O que vejo é o Ministério da Saúde. Uma coisa que me chamou muito à atenção é o que o Ministério da Integração Nacional nos disse numa entrevista – e eu até hoje penso sobre isso, eles disseram que o Ministério da Saúde é muito importante para todos nós, porque ele tem muita tradição no trato com o município e nós aqui não. Nós só conhecemos os Estados e só tratamos com os governadores – não temos essa relação.

Então, queremos que a Saúde venha para “cá”, para nos passar, e nos complementem com essa relação com

o terceiro ente federativo – porque não temos tradição nisso. E outra coisa que também me chamou muito a atenção – que é impensável – o grau de institucionalidade do SUS frente à imaturidade da regionalização do próprio, da Política Regional de Saúde, que não existe. Não está pensada, não está esgotada, então é altamente contraditória tanto a institucionalidade quanto essa debilidade do ponto de vista.

### **Nilo Bretas Júnior**

Iniciei falando de desvendar as “miopias” – e tenho uma porque venho do Conasems. Por isso, comecei chamando a atenção de como chegam desintegradas as diversas políticas e como, na hora de lidar no município para ser gestor daqueles que querem fazer... Não estou falando dos que não fazem nada – seja rico ou pobre – mas que a única forma de fazer é integrar, trabalhar intersetorialmente essas Políticas, e não tem outra maneira. Porque assim não se constrói autonomia, não constrói o SUS e não constrói de verdade essas políticas.

Mas acho que a Ana Luiza provocou algumas coisas aqui. O Pacto traz implícito o fundamental que

é o núcleo central, que é a Construção das Redes de Atenção. Ao mesmo tempo tem a questão Regionalização começando, ninguém sabe ainda como é que isso vai acontecer. A maioria dos locais está discutindo o Pacto dentro do seu Estado na sua forma tradicional – aquelas coisas que já conhecemos há muito tempo. Ninguém discutiu ainda além da divisa, da fronteira ou, como é que faz isso? Como é que se relaciona?

Mas quando pensamos a Rede, a Política de investimento dessas Redes, quando pensarmos na implementação das Políticas nessas Redes – que estão por ser desenhadas, ainda que meio “torto”, começamos a discutir dentro do Ministério, a Rede de Alta Complexidade, a Rede de Saúde do Negro... É aquilo que falei posteriormente: não têm uma Rede de Saúde do Negro no município, nem Rede de Saúde da Mulher, do Adolescente, de Saúde Mental. Não existe uma rede específica para cada coisa, é uma só: nos territórios, nas regiões, elas são únicas.

Na Amazônia, talvez o que se tenha com menos caráter e identidade regional, seja, o Sudeste. Até porque ninguém fala que é do Sudeste. Fala que é do sul,

do centro-oeste, do norte, do nordeste, mas do sudeste ninguém fala.

Estive há pouco tempo na região da Baixada Santista, que depois de oito anos o povo resolveu conversar. O Pacto está provocando isso e isso é bom também – as separações por várias razões histórias colocadas, trazem essa necessidade de conversa. Não tem jeito de fazer redes, se não discutir governança, entendida como a conversa permanente, que cada um está assumindo, como é que se constrói os diversos papéis nessa questão. Precisamos muito, dentre esse olhar nacional e o olhar na ponta, no SUS, de algo que há anos estamos batalhando e que ainda não conseguimos, que é um espaço estadual – a esfera estadual atual também precisa ser mais fortalecida e mais atuante na Saúde.

Essa história da Baixada Santista, saiu no Jornal, não é nenhuma questão específica. Mas, as brigas e as crises da Saúde na Região, têm uma declaração da Secretaria de Saúde de São Paulo que não tinha nada haver com o problema, porque todos os Municípios são de Gestão Plena, eram Descentralizados e que, portanto, a Secretaria não tinha nenhuma atuação.

Isso provoca uma descoordenação, e não é isso! Para ter região, tem municípios, mas tem Estados. Uma região não é feita disso, precisa ter esse olhar que impede que os pacotes cheguem como “pacotes” na ponta. É preciso ter esse crivo para que isso não aconteça. Quando os Estados fazem isso, as Políticas chegam de forma que não criam independência, favorecendo a autonomia; quando os Estados não atuam – é o Ministério que atua direto com o Município e quase sempre chegam pacotes – e impedem a autonomia e mudanças de modelo.

#### **Ana Luiza Viana**

Tem problemas com essa identidade regional. O Nilo estava falando que no sudeste não existe identidade regional nenhuma, nas outras regiões se tem identidade. Mas, na região norte, por exemplo, ela não tem força suficiente para esboçar uma agenda de políticas necessárias para a região.

No caso da Amazônia foi feito a experiência aqui do Ministério, no Naid (Núcleo de Articulação, Integração para o Desenvolvimento), onde foi feito um observatório, um plano de Saúde para a Amazônia.

Mas os processos de planejamento ainda são fracionados, não auxiliam a conformação porque se teria que pensar em duas coisas: a primeira é parte do custeio da assistência que não é tão importante, seria importante pensar numa política de investimento, e para se pensar essa Política tem que sentar todas as áreas. Esse tipo de planejamento não é efetivo, há tentativas – mesmo quando foi criado a Política para a Amazônia – foi pensado fazer um planejamento integrado pelo menos para dois anos e não se conseguiu fazer.

Então, o plano vira um acúmulo de ações desintegradas e de diferentes setores, isso não tem nada haver com planejamento integrado; tem questão Federativa que é um problema sério; tem a questão de como os Ministérios Setoriais trabalham, principalmente no Planejamento, para investir. E segundo a Interlocação.

No Ministério foi criado o Conselho Nacional de Secretários Municipais e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais, essas são as duas forças interlocutoras, e não tem uma força regional interlocutora. Por isso, tem que ter um Pacto, mesmo, que é para sentar-se e dizer que não pode. Essa estrutura foi eficiente

para uma determinada época, mas hoje, ela esbarra e tem problemas. Porque junta Municípios de um lado e Estados de outro – e estou fazendo uma representação política que dificulta uma construção – e a região não tem tradição nenhuma. Lembro-me de ter feito uma entrevista com uma pessoa importante que disse o seguinte: “você sabe quando o Ministro da Saúde conseguiu juntar?” – quando teve o recrudescimento da Malaria na Amazônia e chegou a um estado alarmante, aquela foi a primeira vez que se conseguiu reunir a Amazônia e não foi nem o Ministro da Saúde, foi o próprio Presidente da República no Palácio. Foi a única vez, porque eles competem muito entre si, essa relação dos estados entre regiões são relações de competições, são relações predatórias. Então, é difícil. Mas tem que se criar uma nova institucionalidade para pensar a Política Regional, se o Ministério fez essa experiência, vamos dar continuidade.

### **Nilo Bretas Júnior**

Estava nessa conversa pensando em algumas coisas. Temos uma experiência na Região Norte que não é fazer nada novo, aliás, o Pacto foi acordado entre os



“três”, que não será criada uma nova instância – essa é uma questão muito clara, mas nada impede que a experiência que estamos fazendo na Amazônia aconteça. Temos o encontro das Bipartites com o Ministério, encontros da Tripartite na região – nada impede. Não é criar uma outra instância – porque a tendência a criar algo burocratizante é grande. Mas os encontros vêm acontecendo; os encontros na Amazônia Legal – inclusive, tem um próximo, e estamos organizando para fazer um balanço no final de novembro na Amazônia – e vem dando certo. Estamos formulando as poucas propostas, como a participante D colocou, as que aconteceram, são desses encontros de Gestores Estaduais e Municipais e Ministério nessa região.

Na verdade temos o grande desafio do Pacto – uma coisa foi escrever uma série de coisas, a outra é daqui para frente, aquilo que chamava atenção antes. Passar pelo crivo do Pacto todas as políticas que temos, os nossos financiamentos ainda induz aos pacotes, as responsabilidades, elas não favorecem o pensar do modelo de atenção autônomo na Amazônia ainda de outra maneira. Porque o que tem é o financiamento do Pro-

grama Saúde da Família, não temos o financiamento da estratégia ainda colocada, estamos trabalhando para isso. Construindo esse processo – é normal esse avanço daqui para frente – temos grande chance de fazer as mudanças, que estamos construindo dessa maneira. Lógico que não houve tempo para colocar e fazer todo o processo de mudança, mas está na agenda dos três gestores essa construção.

Para encerrar, o Conasems fez o ano passado e esse ano, cinco Congressos. Sendo, um em cada região, com graus de participações diversos. Foi então que concluímos à questão que o Sudeste não tem identidade – porque ele não tem. Quando no final do ano, fazemos com o movimento dos Secretários Municipais uma avaliação disso e se vamos manter as estratégias, porque ao mesmo tempo que enriqueceu, exige um esforço enorme para poder manter “acesso”. Então, nossa visão é que não dá para o Conasems “puxar” os congressos regionais, eles têm que ter identidade, e os secretários da região tem que ser o ator, o protagonista do processo, da mesma forma que os encontros da Bipartite, não dá para ser o Ministério “puxando” esses

encontros. Tem que ter protagonismo dos gestores na região também.

### Ana Luiza Viana

Todas as iniciativas são importantes, na verdade, essa integração do Ministério da Saúde com outros Ministérios, se ela for efetivada, vejo isso como algo muito importante. Porque existem muitas ações que podem ser complementares, não só ações, mas, maneiras de gerir; de fazer políticas, as culturas; tem muita complementaridade. Existe um campo imenso que ainda não foi trabalhado.

A outra coisa que penso – que logo, logo vai “estourar” – é a questão das regiões metropolitanas, que realmente é um problema sério e vai ter que ser enfrentado. Vai ter que existir uma política específica para as áreas metropolitanas. As desigualdades nessas áreas, no ponto de vista do financiamento, são dantescas, tem diferenças de receita disponível da ordem de cinquenta vezes *per capita*.

Então, tem muita gente que acha que essa questão dos fundos regionais –se forem para áreas metropoli-

tanais e setoriais, saem. O pessoal que trabalha a área fiscal e a reforma tributária, são otimistas com essa questão de Fundos Regionais Setoriais, eles acham que isso é possível. E para as áreas metropolitanas isso é “super” possível. Então, a questão das áreas metropolitanas, não precisa nem pensar na proposta do Campolina Diniz, que é bastante radical. A proposta tem uma base técnica muito “potente” – estava lendo um dia desses um trabalho sobre Política Regional que mostrava isso que está se falando; o Vale do Jequitinhonha que atravessa a Bahia e naturalmente identifico uma série de variáveis que são coincidentes no local.

Os novos fluxos corporativos já estão, mais ou menos, delineados. Já tenho base técnica para pensar Política Pública de outra forma, ou seja, as condições já estão dadas. Mas a cultura do Ministério – essas Conferências Regionais e etc – para a Amazônia antes de sair o plano, foram feitas uma serie de coisas, o problema é que não tem quem aglutine e lidere esse processo. Tem um vazio político de liderança desse processo.

## Nilo Bretas Júnior

Os municípios vêm falando há muito tempo nessa questão, que tem um uma adesão, um pouco, a esse processo quando a identidade existe. A resposta é que queremos ver mais no SUS, ver o nosso desenho institucional da Constituição acontecendo.

Lógico que tem um grande caminho e permanente a ser seguido, inclusive, tem coisas que são para o resto da vida. Mas, eles vêm fazendo e já existem alguns avanços. Hoje a construção do Pacto, por exemplo, o norte de Minas, vem conversando com o sul da Bahia, há conversa no meio, o povo está junto com a Secretaria Estadual, sem Secretaria Estadual. Mas as conversas estão acontecendo, a população está se locomovendo nesse território e ela não está importando se tem uma divisa que separa um Estado do outro.

O mesmo acontece nas fronteiras, os nossos acordos internacionais estão muito aquém da dinâmica da população. Lembro da discussão do Projeto do SIS-Fronteiras, que trabalha um pouco isso. Passei por uma série de locais desse Ministério e voltei para o Conasems, mas lembro-me claramente de uma cor-

respondência do Prefeito de Barra do Quaraí, no extremo oeste do Rio Grande do Sul, que tem uns dez anos que ele vem lutando para formalizar uma coisa. Porque tem uma ponte de cem metros que separa o município dele do Uruguai, onde tem um Hospital Universitário enorme – e como ele não vai construir um Hospital no município dele, que não justifica e nem tem escala para isso então, a população atravessa a ponte e nasce todo mundo no Uruguai. Mas, às nossas referências e a regionalização, pressupõe uma referência dele; que a população saia do município, atravessasse a ponte, ande duzentos e tantos quilômetros dentro do Uruguai e volte para o Brasil, para chegar até Bagé que é onde a referência é colocada – isso não existe! Mas os nossos acordos não chegaram a dar conta dessa realidade, estamos muito aquém e correndo muito atrás. Então, não tem nenhuma idéia nova, temos desafios.

Voltando “miopia”, nós temos a “miopia” da saúde, além do local que cada um estamos – é lógico que conseguimos dentro da saúde trocar isso fácil. Mudamos de Estado, para Município, e Federal com uma

certa facilidade. Mas temos sempre essa “cegueira” sanitária. É importante que se quisermos construir a integralidade – de verdade ter os outros olhares, outros conhecimentos que são importantíssimos para lidarmos com isso, a sociologia, e não vou citar, porque vai faltar a antropologia e uma série de conhecimentos que são fundamentais para lidar com a própria saúde inclusive.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, dezembro de 2006

OS 1335/2006