

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA-EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO



café com idéias

AS IDÉIAS DO CAFÉ

VOLUME 3 / 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

Home page: www.saude.gov.br

Organização:

Alexsandro Dias

Karina Zambrana

Raquel Turci

Stefanie Kulpa

Coordenação:

André Luiz Bonifácio de Carvalho – DAD/SE

Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE

Colaboração:

Isabel Maria Vilasboas Senra

Apoio:

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)

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 3/2006 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 156 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Nesta edição não constam os textos referentes aos cafés com idéias realizados nas regiões centro-oeste e sul, devido a problemas ocorridos na gravação. ISBN 85-334-1322 volume 3

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 2006/1374

Títulos para indexação:

Em inglês: Coffee with ideas: the ideas of the coffee: volume 3

Em espanhol: Café con ideas: las ideas del café: volumen 3

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

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

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Kelly

Revisão: Lillian Assunção e Mara Pamplona
Projeto gráfico e diagramação: Daniel Miranda

SUMÁRIO

- Apresentação, 7
- 1 Introdução, 11
- 2 Pacto de Gestão e Financiamento (Região Nordeste – Aracaju – SE), 15
 - 2.1 Fala Inicial dos Facilitadores, 15
 - 2.2 Considerações dos Participantes, 29
 - 2.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 38
- 3 Território, Diversidade e Saúde (Região Norte – Manaus – AM), 47
 - 3.1 Fala Inicial dos Facilitadores, 47
 - 3.2 Considerações dos Participantes, 56
 - 3.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 61
- 4 Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência (Região Sudeste – Guarulhos – SP), 69
 - 4.1 Fala Inicial dos Facilitadores, 69
 - 4.2 Considerações dos Participantes, 74
 - 4.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 86
- 5 A Governabilidade Local da Saúde ainda é um desafio?
(XXII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde – Recife – PE), 91
 - 5.1 Fala do Facilitador, 91

- 6 Formulação de Política e Gestão do SUS (Café com Idéias – São Paulo – SP), 97
 - 6.1 Fala Inicial dos Facilitadores, 97
 - 6.2 Considerações dos Participantes, 105
 - 6.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 110
- 7 Gestão Solidária e Cooperativa – Desafios para a Consolidação do SUS (Expogest – Brasília – DF), 119
 - 7.1 Fala Inicial dos Facilitadores, 119
 - 7.2 Considerações dos Participantes, 135
 - 7.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 142

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.

A descentralização política e administrativa da Saúde implica na construção de espaços permanentes de negociação e mediação, para a formulação e implementações de estratégias institucionais, administrativas e programáticas de qualificação da gestão pública e organização dos sistemas e serviços de saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde empenhou esforços para proporcionar o diálogo entre os vários atores que atuam na implementação do SUS.

Em parceria com diversas instituições, o Ministério da Saúde realizou vários eventos em todo o Brasil, entre eles destacamos o Café com Idéias que contribuiu com o diálogo em todos os congressos macror-

regionais do Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde (Conasems) e no Congresso Nacional do Conasems garantiu um franco debate sobre a governabilidade local da Saúde.

O Café com Idéias configura-se como um espaço permanente de qualificação da gestão, buscando compartilhar idéias para o desenvolvimento e a consolidação do sistema por meio de diálogos qualificados.

Essa publicação é um exemplo da consolidação e importância desse evento no processo de implementação do SUS, neste sentido, esperamos que “As Idéias do Café” possam atingir um maior número de trabalhadores e gestores do SUS e, assim, proporcionar a reflexão necessária para a mudança de saberes e práticas no Sistema Único de Saúde.

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” e tem no ano de 2006 sua segunda edição. Essa 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 Apoiadores, sempre acompanhando as novas demandas que nascem a partir das mudanças – que tem 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.

Nesse sentido, a Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada (CGAGD/DAD/MS) reuniu o conjunto dos debates realizados no ano de 2006, e apresenta aqui como “As idéias do café” – uma publicação que reproduz as falas dos participantes e facilitadores dos encontros. Para tanto, mantivemos 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 da 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

PACTO DE GESTÃO E FINANCIAMENTO



Thiago Feitosa
Rogério Carvalho

2 PACTO DE GESTÃO E FINANCIAMENTO¹

REGIÃO NORDESTE – ARACAJU – SE

Thiago Feitosa

Diretor de Regulação da Cidade do Recife (PE)

Rogério Carvalho

Secretário de Saúde de Aracaju (SE)

2.1 Fala Inicial dos Facilitadores

Rogério Carvalho

Em fevereiro deste ano, apresentei e defendi a minha tese de doutorado na Unicamp, cujo tema foi “*Saúde Todo Dia, Uma Construção Coletiva*”, que é o projeto de Saúde de Aracaju.

Vou falar um pouco da vivência de um gestor sobre o tema “Pacto de Gestão e Financiamento”. Nesses cinco anos como gestor municipal, nós saímos da condição de município gestor de atenção básica para município gestor pleno de sistema com comando único. Começamos na NOB 96, por orientação do nosso aguerrido consultor do Conasems, que nos disse que não perdêssemos tempo, que fôssemos à luta se quiséssemos ter alguma viabilidade como gestor municipal, que pleiteássemos, o mais rapidamente possível, a gestão plena do sistema e assim nós o fizemos. Passamos um período pela NOB 96, depois assumimos o comando único a partir de tudo que a Noas proporcionou de debate e de acumulação para o conjunto dos municípios e para o conjunto dos gestores e das secretarias que conformam o SUS no Brasil.

¹ Este Café com Idéias foi realizado em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Em função disso, após escrever a tese, refleti um pouco sobre qual é a idéia dos entes federados. Temos um sistema, que é o Sistema Único de Saúde. Como se pode pensar um sistema nacional que tem sistemas locais e sistemas estaduais? Como o Brasil vem construindo o papel desses entes federados? Como os entes vêm se construindo ao longo da história e como vêm se conformando os sistemas de saúde no Brasil? Me detive para pensar: o que aconteceu?

Se observarmos as NOBs, 91, 93, 96 e a NOAS, veremos que elas vão definindo as competências do gestor municipal. Foram NOBs que, na verdade, falavam mais da gestão municipal do que de qualquer outra coisa. Elas foram definindo os papéis do gestor municipal, e, de certa forma, foram desenhando o papel do gestor federal. Já o gestor estadual fica sem uma discussão muito precisa de qual é o seu papel. Se observarmos a NOB 96 – que é mais recente – veremos que é uma releitura das outras, que apresenta uma melhor categorização das questões, precisando melhorar as questões em debate, do ponto de vista de descentralização. Vamos ver que os estados têm um papel, mas qual papel?

A União, como grande financiadora, vai definir o seu papel a partir do financiamento. Não é que a Noas ou a NOB 96 tenham definido o papel da União ou dos estados. É que a União era a grande financiadora do sistema. Na medida que vai se definindo o papel natural dos municípios, que estava na lei (a lei define o papel do ente federado município – “ao gestor municipal compete...”); na medida em que isso vai se tornando operacional, o Ministério da Saúde também vai definindo o seu papel enquanto gestor. Isso porque seu papel vai sendo desenhado na medida em que os recursos vão sendo descentralizados. E a descentralização de recursos geralmente vem seguida de uma contrapartida de quem recebe o recurso.

Nesse processo histórico, dá para se afirmar que o Ministério da Saúde, enquanto ente público, enquanto ente federado, assumiu o papel de formulador e de grande indutor da implementação das políticas públicas na área da Saúde, e, eu diria, com relativo sucesso e com uma certa atipia, comparando com outros órgãos federais.

E onde está essa atipia? Por que ele é tão diferente, comparado a outros órgãos?

Porque consegue ser uma grande agência de referência para os discursos e de validação do que se faz nos municípios e nos estados. Em função de ter se tornado uma grande agência de financiamento dirigido, o Ministério da Saúde acabou se transformando e se consolidando também como uma referência técnica, o que, não necessariamente, poderia ter ocorrido. Para mim, isso é uma atipia em relação a outros órgãos federais que não conquistaram esse mesmo lugar. Portanto, podemos dizer que o gestor federal consolidou, enquanto ente federado, um papel de indutor de políticas públicas na área da Saúde, através do financiamento dirigido.

Assim se consolida no Brasil uma categoria de financiamento que nós chamamos de “caixinhas”, que é o financiamento dirigido. E não podemos cometer o erro de deixar de ter esse financiamento dirigido como forma do ente federado União marcar a sua presença e o seu papel na gestão do Sistema Único de Saúde, como um sistema de todos os brasileiros. Para mim, o primeiro passo para discutir Pacto de Gestão é: Pacto de Gestão entre quem? Qual a história de quem

vai discutir pacto de gestão? Qual a história e o que acumulam os entes federados? Poderíamos dizer que a União acumulou este papel. E acumulou muitíssimo.

Essa conformação se deu com a formação do PAB. Essa é uma grande marca no processo histórico de descentralização, que foi capaz de definir que papel a União teria na gestão do Sistema Único de Saúde. No paralelo, os municípios passaram a ter a responsabilidade de organizar Sistemas de Saúde e Atenção à Saúde. São questões distintas: organizar atenção à saúde é uma coisa; organizar sistema é outra coisa. A Atenção faz parte do sistema, mas não é a mesma coisa, é importante fazer essa distinção. Isso, para mim, hoje é muito claro: é impossível organizar um sistema de saúde, que implementa uma política de saúde, se o sistema não tiver o comando dos serviços que estão num determinado território. Portanto, o comando único é uma conquista que não podemos negociar, não podemos abrir mão, jamais. Essa marca que está na Noas, os municípios não podem abrir mão, sob pena de patrocinar um retrocesso histórico na construção dos sistemas locais de saúde.

Estou dizendo isso porque, no momento em que se criou, em 93, a gestão semiplena, que repassou recursos para os municípios, que descentralizou hospitais, recursos, etc., vimos o *boom* que aconteceu de possibilidades nesses municípios. Por exemplo, Belo Horizonte se transformou rapidamente em um grande sistema municipal de saúde, com incorporação de serviços, uma explosão. Jundiaí, no interior de São Paulo, uma explosão. Campinas não entrou e ficou para trás de Jundiaí em muitas coisas.

Então, o que significou a descentralização? Há uma tentativa, por parte de alguns setores, de resgatar a NOB 96 com a idéia pior dela, que é separar a média e a alta complexidades como sendo de responsabilidade de um ente X e a média baixa e a atenção básica de um ente Y. Não é possível fazer gestão de sistema com essa anomalia de compreensão do que seja a gestão de sistema. Por exemplo: em um hospital geral entra um usuário vítima de acidente. Ali, ele vai consumir procedimentos de diversos graus de complexidade. Fizemos um estudo e nos deparamos com isso. Queríamos descentralizar, mandar para o inte-

rior tudo que fosse de média 1,.. Mas não há como fazer isso. A pessoa acidentada vai fazer procedimentos de M-1 porque o indivíduo, o cidadão, não se divide dessa forma. Ele vai ter que ser atendido em um determinado lugar em que todas as tecnologias serão necessárias. Essa separação de M-1, M-2 e M-3 e separar a responsabilidade da gestão dessa forma é como se nós tivéssemos que dividir as pessoas assim. Quando você necessitar de uma tomografia no seu hospital, o gestor será o estado. Quando for uma endoscopia, o gestor será o município. Quando precisar de UTI, o gestor é o estado. Quando precisar de mastectomia, que é média complexidade, o município é que vai se responsabilizar. Essa é a confusão que se produz quando se pensa em atribuir ao município a M-1, Atenção Básica até a M-2 e ao estado a M-3 e a alta complexidade. Quem é o gestor responsável por garantir o seu direito? Não existe. Essa separação é uma outra discussão problemática que volta agora, da parte de alguns gestores – vocês ficam com isso e nós ficamos com o outro pedaço. Percebemos, na nossa experiência local, que não é possível fazer essas separações. O

gestor municipal tem de ser responsável por tudo que ocorre no seu território. O gestor da atenção básica é também o gestor da atenção ao cidadão que mora no seu território, é ele quem deve viabilizar o carro que levará o cidadão até o sistema que vai atender as suas necessidades.

Outra questão: todos são gestores de sistema. Ser gestor de sistema é ser gestor dos recursos e dos meios para garantir o direito à saúde do cidadão. O Sistema Único de Saúde consiste, na verdade, nos meios e recursos organizados que viabilizam a garantia do direito. Atenção é o modo como se produzem serviços e cuidados para assegurar o direito, do ponto de vista objetivo de cada cidadão. Essa foi a nossa vivência e nas conclusões de minha tese tento falar disso. Não existe gestor de “meio-sistema” – gestor de Atenção Básica, de Média... Só existe “gestor de sistema”. E então temos que ver quais são os sistemas que existem.

O sistema de Aracaju não é igual ao sistema de saúde da Cidade de Pedra Mole. Pedra Mole tem três mil habitantes, aproximadamente, e tem atenção básica. Mas

o gestor de Pedra Mole é gestor de sistema. É ele quem regula o acesso da população dele à oferta de média complexidade ambulatorial em Aracaju – então ele é gestor de sistema. Porque hoje ele tem uma oferta pactuada regulada por ele, definindo quem é que vai acessar. Em Aracaju nós temos uma regulação para garantir o consumo de uma determinada tecnologia, que é preciso regular por conta da equidade: não é que a população de Pedra Mole não terá o direito de acessá-la, mas a regulação de Aracaju terá de definir quem é que vai ter acesso primeiro. O gestor de Pedra Mole é quem vai dizer quem vai e quem não vai (para Aracaju), porque ele é gestor do sistema do seu município. Assim, nós temos trabalhado em Sergipe para que todos possam se viabilizar na relação com Aracaju, que é a sede do pólo.

E quais são os tipos de sistema? Qual é a grande categoria que nos permite definir os tipos de sistemas de saúde? É a população?

Nós começamos a observar que em torno de cada grande centro há muitos municípios que, mesmo tendo população de 200 mil habitantes ou mais, não é referência nem dele próprio, como ocorre em torno de Belo

Horizonte e em torno de Campinas. E tem municípios com 50 mil habitantes que, pela sua situação geográfica, histórica e comercial, acaba tendo um papel relevante e acaba sendo referência da própria população e de outros municípios. Então, começamos a perceber que a grande categoria, ou a grande variável que diferencia e que pode categorizar o tipo de sistema, é a sua abrangência ou a sua capacidade de ser referência. Não tenho dúvida de que essa categoria é suficiente para tipificar e categorizar o município. O município que é geograficamente posicionado, economicamente já é referência de uma região.

Um estudo feito pela Unicamp no começo desta década, em 2001/2002, para viabilizar a divisão dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs), mostrava o seguinte: a história da cidade era mais importante e definia o seu lugar estratégico. Se ela é referência para um conjunto de coisas, ela também é referência para a área da Saúde. E ela só se consolidou como referência para a área da Saúde porque já é referência para um conjunto de outras coisas.

Com isso, podemos falar em tipos de sistemas de saúde: sistemas de abrangência local – é o sistema de saúde

que atende a sua própria população. Ele atende no que tem, mas é gestor de sistema local. Para qualquer cidadão brasileiro que pisar em Pedra Mole, o município terá que garantir acesso àquilo que ele tem para ofertar. Nesse ponto se abre um outro debate fundamental da Noas, que é a garantia de acesso, que precisa fazer parte do Pacto de Gestão. O gestor garante acesso àquilo que consegue ofertar. Se lá em Pedra Mole ele oferece atenção básica, qualquer brasileiro que passar em Pedra Mole tem que ter acesso à rede básica de serviços de saúde. Mas, se esse brasileiro passa pela cidade de Lagarto – que tem 80 mil habitantes e é sede de uma microrregião – tem que estar garantido a ele o acesso aos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar. E toda a população que se referencia ao município de Lagarto tem que ter garantia de acesso a esse sistema, porque ele é um tipo de sistema de abrangência regional. Se não garantir este direito, o município não tem dinheiro, financiamento para ser sistema de referência microrregional ou regional. E se é um sistema de referência regional mais amplo, como é o caso de Aracaju, temos que garantir acesso a todos que vêm a Aracaju.

Olhamos para a história e vemos que os passos que demos configuraram os tipos de sistemas de saúde. Duvido que consigamos achar uma categoria mais precisa para tipificar um sistema de saúde do que a história do próprio sistema de saúde que o caracteriza como de abrangência local, da sua própria população, microrregional ou regional. Isso diz muita coisa, porque é a história do próprio município.

Com isso já temos a União com seu papel, os municípios com seus tipos de sistemas municipais, o debate da garantia de acesso, que é central. Ainda tem um tipo de sistema que eu não me referi, que é o tipo estadual. O tipo dele é dado pelo ente federado que o contém, que é o estado. Portanto, quando falamos de estado, falamos do lugar de política pública, da grande política – o estado tem um lugar e tem um papel.

Poderíamos agora fazer a discussão do financiamento, para depois entrar na questão da gestão da Atenção e do Sistema para pensarmos em um grande Pacto de Gestão.

E como é que estamos consolidando a questão do financiamento? Este ano eu tive oportunidade de visi-

tar e conhecer os sistemas de seguridade de três países. Eles construíram tipos de financiamento. Como se faz o financiamento na Finlândia? A Finlândia faz o financiamento *per capita*, faz o financiamento baseado na idade da população, na distância, porque eles têm um problema de isolamento, de distância, e uma menor população. Ou seja, têm critérios para distribuir e tornar equânime a distribuição dos recursos.

O Brasil, em certa medida, também faz isso na prática. É que nós não costumamos dar nomes e categorizar essas coisas para servir como base e ponto de partida para construção da nossa história de aperfeiçoamento. O nosso eixo de desenvolvimento histórico está dado. Não precisamos inventar a roda. Acho o maior absurdo quando as pessoas querem começar do zero.

Vamos chamá-lo de financiamento dirigido. Ou vamos negar que financiamento dirigido no Programa Saúde da Família não produziu uma revolução na atenção básica brasileira? Não do ponto de vista da qualidade, mas do ponto de vista de termos hoje mais de 60 mil profissionais de nível superior à dis-

posição da população de baixa renda do país. E como foi feito isso? Financiamento dirigido. E o SAMU? Financiamento dirigido. E o controle da dengue? Financiamento dirigido. Então, existe uma modalidade de financiamento inegável pela sua presença histórica e pela sua relevância na construção do SUS, que é o financiamento dirigido. Por que é dirigido? É porque ele vem para fazer “aquilo”. Isso não tem nada a ver com “caixinha”, porque ele pode vir para fazer “aquilo” e cair no “buraco”. Põe-se tudo no mesmo “buraco”, que é o Fundo Municipal de Saúde, e vai se driblando a burocracia. O necessário é ter as equipes pelas quais se recebe, ter o SAMU pelo qual se recebe. Financiamento dirigido é uma categoria fundamental. Não podemos também tirar da discussão o financiamento *per capita*. Podemos fazer financiamento *per capita* com várias escalas. População mais idosa, população mais jovem. Podemos fazer distribuição da riqueza só por esta categoria, distribuição *per capita* – fabuloso, não podemos abrir mão. Está marcado na nossa história: a grande revolução do SUS foi o PAB de R\$10,00. Foi uma grande revolução para o Brasil porque tornou

viável aos gestores municipais construírem a sua trajetória de gestão e de gestores. Também temos no Brasil um financiamento por tipo de sistema, o MAC, o Faec. MAC é tipo de sistema. Faec é o recurso que só vem para o sistema que faz o que o nosso sistema de Aracaju faz, que vai para o sistema de Estância por exemplo, se Estância fizer determinada ação/procedimento. Ou seja, temos definidos no Brasil três tipos de financiamento, está claro para nós. Romper com isso é romper com a nossa história.

Falamos dos tipos de sistema, tipos de financiamento, papel dos sistemas. Falemos, por fim, da gestão. Para mim, a discussão é essa: por que é que eu crio uma Regional e tento criar uma Direção para essa Regional? Num país em que temos três entes federados, criar uma outra instância que se confunde com um outro ente federado – porque não se admite que um ente federado município possa se relacionar lateralmente com outro ente federado município, é tornar inviável algo com o qual temos dificuldade de lidar. Porque não admitir que um ente federado, município, possa fazer parceria com um outro ente federado,

município, e eles se associarem? Para mim, a gestão regional para um pacto tem que ser de Atenção e de Sistema. Sistema regional é onde você tem as ofertas e o recurso, onde produz. Digamos que temos três municípios que conformem mais uns quatro. No primeiro município tem um hospital. No segundo tem um laboratório. Não podemos abrir mais nenhum nem vamos fechá-los, porque repercutiria em uma crise social grave. Define-se um pacto de atenção, e a população de todos os três será atendida. Qual é o nosso pacto de gestão? O dinheiro vai para os três e os três o controlam. Porque é indelegável. Eu, gestor, não posso delegar a você, gestor, para me representar. A população não delegou a você, delegou a mim, como gestor, como representante do ente federado.

Nós construímos uma história tão forte, tão profunda, tão marcante, que o Pacto de Gestão é isso que acabei de falar. Se caminarmos por aí, vamos construir um outro olhar sobre a gestão, sobre os entes federados, os conflitos e os confrontos e se, um dia, eu tiver oportunidade de ser gestor estadual, confesso,

não fico com serviço nenhum, porque eu olharia para a União e copiaria o papel que ela teve na indução de políticas. No entanto a União olha com um olhar muito desfocado, olha no atacado. O estado precisa mais e vai mais perto das necessidades regionais. O SUS é um sistema em camadas. O secretário esperto faz o seguinte: o Ministério põe na prateleira dele uma série de produtos. O gestor os seleciona e vai implantando. Pega um pouco do seu recurso, um pouco do recurso do Ministério e com os dois faz uma ação de Saúde. E se colocasse na prateleira “Quem for mais competente do ponto de vista de comunicação subsume todos os outros financiamentos”. E digo que, nesse caso, é competência política do gestor. Se o estado for muito competente, o que o gestor faz no seu município vira política do estado porque ele foi competente do ponto de vista da comunicação. Isto é natural e é bom que aconteça. Se o estado for competente do ponto de vista da comunicação, ele leva a imagem. E se o governo municipal for competente, ele fala bem de todo mundo, se relaciona com todo mundo, mas a

política é dele, foi ele quem fez, e assim todos se beneficiam. Assim se constrói uma perspectiva de acumulação histórica e de consolidação do SUS.

Thiago Feitosa

Eu sou “da ponta”, tive minha formação acadêmica de Residência e Mestrado em Campinas e lá fui gestor de unidade básica, depois fui gestor de distrito. Naquela época, me chamaram para retornar a Recife como gerente de um distrito, dizendo que era super tranquilo, que o projeto estava muito bom, com uma cobertura muito boa do Programa Saúde da Família. Quando chego lá descubro que era o maior distrito da cidade, com 400 mil pessoas, com cobertura de 20% de PSF e uma população extremamente organizada, com movimento popular participativo, conselhos e unidades. Mas isso foi muito pedagógico como a primeira experiência de um sistema consolidado, com história, em uma cidade que tem um nível de renda como Campinas. E depois, desempenhar um papel equivalente em Recife, com uma outra realidade sendo construída, uma realidade social extremamente

adversa de um grande centro urbano no Nordeste. No entanto, no meio do ano me chamaram para dizer – “Thiago, as coisas estão andando bem no distrito, queremos que você saia por três meses do distrito para montarmos a Central de Regulação. Você vai pilotar esse projeto, tem recurso do Ministério, tem isso, tem aquilo outro.” Na verdade, nós montamos uma Diretoria de Regulação, que vai bem além da Central. E esta diretoria é a minha primeira experiência em nível central. Nela tive oportunidade de participar e articular a inserção do município na discussão da PPI, que foi concluída agora. Tivemos uma participação ativa nesse fechamento e foi uma experiência muito importante para mim. Ademais, eu sou um curioso das questões de financiamento e descentralização, um leitor do Gilberto Carvalho, do Gastão Wagner, da tese do Cipriano, em que ele traz reflexões sobre a descentralização. Baseado nessa leitura e na minha vivência na ponta, quero fazer algumas reflexões. Primeiro, vamos fazer uma contextualização histórica de como chegamos ao município como sendo, hoje, o ator principal do Sistema Único de Saúde, a partir da

redemocratização, do movimento municipalista, que traz no seu bojo a idéia de que as coisas têm que estar mais próximas do cidadão que ali mora, que ali está e que utiliza os seus serviços. A Saúde foi pródiga nisso, sendo a área e o setor que conseguiu avançar mais na descentralização. Quando o Brasil faz uma opção por ter um sistema público de saúde nacional com base no município, ele faz uma opção ímpar no mundo, tendo a descentralização como princípio e como meio de ter um sistema mais eficiente, mais eficaz e mais próximo das pessoas. Além disso, a história da descentralização e da municipalização do SUS produziu um contexto de democratização, de relação mais direta com a população, de possibilidade de interlocução mais próxima do sistema e retroalimentou tudo isso que hoje se encontra no Sistema Único de Saúde. Vejam que já atendemos praticamente 100% da atenção básica nos municípios, mais da metade das referências de apoio diagnóstico da urgência nos municípios, e ainda metade da assistência hospitalar na mão dos estados, e uma boa parte disso com o Governo Federal. Mesmo assim podemos verificar, no cotidiano, que é quando as

coisas acontecem, que a descentralização não está encerrada, é um processo a ser concluído, a ser pactuado. Primeiro pela superposição das competências dos entes, bem colocada pelo Rogério, inclusive no sentido de responsabilidades e competências, da omissão de alguns entes com relação a problemas da Saúde, da negligência de outros. A avalanche de normas e portarias, programas e políticas advindas do nível central do sistema tem um sentido circunstancial, mas não há de se ter algo desse tamanho, como temos hoje, no sistema público de saúde. Esse grau de normatização, de novas regras e de novas políticas e diretrizes advindas do Ministério, mesmo que pactuadas em tripartite é, no mínimo, sintomático de que temos movimentos paradoxais, que caminham para a descentralização mas, ao mesmo tempo, preservam o caráter vertical e unidirecional do centro para os municípios.

Eu queria colocar algumas questões que demandam reflexão que os teóricos verificam e que acho importante lembrar nesse processo.

Primeiro, a possibilidade de um excesso de autonomia por parte dos municípios, que faça com que

alguns compromissos de serviços e ações possam, em algum momento, negar a necessidade de estarmos trabalhando em rede entre municípios, entre sistemas. Temos verificado isso no cotidiano das relações entre municípios próximos. Entre os municípios de Campinas e Recife está claro que isso acontece. Não necessariamente um município, por ser pleno, tem o mesmo grau de resolução dos problemas e de articulação com os municípios vizinhos, ou com o estado, que outros municípios. Daí a necessidade de definirmos o papel de quem regula e de quem media algumas relações entre municípios. E neste ponto o estado entra bem, facilitando, interferindo e intercedendo no processo. Outra questão nessa linha é a diminuição da integração e da solidariedade entre municípios, que se verifica principalmente por quem é pólo, quem recebe a demanda e, muitas vezes, não tem a correspondência, o retorno por parte do município que demanda e que teria responsabilidade sanitária sobre seu município. Observa-se também uma heterogeneidade imensa de modelos e estratégias municipais. Isso, ao mesmo tempo que traz uma riqueza imensa para o sistema de

saúde, que dá sentido, renova e revigora, também dificulta as estratégias globais de financiamento. Há que se pensar algo que facilite a heterogeneidade mas que seja viável ao longo do tempo. Temos verificado que algumas iniciativas municipais acabam esbarrando na não-garantia de linhas de financiamento, uma vez que são iniciativas próprias daquele município que não estão contempladas no rol de financiamento específico. Há neste ponto uma falha e temos que refletir sobre os financiamentos específicos, as ditas “caixinhas”.

Outra questão que a descentralização não superou foram as iniquidades; continuamos tendo iniquidades. Recentemente analisamos isso em Pernambuco. Tem *per capita* em média complexidade, que vai de 12 a 27 em municípios de gestão plena, o que não se justifica só pela oferta de serviços. Se justifica porque determinado município negociou um teto na hora em que se tornou pleno, num contexto que outro não teve. Essas distorções precisam ser observadas porque prejudicam a sustentabilidade do sistema nos novos municípios que estão se tornando plenos e que não têm tido o mesmo acesso ao financiamento que outros obtiveram em épocas diferentes.

Outra coisa que temos visto é que a demanda pela pactuação, pelo Pacto de Gestão, tem sido uma demanda daqueles municípios que têm uma tradição de quatro, cinco, seis, oito anos ou mais do que isso. As interrupções por conta da alternância de poder nos municípios têm feito com que se “reinvente a roda” a cada quatro anos, muitas vezes desconstruindo o que estava construído para construir outra coisa no lugar. E não necessariamente isso se dá em cima de outros patamares de necessidade e de financiamento do sistema. Nota-se que há interesse pela discussão do pacto muito mais por esses municípios que têm uma constância na construção do sistema do que propriamente de uma parcela importante de municípios que não teve essa oportunidade.

Outra questão importante é a Lei de Responsabilidade Fiscal que tem servido de impedimento, que tem impossibilitado que se avance na ampliação do acesso. Já estamos observando isso em Recife, tivemos esse problema em Campinas. Isso tem que estar previsto de alguma forma na discussão do pacto – como se supera isso? Acho que inclui a “Carreira SUS”. Claro que isso vai figurar como impeditivo à descentra-

lização, a curto prazo, para muitos municípios, e já está para alguns. E a médio prazo corremos o risco de estacionarmos pelo impedimento de fazer novas contratações, de investir em recursos humanos e em pessoas para ampliar o acesso. É importante isso ser discutido no pacto.

Outra coisa são os repasses parciais. Estamos no momento com repasse tripartite. Acho isso importante, mas coloco para discussão se isso não dilui a descentralização. Se não é mais importante discutir, através do pacto, o que vai ser responsabilidade de cada ente do que estarmos implantando políticas e fragmentando o financiamento; quer dizer, um entra com 25%, outro com 25%, outro com 50%. Isso é exemplo do SAMU e de outras políticas que estamos vendo. Não seria melhor discutir, ainda no âmbito do pacto, áreas e setores estratégicos em que cada ente possa estar assumindo o financiamento e o repasse para que o município tenha a gestão da política do serviço que está sendo oferecido?

Também podemos observar, e em Pernambuco vimos muito isso durante o processo da PPI, é a posição

de alguns gestores que querem aplicar recursos no seu próprio município e a dificuldade do estado e dos outros entes de mediar essa relação da referência da população. Isso para quem é de uma capital, é algo não resolvido. Porque de fato as capitais nunca recebem em recursos o que recebem em clientela que demanda resolução e encaminhamento dos problemas. E o fato de haver PPI não garante a resolução disso.

Outro problema é o uso dos 15% da emenda nos municípios com ações externas à saúde, sendo justificado das mais diversas formas. Recursos dos 15% sendo contados para inativos, repasse para saneamento e drenagem... É corrente a justificativa de que saúde é “tudo”, mas estamos falando de investimento no setor Saúde, não em saúde *lato sensu*. Quando discutirmos a Lei da Responsabilidade Sanitária e o Pacto de Gestão, teremos que enfrentar isso.. E como vamos nos portar diante do ajuste econômico, do arrocho, do superávit? É paradoxal o caminho de custo crescente da Saúde em relação ao momento que vivemos de política econômica. A discussão do pacto deve levar em conta o contexto político e político-econômico.

Para concluir, queria lembrar e ressaltar algumas coisas que estão na proposta do pacto.

Primeiro, a necessidade de levar em conta a complexidade do território e as suas relações internas, entre os municípios. Os municípios são muito diferentes. Os sistemas regionais – acho que o pacto responde um pouco a isso. Não dá mais para ficar só na bipartite enquanto mecanismo de pactuação. Temos que ter mecanismos constantes de gestão compartilhada e avaliação compartilhada, naquilo que compete aos gestores municipais. Não se pode ficar esperando que um município tome a iniciativa de pactuar com outro, tome iniciativa de avaliar e controlar para onde está indo sua clientela, o que aquilo está produzindo, que gastos aquilo está gerando no município vizinho ou quem está recebendo esse retorno. Isso deve ser compartilhado, o que necessita de mecanismos de gestão, e as bipartites não têm atendido a isso. Elas têm funcionado como instrumentos de pactuação em relação ao financiamento recebido do Ministério, mas não estão dando conta da gestão cotidiana nem da pactuação cotidiana. Temos que diminuir os pacotes

verticalizados, restringindo-os a políticas ordenadoras, constitutivas e estruturantes do sistema; aí sim, existe a necessidade de ter, por parte do ente federal, alguma verticalização. E estabelecer os contratos de responsabilidade entre os gestores, inclusive regular, controlar e observar se os municípios que assumem compromisso têm, na verdade, a capacidade de responder do ponto de vista assistencial, considerando que nem sempre isso é garantido. Nem sempre temos mecanismos para estarmos avaliando e co-gerindo isso no dia-a-dia.

A descentralização do SUS foi fundamental para termos chegado onde chegamos. O SUS hoje é um grande empregador neste país, ele gera renda, promove cidadania e garante direitos. Daí a necessidade de garantirmos este processo estruturante para o nosso projeto de Nação e de Estado. Não estamos falando da construção de um setor, mas estamos falando da construção de um Estado, um Estado de inclusão e um Estado garantidor de direitos.

2.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Todos sabemos que o município é hoje o grande executor das ações de saúde no país inteiro. É lá no município que o indivíduo nasce, cresce, se reproduz e morre. No Amazonas temos um ditado que “quando o caboclo morre, o prefeito tem que dar o caixão, a vela, e ai dele se não der a bolacha e o Nescau para velar de noite. Nescau com café.” Quando se trata de Pacto de Gestão e financiamento, temos que levar em conta, principalmente, alguns problemas estruturais. Principalmente no que diz respeito ao financiamento. Nesse pacto federativo, vivemos um federalismo predatório e canibalesco. É a União querendo devorar estados e municípios, e os estados querendo devorar os municípios. E os municípios, se ainda acham pouco, ainda ficam concorrendo com os vizinhos. “O secretário ao lado foi contemplado com um ultra-som e eu também quero um. Não tenho nem profissional para operar aquilo, mas quero um.” Quero dizer o seguinte: nesse bolo tributário, a União fica com algo em

torno de 65%, os estados em torno de 22% e sobra para o município algo em torno de 15% (se alguém puder, me corrija). É uma distribuição perversa, porque muitas vezes o Ministério cria um programa na melhor das intenções, mas no final vai “sobrar” muito mais para o município. Posso dar um exemplo: agora mesmo, estamos criando o C.E.O de Tefé, Centro de Especialidades Odontológicas. Teremos que contratar três profissionais odontólogos, o município vai entrar com a média/mês de R\$12 mil a R\$15 mil e vamos receber R\$6 mil. É perverso. A idéia é boa, a intenção é boa, mas na repartição “sobra” para o município. A própria emenda, o município entra com 15%, o estado entra com 12% mas fica com boa parcela da arrecadação. Só a título de comparação, na Suécia os municípios detêm em torno de 70% dos recursos federais. Alguém me corrija se eu estiver errado. Outra situação que também temos que levar em conta é em relação às desigualdades. Precisamos rever esta situação, porque no Norte e Nordeste temos situações completamente diferentes, mas não vamos debater aqui, porque já está mais do que “pisado”. Mas temos

que lutar por uma melhor repartição desse bolo tributário. Senão, vamos ficar patinando e digladiando nos pelos poucos recursos que temos quando deveríamos brigar por uma melhor distribuição desse “bolo”.

Participante B

Queria contribuir com a discussão abordando três pontos. Acredito que a proposta e as possibilidades que temos hoje com o Pacto de Gestão é de modificar essa loucura em que se transformou fazer saúde pública com oito, nove portarias por dia. Não temos hoje condições humanas nem logísticas de estarmos administrando dessa forma, muitas vezes com portarias contradizendo outras portarias, uma loucura completa. Acredito que o pacto seja uma oportunidade de reformular e fortalecer o papel dos municípios, fortalecendo a descentralização, constituindo espaços onde os municípios possam se inter-relacionar, retirando essa figura horrenda que são as famosas Regionais, onde vemos o estado interferindo e prejudicando a organização dos serviços. Temos que constituir, no Pacto de Gestão, vias em que esses municípios se inter-relacionem através da oferta de serviços e através

de um espaço de uma comissão de gestão onde os secretários municipais de saúde e suas equipes conduzam esse processo de organização. Isso é possível, basta que-rrermos, basta este ser o ideal dos secretários municipais de saúde. Uma outra questão que acredito que o Pacto de Gestão viabiliza é a definição do financiamento dos governos estaduais para a saúde pública deste país. Desculpa a palavra, mas é hipocrisia dizermos que temos um sistema que envolve as três esferas de gestão pública e onde, praticamente, duas esferas financiam o sistema e o estado se coloca à parte desse financiamento. É necessário que o Pacto de Gestão saia com o compromisso formal do Conass de financiamento da atenção básica e, principalmente, financiamento de média complexidade dentro deste país. Não adianta continuarmos fomentando a atenção básica e estarmos com a média complexidade estrangulada, sem dar condições de acesso ao usuário que passa pela atenção básica à continuidade e à integralidade do atendimento. A outra questão, para terminar, é com relação ao financiamento. Eu não vou aqui nem levantar a questão da Região Norte, pois já falamos demais disso. Mas é uma

questão que acredito que o Sistema Único de Saúde tem que levar em consideração, que são as condições financeiras da maior parte dos municípios deste país. Não podemos ter critério de financiamento de atenção básica igual para o município que tem arrecadação de R\$ 200 milhões/mês e para o município que tem arrecadação de 7, 8 mil/mês. É inviável. Isso eu falo com base na experiência do município onde sou gestor, onde temos uma arrecadação mensal dos 15% constitucionais que dá uma média de R\$ 19 mil/mês e onde recebo do Ministério mais de R\$ 100 mil. Essas são condições ilógicas, porque o meu financiamento da atenção básica é igual ao financiamento da atenção básica de qualquer outro município do país. Os municípios têm, muitas vezes, 70, 80 km², mas temos um município lá com 7.500 km². Essas realidades têm que ser percebidas nesse processo de discussão do Pacto de Gestão para que nós não efetuemos apenas mudanças na estrutura e na consolidação do sistema, mas continuemos fazendo com que o financiamento continue no mesmo gargalo em que se encontra hoje, tratando os desiguais igualmente.

Participante C

Estamos discutindo já há três anos, desde o início do atual governo, um Pacto de Gestão. Ele teve alguns tópicos iniciais de discussão que eu acho muito importantes e gostaria de destacar. Primeiro, a questão da responsabilidade sanitária. Eu acho que o Pacto de Gestão começa, antes de tudo, com a definição da responsabilidade sanitária de cada um dos entes que, dentro da nossa Constituição, tem autonomia e responsabilidades que nos fazem um pouco diferenciados, mas a nação brasileira nasceu através dos municípios. Se somos diferentes, não foi a Constituição que fez essas diferenças. Foi o próprio processo civilizatório brasileiro que desaguou nisso, com a questão da municipalização. Outro ponto de fundamental importância que eu coloco é a questão da regionalização. Obviamente, nós não podemos continuar com alguns processos de municipalização da forma como estão ocorrendo em determinados pontos. Eu não sou daqueles que abraçam e assumem a chamada “municipalização autárquica”. Alguns assumem como lema para poderem defender aquilo que o Rogério ressaltou

como possibilidade de criação de um processo de gestão regional, ou seja, da quebra do comando único. Não sou a favor, vou deixar isso bem claro. O que eu entendo é que precisamos, e o Conasems encampa muito a fala do “Odorico” nesse sentido: no Pacto de Gestão, o município tem, primeiro, que assumir o “pacto da vergonha na cara”. O município tem que cumprir o que é competência de cada um dos municípios. Ou seja, tem que cumprir com a sua atenção básica, forte e ampliada, ter um nível de resolutividade que não force, como o companheiro colocou, situações como de um pólo micro ou macrorregional que tenha de assumir responsabilidades de um outro município sem, às vezes, nenhum financiamento disso, investindo recursos próprios, sacrificando os municípios micro e macrorregionais. Também temos que pensar em trabalhar um processo de regionalização cooperativa e solidária porque nós não podemos pensar o Sistema Único de Saúde sem colocar a questão da escala e do escopo. Não podemos ter essa disseminação da descentralização e da municipalização da forma como ocorreu, em que cada município de

determinadas regiões, municípios de 20 mil a 30 mil habitantes, querem para si a capacidade de assumir responsabilidade terciária, responsabilidade que não teriam a mínima condição de assumir. Às vezes, vemos montados muitos serviços de Oncologia sem a mínima possibilidade de ter financiamento, só porque um deputado “tal”, amigo do ministro “tal”, ou porque em uma pactuação, na época em que o município se habilitou, foi possível negociar um teto “x” que possibilitou montar o serviço. A regionalização vem no sentido de que precisamos trabalhar a questão da hierarquização do sistema, mas trabalhar no sentido de buscar a cooperação e solidariedade. Eu entendo isso como forma de estar reforçando, capilarizando, socializando e dando transparência às instâncias que, na prática, são as instâncias do Pacto de Gestão: a CIB e a Tripartite. Temos a experiência de Minas que, há mais de dez anos, tem 27 CIBs macrorregionais que funcionam regularmente, participam do processo de discussão das políticas públicas de saúde. Hoje temos um processo de capilarização em que temos 75 CIBs microrregionais e, às vezes, uma dessas CIBs tem dois

pólos, porque às vezes são municípios muito parecidos, com a mesma capacidade resolutiva e a CIB funciona um mês em um lugar e outro mês em outro. Essas CIBs funcionam como Pacto de Gestão. A transparência, a cooperação e a solidariedade que se conseguem com esse processo são tão grandes que o próprio processo de investimento e criação das políticas públicas em Minas não têm condição de serem feitos sem que se passe por essas instâncias que eu considero as instâncias de Pacto de Gestão na prática. Tem o Pacto de Gestão na questão filosófica e na questão prática. O Pacto de Gestão é a conversa, a troca de idéias entre o gestor federal, o gestor estadual e o gestor municipal. Sabemos que têm muitas diferenças de estado para estado. Tem estado que quer ter o seu Sistema Único de Saúde. Tem estado que coloca recurso para a Saúde e tem estado que não coloca recurso para a Saúde. Tem estado, por exemplo Minas Gerais, no governo anterior colocava algo em torno de 2,5% dos recursos para a Saúde. O governo atual não cumpre a Emenda Constitucional 29, mas o pouco de recurso que ele conseguiu colocar a mais, de forma transparente e

discutida dentro das instâncias de Pacto de Gestão do estado – implementando as suas políticas de atenção básica e de atenção hospitalar com discussões e com aprovação da distribuição dos recursos, implantando uma política de tentativa de diminuição das desigualdades regionais, priorizando o investimento em áreas de risco ou áreas mais pobres como Jequitinhonha ou Mucuri – conseguiu, com um investimento perto, mas aquém da emenda, dar um salto de qualidade na gestão e na assistência sendo que, de outra forma, nós hoje teríamos uma quebra total do Sistema Único de Saúde em Minas. Fiz questão de ressaltar isso porque eu entendo que o comando único é cláusula pétrea. Quando foi feito o documento, participamos de diversas reuniões. Há umas três tripartites, quando foi proposto o documento para se chegar à proposta do Pacto de Gestão, existia a proposta de criação de um ente local de gestão. Mas no final, na última tripartite, constam, no documento de proposta do Pacto de Gestão, as CIBs Micro e Macrorregionais como entes gestores mediadores da gestão regional. Inadmissível é pensar que vamos estar criando um outro local de

gestão microrregional que não sejam as instâncias de pactuação. Na experiência de Minas não abrimos mão do que foi feito até agora. Todos os municípios com representação nas CIBs microrregionais e, nas CIBs macrorregionais, cada uma das micro com um representante, eleito pelos seus pares.

Participante D

Tive oportunidade de ser gestor da Universidade em duas oportunidades, como gestor do Hospital Universitário por duas vezes e em uma pró-reitoria. Tive também oportunidade de ser gestor estadual, e agora estou como gestor municipal. Tudo que está sendo debatido aqui tem uma causa principal que causa as divergências. Uma coisa é unanimidade: temos que discutir, divergir, e através dessa divergência, encontrar soluções. Sem essa discussão, não avançamos. O fato é que o financiamento não dá para fazer tudo. Se fizermos uma comparação com o Panamá, o Brasil investe metade do que o Panamá investe em saúde, que é uma média habitante/ano de US\$ 400. Ou seja, por mais que se queira, a conta não chega. Temos que otimizar os recursos através dessa discus-

são de parcerias. Se fosse possível fazer o que o Rogério disse, seria uma beleza, se houvesse realmente esse volume de recursos para financiar a saúde. Mas esta conta hoje não fecha.

Participante E

Está sendo importante a fala dos facilitadores e é bom colocar uma coisa – a construção do Pacto de Gestão está sendo feita de forma tripartite. Já tive oportunidade de ser gestor municipal, gestor e de fazer parte de gestão estadual. Hoje convivo na construção do Sistema Único de Saúde no âmbito federal. Acho importante colocar aqui que, em que pese toda veemência em defesa da importância da ação local, também temos que pensar e fortalecer a responsabilidade do gestor estadual, senão estaremos órfãos na discussão do processo. Isso porque ao discutir responsabilidade sanitária, estamos também trazendo para o centro do debate a responsabilidade do gestor estadual que, em alguns lugares, faz um papel adequado e em outros lugares inadequado. Tanto como alguns municípios também têm seus problemas, é importante ressaltar que a construção desse pacto se dá na for-

ma tripartite: todo esse processo está se dando, sendo construído, conversado e desenhado de forma tripartite – Ministério, Conass e Conasems. Coloco isso para os facilitadores porque está sendo uma experiência extremamente rica. Desenhar uma norma, dentro do Ministério, usando critérios e parâmetros de uma linha de conceitos, é uma coisa até simples, e isso, acredito, é o que historicamente aconteceu. A construção do pacto é totalmente diferente, porque está sendo feita no cotidiano e no debate intenso entre os três entes. Aí eu gostaria de discordar do Rogério só numa coisa – eu não sei se nós não estamos “colocando a colher no centro do prato” com a força toda que cada um de nós acha que tem de ser colocada. Mas, que nós estamos centrando fogo em questões muito concretas, que historicamente foram colocadas de lado, estamos. Pode ser, por exemplo, que pensar em reduzir o número das “caixinhas” de cento e tantas para seis blocos não seja a saída mais adequada e necessária. Mas ela hoje ainda é um gargalo, um grande entrave na relação com os gestores municipais. Eu, por exemplo, fui secretário municipal de Saúde e “morria” porque re-

cebia aquele bolo de dinheiro dividido em um monte de pedaços, e não tinha liberdade de realizar determinados processos para resolução de problemas para os quais tínhamos saída. Foi colocado que há um “saco” só, que é o fundo, e aí você teria essa liberdade. Mas, por exemplo, hoje, a maioria dos municípios brasileiros está “na brocha” com a Controladoria-Geral da União, com o Tribunal de Contas, porque enquanto defendemos que se possa ter essa liberdade, o Tribunal de Contas e a Controladoria-Geral da União, usando uma norma que nós mesmos escrevemos, nos penalizam, não querendo saber se o indicador foi alterado, se a saúde melhorou, se você salvou mais gente, não. Se foi utilizado dinheiro de uma “caixa” em outra, mesmo dentro do mesmo processo, atenção básica, da média ou da alta, haverá problema. Ou iniciamos essa mudança, ou vamos estar penalizando uma série de gestores que, como você e outros, estão fazendo um trabalho super importante, mas estão sendo penalizados. Concordo que, realmente, teremos que avançar na discussão de qual é o financiamento que queremos, que financiamento é necessário, de como podemos

debater isso de forma adequada, visualizando as desigualdades. E o desenho desse financiamento, à luz dessa tipologia que foi colocada, da visão do sistema, acho que carece, sim, de um debate que possa qualificar e até dar força a essa idéia. Por isso, o processo do pacto está em construção – para que possam aportar novas idéias e novas concepções.

Participante F

Sobre o caso da CGU, é como foi citado mesmo. Sou prova disso. Nosso município passou por essa revisão da CGU. Nós depositávamos o recurso do PAB Fixo e o PAB Variável em uma mesma conta. A CGU “caiu em cima” provando que não poderia, que seria necessário abrir contas específicas para cada programa, e foi feito isso. Até, pedindo licença ao Rogério, não entendo como o município de Aracaju consegue alocar esses recursos em uma fonte só, e o Município de Pedra Mole, há pouco tempo, foi questionado com isso. Pedra Mole realizava os pagamentos, demonstrando onde foi gasto, tudo certinho, mesmo assim a CGU não aceitou. Tivemos que abrir essas contas específicas para cada programa. Procurei saber perante

o Ministério, e não há como o Ministério repassar o recurso já para cada conta. O município é que tem que fazer essa parte. Se pudesse facilitar, ter essa flexibilidade de depositar todo o recurso em uma única conta e dessa única conta fazer a prestação de contas desse recurso, seria bem melhor e mais vantajoso para a população e para o município.

Participante G

Trabalho com gestão há muito tempo, fui gestor na época em que não havia dinheiro. Não tínhamos informação nem do que acontecia em cada uma das cidades. Nem quantas AIHs havia, quanto se gastava, ninguém sabia. Tudo ainda era centralizado e federal, e a nossa briga era estabelecer um processo de gestão, ser gestor. O Rogério colocou com muita clareza que gestão não pode ser delegada. É o prefeito que foi eleito que tem a responsabilidade pela saúde da população e por isso tem que responder, qualquer que seja a consequência. Durante o processo de construção desse papel que hoje está bem definido pelos municípios, o que os municípios tiveram de cometer de atos que não tinham respaldo, não foi brincadeira. Podemos

lembrar vários. Acho que essa ousadia de querer ser gestor é atribuição colocada: ele está eleito para isso. Estávamos discutindo aí a questão das “caixinhas”, o que o Tribunal de Contas exige e o que tem base legal, as normas de criação de “caixinhas”... Agora, exigir conta bancária específica para prestação de contas, isso o gestor não é obrigado a fazer. O gestor é obrigado a prestar conta do fundo, não é obrigado a prestar conta de conta bancária. Mas, enfim, é verdade que há distorções, pressões, que o Judiciário age de maneira A, B ou C,... é uma outra discussão.

Eu queria chamar a atenção para o seguinte: não podemos discutir a idéia do pacto como uma coisa estática. Ele é permanente, é cotidiano. A criação de um espaço de gestão regional, que nome tenha, pode ser CIB, pode ser colegiado, não é um outro ente, é algo que favoreça a articulação e o caráter cotidiano e permanente do pacto. É por isso que o Conasems vem apostando que, ou participa todo mundo que está na região ou então não é esse o espaço de articulação regional cotidiano, pois assim ele não teria como exercer esse papel. E isso exige a descentralização de po-

der para esse espaço, que hoje não temos. Exige muito mais do que o Ministério abrir os seus instrumentos de gestão de programas e projetos. Implica que o poder decisório, o poder de decisão esteja neste espaço. Não dá para centralizar tudo numa tripartite, como também não podemos centralizar nas bipartites. Tirar da tripartite e passar para as bipartites não vai mudar a realidade e as dificuldades de gestão que cada gestor tem. Esse espaço regional tem que ser acompanhado também de algum poder. Essa é uma discussão importante a se fazer. E neste ponto temos divergências históricas e vamos ter, mesmo no processo de pactuação. Não é só município e estado que divergem. Tem horas em que temos divergências com a União, de papéis, de posições colocadas. Algumas são históricas, derivadas dessa compreensão do que é ser gestor, se gestão é uma coisa delegável ou não. Nós entendemos que não dá para discutir isso. Acho que temos que compreender que são momentos históricos e esse pacto, com certeza, não pode terminar numa tripartite que definiu uma norma, apenas. Acho que ele tem que ser entendido como um processo permanente dentro do SUS.

2.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Rogério Carvalho

Eu fiquei atento às falas e acho que podemos colocar vários temas no Pacto de Gestão, mas precisamos construir uma equação central para organizar quem é quem, quais os elementos que compõem este pacto, o que é central. Garantia de acesso é central, é uma conquista. Sistema – ter claro quais são os sistemas que pactuam. Não podemos falar em financiamento sem dizer – vamos financiar o quê? Temos um problema seríssimo no debate acadêmico, que é a ausência total e absoluta de objeto. É o “eu acho sobre o que Fulano falou sobre o que Beltrano falou” sobre algo que não sabemos mais do que se trata. É preciso reencontrar o objeto. O objeto dessa discussão toda sobre o ponto de vista da gestão é aquilo que faz existir o sistema, que é o próprio sistema – a produção de serviços, o lugar... Estamos falando de Pacto de Gestão, que tem uma coisa central: o sistema. O que é isso, o sistema? Estamos falando de quem? Como nós caracterizamos o sistema? Temos uma história que aponta isso. Preci-

samos construir essa equação. É fundamental que haja clareza sobre os papéis de cada ente federado. Tudo bem que o papel se constrói ao longo da história, mas podemos induzir. O financiamento é outro elemento constitutivo central. Porque é central viabilizá-lo, provê-lo no sistema. E a gestão da atenção é do próprio sistema. Essas são as questões que eu acho que são as variáveis para composição de uma equação que orientará o resto das discussões. Elas têm uma hierarquia sobre as demais. Responsabilidade sanitária, tudo isso, é decorrente, porque se não tiver o principal, não existe. Eu costumo pensar montando equações. Quais são os elementos que vão compor essa equação? Talvez haja mais alguns elementos centrais. Qual é a equação? É preciso definir equação, para que se abra o debate com norte, com rumo. Qual o erro dessas discussões? Começamos discutindo tanta coisa, queremos colocar tanta coisa dentro desse “saco”... Já pactuamos muitas coisas, aprovadas na CIB, na CIT, e o que é que mudou? Nada. Porque não é central, ficamos só “comendo mingau frio”, não colocamos “a colher no meio do prato”. E o “meio do prato” é o que

nós estamos chamando de sistema: quais são os papéis, como é o financiamento, como se dá a garantia de acesso, como se dá a gestão da Atenção e do Sistema no âmbito regional, estadual, como se faz, como se pactua. Isso é o “miolo”. E nós já produzimos história suficiente para definir a natureza e as características desses componentes. Pode-se até negar a história e começar de novo, mas não acredito neste caminho. Temos memória, temos acúmulo, sabemos lidar com isso, sabemos fazer, fazemos “assim”. Precisamos focar, ter clareza, formular sobre isso, fazer um enfrentamento qualificado, pautar uma outra discussão. Nós não pautamos, somos pautados. Temos que ter a força de um tufão. E se não é limpo, se não é claro, se não é preciso, não tem a força de um tufão para convencer, para mobilizar. Há tanta coisa nesta discussão que nem sabemos mais do que estamos falando.

Thiago Feitosa

Tem gente que raciocina com equação, tem gente que desfaz a equação para raciocinar, e tem gente que raciocina desfazendo a equação. Disseram que pactuamos muita coisa. Nós estamos pactuando agora. Na última tripar-

tite fizemos uma pactuação de extrema importância que vai ter impacto nos municípios. Essa questão das “caixinhas”, por exemplo, vamos sair de 101 “caixinhas” para seis modalidades de transferência de recursos, o que vai desengessar e muito as gestões municipais. Pelo menos espero que isso venha a causar esse impacto. Sobre as questões de financiamento, é uma outra discussão. Nós não discutimos financiamento aqui. Discutir financiamento é discutir a Emenda 29, a regulamentação da Emenda 29. É discutir quem vai cumpri-la, quem não vai cumpri-la. Isso seria o foco fundamental de qualquer, inclusive, Pacto de Gestão. Estão todos dentro do Pacto de Gestão lutando pela regulamentação da Emenda 29, que é o mínimo para que se possa cumprir com o que a Constituição nos obriga. Tudo no SUS é desse jeito. Extremamente sistêmico, e acabamos pondo tudo dentro do mesmo “saco de discussão”. Começamos a discutir atenção básica, aí discutimos financiamento, regulação, tudo para poder discutir atenção básica. Mas com todas as dificuldades que temos avançamos muito, como na última tripartite. A tripartite do Rio de Janeiro foi his-

tórica. Estamos reduzindo de 101 “caixinhas”, ou 99, para seis tipos de repasse de recursos, dando autonomia. Um choque de descentralização de fato.

Participante C

Por mim, se tiver “caixinhas” e pudermos colocar tudo no mesmo “buraco”, podem ser até mil “caixinhas”, o número não importa. Importa é se podemos ou não mexer com o dinheiro para fazer o que precisamos fazer. Agora, se houver mil “caixinhas”, mil financiamentos dirigidos lá “na prateleira” e eu puder acessar, não tem problema. Isso é secundário, não é central. O central é ter a liberdade de mexer com o dinheiro. Agora, se esse dinheiro estiver representado em 200, em 300, em seis ou em cinco, isso é secundário. Não podemos abrir mão do financiamento dirigido. Sou contra qualquer ente federado abrir mão do financiamento dirigido.

Rogério Carvalho

Também sou contra. Mas também sou contra, por exemplo, que o financiamento seja dirigido por

um único cérebro pensante. Acredito que, se fizermos o Pacto de Gestão e estabelecermos as instâncias de gestão, com transparência, regularidade e representatividade, começaremos a ter o município pequeno e o estado entrando dentro do “sistema nervoso central”, começando a planejar e a induzir políticas discutidas na base. Um cérebro pensante, sozinho lá dentro do Ministério, não adianta. Dá no que deu até hoje.

Thiago Feitosa

Fez muita coisa boa.

Rogério Carvalho

Fez coisa boa, mas pode fazer melhor.

Thiago Feitosa

Resultou em muita coisa boa, deu muitos frutos, mais do que se consegue pensar. Agora, não estamos resolvendo questões centrais que precisam evoluir. Central é “financiamento por tipo de sistema”, sistema “x”, sistema “y”, com garantia de acesso. Se é dividido em dez “caixinhas” está ótimo, que caia em um lugar só, que se preste conta pelo que foi assumido

como compromisso. Central é qual o papel do estado, o papel da União,

Rogério Carvalho

Eu estou entendendo o que você está falando. É financiamento por tipo de responsabilidade sanitária.

Thiago Feitosa

É isso também, a mesma coisa.

Rogério Carvalho

Entendo que, quando o Ministério pactua que vai mudar o repasse de recursos de 101 tipos de “caixinhas” para seis tipos de repasses, ele está flexibilizando e criando a possibilidade de se fazer aquilo que se precisa fazer com o recurso.

Thiago Feitosa

Até para não haver o jogo de hipocrisia no financiamento como, por exemplo, nos CEOs: se pega a Policlínica que tem quatro cadeiras, recebe o financiamento e põe para rodar como CEO. Entrou pelo mesmo lugar, viabilizou o município. Só que é um jogo

que não tem sentido. Sou mais na sua linha mesmo. Se puder simplificar, agrupar em blocos, dar sentido à criatividade do município para arrumar saídas de acordo com os problemas, é possível pactuar saídas. Não estou dizendo deve ficar tudo solto, ao bel-prazer do município. Podem ser pactuadas saídas, mas com mobilidade para os municípios, inclusive de traçar seus próprios caminhos naquilo que está sendo pactuado. Concordo com você. Só que passamos mais na periferia do papel do estado. Isso não está claro, a linha cruzada é cotidiana, quem passa a lidar diretamente com bipartite, com PPI, passa a ver inversão de papéis, a sobreposição, uma confusão tremenda que se faz contra os próprios fundamentos do Sistema Único. Se há algo fundamental que precisa ficar claro nesse pacto é isso. E em alguns estados, mais do que em outros. Pernambuco é um exemplo de que nós vivemos isso de forma cotidiana. Em Recife, uma cidade de gestão dupla, sem comando único, isso é mais grave do que em outros locais que já superaram esse problema.

Rogério Carvalho

Eu queria deixar uma coisa muito clara. Uma coisa, é a definição dos tipos de financiamento, como serão aportados recursos para os sistemas municipais e estaduais,. Ou seja, quando digo financiamento dirigido, estou dizendo o seguinte: pode haver mil formas de dizer. Posso especificar: vou usar este dinheiro para “isto”, ou para “aquilo”. É diferente de como se observa e de como se obriga a fazer a gestão por quem recebe. São coisas absolutamente distintas. Então, por mim, acabaria com todas “as caixinhas”, era um “buraco” só, não seis. Podem existir mil formas de aportar recurso. Na hora que cai no fundo, o que vale é o acordo que fiz para aquele recurso que estou recebendo. Veja só a loucura: temos um Centro Especializado em Saúde do Trabalhador, montamos antes de receber o dinheiro, já tínhamos o espaço, estava montado e chegou o dinheiro. Aí precisávamos comprar o ar-condicionado e dizer que foi para o Centro de Saúde do Trabalhador. Estou mentindo? Esta é a realidade. Bom, o que é que eu estou defendendo: tenho que mostrar que abri o Centro de Saúde do Trabalhador. A Auditoria tem que saber

que o dinheiro foi aplicado de modo a cumprir o que é compromisso, se não, o dinheiro deve ser devolvido. Ponto. Agora, se serão mil caixinhas de repasse dirigido, não tem problema nenhum. O que não pode é ter dez “buracos” para colocar esse dinheiro, do ponto de vista do gerenciamento e da gestão deste recurso. Não vejo divergência nenhuma, pelo contrário, sou mais radical ainda, deveria haver um “buraco” só. Estou dizendo outra coisa sobre as modalidades de repasse de recursos – uma, é o repasse dirigido, o que é central, para que se induza, para que se oriente, para que quem tenha o recurso e queira fazer sua política, o faça adequadamente; duas, o repasse *per capita*: estou dizendo que o dinheiro deve ir para determinado lugar porque existem pessoas que moram ali, é uma forma de distribuir riqueza. O *per capita* pode fazer diversos cálculos. O *per capita* de acordo com a população, idade, etc. Deve ser por habitante seguindo alguns critérios. E quando cai naquele “buraco”, você gasta como quiser. É *per capita*, não tem problema. Esse, você não tem compromisso de apresentar um resultado específico, não está casado a um resultado; três, repasse de recurso para garantia

de acesso de quem se referencia a seu município, que tem um pacto. Estou dizendo que esta é uma forma de receber dinheiro, porque isso permite uma equação de financiamento adequado para o sistema.

Agora, como você vai fazer? Se o dinheiro vem para compra de serviço, o dinheiro para pagar pessoal sai da “conta 00” e é esse pessoal que faz as consultas. E eu não vou acessar o dinheiro da “conta 27” para fazer obras? Vou acessar e vou realizar obras. Porque aquele dinheiro, no momento em que chega e que é do serviço próprio, é recurso para custear um serviço. O prestador privado pega aquele dinheiro, compra insumos, faz obra, põe no bolso, obtém lucro. E o setor público, que recebe dinheiro referente a uma unidade ambulatorial especializada? Ele acessa aquele dinheiro, põe no Fundo e realiza obras. O que não pode é ficar como estamos – Saúde do Trabalhador, Aids, etc. Acho que todos concordamos. Acho que não devia haver nenhuma “caixinha”, precisaria ter era a oferta do serviço. Ponto.

Afirmo isso para não parecer que sou contra uma coisa que é senso comum. Todos concordamos com isso, aliás, sou muito mais radical.

TERRITÓRIO, DIVERSIDADE E SAÚDE



Alberto Lourenço
Alexandre Padilha

3 TERRITÓRIO, DIVERSIDADE E SAÚDE¹

REGIÃO NORTE – MANAUS – AM

Alberto Lourenço

Ministério do Meio Ambiente

Alexandre Padilha

Casa Civil da Presidência da República

¹ Este café com idéias foi realizado em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

3.1 Fala Inicial dos Facilitadores²

Alberto Lourenço

Eu pensei nesse tema primeiramente em suas duas partes: Território e Diversidade. A ligação com a saúde para mim é a mais difícil e talvez seja essa provocação a ser feita. Eu começaria dizendo o seguinte: o Brasil, especialmente a Amazônia, é uma das regiões mais diversas socialmente desse planeta, acho que só a Papua-Nova Guiné e a Indonésia têm um nível de diversidade comparado ao do Brasil. Mas queria ressaltar a questão da dificuldade de percepção de certos territórios.

A história da ocupação da Amazônia começa com uma frase famosa de Médici na década de 70, quando ele anuncia a Transamazônica e o Programa de Integração Nacional de Colonização depois de uma gran-

² Neste encontro os participantes A, B, C, D e E deram as suas contribuições antes das falas iniciais dos facilitadores. Optamos, porém, em manter o formato padrão para publicação, estando estas falas no item “Contribuições dos Participantes”.

de seca no nordeste: tratava-se de trazer os homens sem-terra para a terra sem homens. É a necessidade da desconstrução do olhar que só enxerga o vazio. A Amazônia é vista o tempo todo como um lugar que não tem gente, não tem produção, não tem excedente, um lugar que não tem lugar na rota do progresso, isso vai se sucedendo em diversas fases e continua acontecendo até agora.

Eu me lembro de uma pessoa se referindo à criação do Parque do Jarú, ela dizia que o parque era vazio e não tinha ninguém, e depois descobre que lá têm mais de 400 famílias. Então entra o Ibama para cumprir a lei, em Parque Nacional não pode ter ninguém morando dentro, é feito um levantamento das benfeitorias para indenização e depois a expulsão da população que ali se encontrava. Chegando lá, encontraram apenas uma casinha com um galinheiro, e esse olhar é incapaz de perceber as gerações e gerações, o enriquecimento da floresta, criações de trilhas e de relações harmoniosas com os animais, nada disso aparece ao olhar poderoso, burocrata, transformador e modernizador.

Outro exemplo que eu queria usar como provocação é algo que me chocou no processo da BR-163 Sustentável. Eu percorri toda estrada e estive na Cidade de Macupá, no Mato Grosso. O centro da cidade está exatamente onde era a aldeia central dos índios Panará, que eram conhecidos como os Caiapós do Sul. Eles se encontravam antes entre Uberlândia e talvez até Brasília, naquela transição de cerrado mineiro e cerrado goiano, e foram expulsos por levas e levas de genocídio num certo momento. Quem descobriu esse fato foi um colega meu de mestrado e colocou isso na tese dele, ou seja, a constituição do espaço que hoje é conhecido como Uberlândia era um território sem gente que depois foi ocupado e gerou gente, progresso. A polícia da Bolívia foi contratada para o extermínio indígena, e começou a matar os Panarás. Os grupos remanescentes foram migrando na direção e pararam na cidade de Macupá. É isso que me leva a pensar porque foi tão fácil o processo para a retirada dos Panarás para abertura da estrada, onde eles foram quase extintos, e depois transferidos numa operação militar de avião

para o Parque do Xingu, ficando ao lado dos inimigos, num processo de humilhação de tratamento cultural. Depois, finalmente, eles ganharam uma fração de terra e estão hoje no sul do Pará. Eu imagino o quanto é difícil ignorar o território da forma como está demarcado na cidade de Macupá, por todas as condições, por todos os símbolos de propriedades e interferência no espaço, que esses sim estão legíveis e são de difícil interferência. Esses dois exemplos que foram de certa forma destacados não são distantes dos momentos em que vivemos hoje.

Paradoxalmente, nós estamos sob um governo popular em que o lema é “Brasil: um país de todos”, exatamente no lado mais profundo da expressão “Brasil de todos” é que o processo de desenvolvimento não deve se fazer às custas de ninguém, nem da destruição de territórios. No entanto, hoje e como há 30 anos, quando os Panarás foram retirados dos seus territórios, e quando um pouco mais no tempo, 35 anos, o Médici enxergou um nada na Amazônia, a diversidade humana está sendo extinta e desaparecendo prati-

camente na mesma velocidade. Esses três últimos anos na Amazônia foram violentos, com o crescimento do processo de ocupação de novas terras numa forma extremamente concentrada. O preço foi a destruição de mais territórios divididos, de outras pessoas diversas, de outras mais fracas e outras mais pobres. Isso aconteceu na terra do meio até um certo ponto e está acontecendo menos até agora, porque o governo conseguiu salvar a terra do meio com duas grandes unidades de conservação, criou a reserva extrativista do Riozinho. Tem ainda um outro caso, o processo está acontecendo na região de Oriximiná, Monte Alegre, Obidu, Prainha, ali está nascendo uma fronteira de soja que está tirando populações que têm cerca de três séculos de permanência e de geração, que estão migrando para as periferias das cidades e estão se constituindo num exército industrial de reserva.

Somos um país paradoxal porque no Século XXI, quando um autor já escreveu sobre o fim do trabalho, nós estamos ainda fazendo a acumulação primitiva, esvaziando os campos das diversidades e das origina-

lidades, extinguindo esses territórios invisíveis para construções de territórios modernos e visíveis, como é o caso da soja, a esse preço e nesse momento. O que isso tem a ver com a saúde nós podemos continuar discutindo, porque eu tenho mais alguns exemplos de como isso acontece e como o nosso olhar nos trai, e ao nos trair nos levam a uma condição de interioridade política em relação à ação que nós todos poderíamos ter na transformação da região.

Alexandre Padilha

Eu fui durante 12 meses Diretor da Saúde Indígena da Funasa, o que não faz com que eu me exima de entrar num debate sobre a questão indígena, até porque alguns aqui foram parceiros no processo de construção que nós estabelecemos em relação à inclusão dos índios no SUS, envolvendo com isso um processo maior de pactuação entre gestores municipais de saúde, e eu devolvo essa responsabilidade para o Conasems. Nós, durante seis meses, construímos uma portaria de uma nova Política de Saúde Indígena, que inclusive colocava critérios referentes às pactuações de

gestores municipais e estaduais, e depois de uns três dias dessa última reunião eu fui exonerado. É de responsabilidade também do Conasems voltar com o debate da portaria na Câmara Técnica da Tripartite que muda uma série de questões.

Eu queria ser visto mais como um paulista na questão territorial da Amazônia: eu sou um paulista que me mudei para o interior do Pará onde vivi seis anos, em Santarém, coordenando um núcleo da Universidade de São Paulo, e muito do que eu vou falar aqui é um aprendizado de quem teve experiência na saúde em outros territórios. Quem ouve e aprende questões sobre a Amazônia chega lá e percebe toda uma diferença. Mais que um representante da Casa Civil, que trabalha com as pactuações das políticas federativas, com os pactos federativos ou na cooperação federativa, e muito mais do que ex-diretor da Funasa, eu quero estar aqui como um paulista que viveu seis anos no interior do Pará, embora não venha me redimir de debater e falar das duas experiências também.

É interessante como os participantes começam a abordar o tema sobre o território e diversidade a partir dos atores, e não a partir da forma convencional que tem o território, com acidentes geográficos, limites de fronteiras. Na saúde, quem não aprendeu na construção teórica, aprendeu na prática que o território é feito por acidentes geográficos, limites de fronteiras, mas sobretudo por pessoas que vivem nele, em como elas ocupam os territórios, como o organizam socialmente, como a cultura é adquirida e transformada no próprio contato no qual o território se expressa, se perpetua e se reproduz. Vocês trouxeram o exemplo do índio, e o interessante é que trouxeram o índio Tapora, daquele que se chama de território indígena que é a aldeia, mas que continua índio dentro da cidade. Trouxeram também o exemplo da importância da cultura no projeto de desenvolvimento econômico para determinadas regiões, trouxeram exemplos de populações que saem de outros locais que é a questão dos assentados rurais, toda a história da Transamazônica de onde vieram os gaúchos, paranaenses, maranhenses.

Parece que retalharam a Transamazônica porque tem pedaços em que estão os piauienses, maranhenses, e essas pessoas se deslocam para outros territórios e se reorganizam culturalmente e socialmente.

Do ponto de vista da saúde no território amazônico, que tem muita diversidade de solos, acidentes geográficos, nós temos grandes desafios. Talvez o primeiro seja pensar o planejamento em saúde, incorporando e assimilando de forma central as categorias do território e do sujeito, porque normalmente não fazemos isso. O que na forma tradicional cristalizamos como saúde para o território foi a organização da mesma de forma hierarquizada, os sistemas locais de saúde, a construção de sistemas de referência e de contra-referência e deslocamento de pessoas para isso, que variam não só pela distância, mas pelo agrupamento, pela permanência maior ou menor delas num determinado local, se são migrantes ou não, e variam pela cultura, pela etnia e até pela região. Tradicionalmente nós não incorporamos essas noções que compõem o território, nem quando pensamos nos problemas de saúde.

Temos poucas experiências de saúde, ainda mais numa situação de território tão diverso como a Amazônia. Poucas experiências também colocaram o sujeito, não só o usuário, mas o sujeito como o foco central do planejamento, dos recursos da gestão de saúde, e menos ainda consideravam as duas categorias: território e sujeito. Pensando na Amazônia, temos alguns desafios a enfrentar. Um deles nós apontamos no Plano de Saúde da Amazônia, onde precisamos fazer mais parte da coordenação do Plano. No final de 2004, na primeira reunião do grupo de trabalho, várias pessoas apontaram isso e precisamos começar a repensar porque se queremos colocar o território como central na discussão de planejamento e da construção da política, não podemos pensar separado território de financiamento, de gestão, de atenção, de monitoramento da avaliação. Esse é o nosso exercício permanente, são as pessoas do Ministério da Saúde, são os secretários estaduais e municipais de saúde que, na construção da política e no planejamento dela, pensam isso de forma separada.

Tivemos alguns avanços em 2003, depois que vários estados da Amazônia reivindicaram um maior financiamento e nós o ampliamos, seja atenção básica, seja teto ou outros repasses em relação aos hospitais de pequeno porte. Esse é o primeiro desafio nosso entre os três entes federados: não podemos mais pensar na Política de Construção e Planejamento de Saúde de uma forma distorcida do território, da gestão, do financiamento, da avaliação e do monitoramento.

Eu vou fazer uma referência à tese de um colega nosso do Ministério da Saúde, Paulo de Tarso: por que nas pactuações e nas descrições de metas para a Região Amazônica e para o Brasil inteiro, só usamos como denominador a população total? Porque aprendemos assim a usar os indicadores, seja em repasse de financiamento ou em relação aos indicadores de saúde. Por que não incorporamos a densidade populacional, que no caso da Região Amazônica é central, tanto para criar novos indicadores de saúde quanto para pensar na forma de financiamento? Nós fizemos uma experiência assim na questão indígena, na qual construí-

mos um novo padrão de financiamento para os distritos em que o repasse não era só *per capita*, tinha um componente que era a acessibilidade – avião, carro – e colocamos um componente que era o da densidade populacional, tanto no processo de planejamento e no da avaliação onde excluímos a diversidade territorial.

O segundo desafio é necessariamente tentarmos construir modelos técnicos assistenciais territorializados, não só do ponto de vista da acessibilidade, mas também do ponto de vista geográfico, que não incorporam a noção de que acesso não é só meio de transporte, condição econômica, mas é de projeto terapêutico também. Vou citar um exemplo em relação aos índios: como é que você constrói um projeto terapêutico e de intervenção continuada, onde é fundamental a relação entre a produção de cuidados e a geração de autonomia e de vínculos, onde o índio, para ter acesso a esse processo terapêutico, necessita de três a quatro dias fora da cidade? Necessariamente a cidade tem que ter um equipamento adequado a isso, mas, às vezes, esse equipamento não dá nenhum espaço cultu-

ral, como espaço para a presença do pajé. Há hospitais que não aceitam o pajé.

Quando criamos e discutimos a reformulação da portaria, uma das questões era essa: o incentivo a mais que era repassado não era só para agregar densidade tecnológica ou algum outro recurso que não tinham acesso, mas também para discutir incorporação de práticas alternativas de saúde, como o pajé, o núcleo familiar ampliado dentro do próprio hospital. Então esse é o segundo desafio: pensar modelos técnicos assistenciais que sejam necessariamente territorializados.

O terceiro desafio em relação à Região Amazônica é em relação à importância dos municípios na construção do SUS, na Federação Brasileira, na Federação Trina, mas, se nós formos apostar nos municípios como as únicas unidades territoriais de gestão, nós corremos o risco de perpetuar um municipalismo autárquico que, ao mesmo tempo em que questionamos que os territórios não têm fronteiras e nem limites, as distâncias de nossas gestões têm que dar conta de limites que não são das nossas fronteiras. Se nós for-

mos apostar para produzir, planejar, organizar a gestão da saúde na Amazônia unicamente nas unidades territoriais que nós temos nas nossas fronteiras, seja município ou estado, nós vamos continuar no mesmo processo que têm o Pará e o Tocantins com a briga da malária – ou no que acontece no conjunto de municípios do entorno de Roraima, sendo que 65% do estado é de terra indígena e os municípios não encontram identidade entre si e acabam não construindo formas cooperativas de enfrentamento da situação de identidade das terras indígenas.

Municípios enormes como Santarém, Altamira e Oriximiná não constroem unidades submunicipais definidas territorialmente e com características de outras entidades municipais. Santarém tem, no entorno do Lago Grande, vários municípios que podem pensar a gestão continuada mas que, por conta da defesa do municipalismo, acabam por si autárquicos. Ou nós vamos pensar em formas e instâncias cooperativas entre os municípios que possam ir além das nossas fronteiras, ou então a nossa capacidade de gestão em saúde vai continuar deficien-

te na Região Amazônica, como já existe hoje. Assim, o nosso discurso vai ser de crítica do financiamento em geral olhando o gestor federal, de crítica da baixa capacidade de fixação de recursos humanos ou da baixa capacidade de identidade tecnológica, que são verdadeiras e não estou questionando isso, mas, às vezes, os problemas na construção da rede de atenção e da sua complexidade são maiores em função dos arranjos de quem constrói do que dos recursos tecnológicos. Esse é um terceiro desafio para os três entes federados: o Brasil tem que ter uma federação para poder dar conta da sua diversidade. Não é só competência do Governo Federal dar conta dessa responsabilidade, é também dos gestores estaduais induzirem processos de regionalização em seus estados, constituir territórios em gestões subestaduais e, às vezes, supra-estaduais, que estabelecem as relações dos estados e as responsabilidades dos municípios. Isso está sendo cumprido de forma muito eficaz e é uma responsabilidade de todos nós constituir.

A questão indígena tem alguns temas interessantes para discussão. Um deles é em relação às fronteiras

que os brancos estabeleceram e ainda estabelecem nos nossos municípios, com os nossos indígenas e, por vezes, estabelecemos que as fronteiras de saúde sejam habitadas por limites que são nossos e não pelas fronteiras deles.

Esse é um debate importante em relação à responsabilidade de saúde indígena. Não quero aqui avaliar a competência ou não da Funasa, ou das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde em relação ao que ofertam para a questão da saúde indígena, mas essa questão é importante: o território que os índios ocupam não é o território dos municípios e dos estados e não se pode repassar a gestão única e exclusivamente para uma unidade territorial que não é a mesma que eles ocupam. É fundamental fortalecer essa unidade territorial até pela sua questão de identidade, esse é um discurso vivido em vários lugares. Os Guaranis que ocupam o distrito litoral sul e interior sul que vai do Rio Grande do Sul até o Espírito Santo falam o seguinte: quando vocês nos compreenderam, pactuaram conosco e construímos um distrito que envolve

os territórios que nós ocupávamos isso nos fortaleceu e criou laços de organização política, criou capacidade nossa em definir e compreender os processos de saúde e disputar a gestão. Essa noção de territórios que foi pactuada com os próprios índios, que se consolidou ao longo de três anos de pactuação, depois que o processo de gestão da saúde passou para o Ministério da Saúde teve o tempo todo um exercício permanente de fortalecimento deles – nós não podemos perder essa unidade territorial como espaço de produção de saúde e de gestão de saúde da população indígena, o que não significa excluir as Secretarias Estaduais e Municipais desse processo de co-gestão da saúde nesse território.

Nós construímos nesses territórios específicos a articulação das várias áreas, e a modificação da política através da portaria que estamos construindo pode dar sinais de concretude para isso, de como criar mecanismos de pactuações entre gestores num território que é diverso em municípios e estados. Uma outra questão é o acesso aos equipamentos de saúde, políticas de saúde, recursos de saúde, que não são acesso de direito

para eles, mas é permanentemente uma negociação da disputa pelo Estado que se implantou no território dele.

Essas populações são, acima de tudo, povos, alguns deles convivem em vários estados, alguns circulam permanentemente, mas são povos e, se a União e a Federação Brasileira compreenderem a existência dentro do território brasileiro de outros povos, isso será fundamental para a construção desse ‘Brasil de todos’, que não é só para todos, mas que tem o logotipo colorido pela diversidade cultural. O papel da União como mediadora da relação desses povos no conjunto das políticas públicas é um papel diferenciado de estados e de municípios, e esse é um outro tema que faz com que pensemos a gestão da saúde indígena de forma diferente do conjunto da gestão do SUS, o que não exclui a participação de estados e municípios nesse processo de co-gestão.

3.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Nós nos deparamos com uma situação interessante aqui na cidade, que se aproxima da questão de território e diversidade. São índios sem aldeia, índios que estão de fato vivendo nas áreas urbanas das cidades e trazem consigo questões da sua própria etnia, de cultura diferenciada, um choque com a dita civilização contemporânea, modus operandi e de vida completamente diferentes, com crenças muito diversas. O sistema de saúde local não tem a menor possibilidade de dar conta dessa diversidade: faltam até instrumentos de bases antropológicas para lidarmos com essas circunstâncias e para fazermos um planejamento também para essa realidade. Gostaria de comentários a respeito disso ou de experiências inovadoras e exitosas que tenham a ver com essa perspectiva.

Participante B

Eu não vejo só a questão dos índios. Nós temos uma cultura com suas origens na mata indígena, te-

mos em Manaus uma quantidade grande de pessoas que vieram tanto do interior do estado quanto de outros estados, e quando essas pessoas entram na área urbana perdem muito de suas raízes. Essas pessoas têm, em sua cultura, as casas de farinha, os igarapés, os peixes, e tem o fato delas estarem se adaptando a uma situação urbana que vão contra as idéias que elas têm de viver. Antes de elas virem para as cidades, já imaginam coisas diferentes. Isso traz um impacto inicialmente psicológico e depois reflete na saúde dessa população. Nós temos esse conflito social, com pessoas que não são economicamente inseridas na indústria, no turismo ou no comércio, que são os nossos principais setores econômicos pois elas têm uma formação agrícola e não podemos tratar a saúde sem falar de um desenvolvimento sustentável.

Participante C

Na Cidade de Orixim, região oeste do Pará, quase fronteira com o Estado do Amazonas, nós temos nossos problemas com os índios. Nós queremos participar com eles e levar uma melhoria para as comunidades

indígenas, mas fazendo uma crítica que pretende ser construtiva, acreditamos que existem dois pontos do convênio financeiro celebrado com a Funasa para tratar da saúde indígena que vão acabar, e talvez não a curto prazo mas a médio e a longo prazo, causará problema sério de relacionamento com os próprios índios.

Estamos oferecendo a eles uma situação que não é real, haja vista que na “Nação Uai Uai” eles aprenderam a andar de avião e, por qualquer coisa, exigem isso e ficam bravos quando não são atendidos – isso preocupa, principalmente por conta do recurso. Por outro lado, existem fatos como no ano passado, em que os recursos foram minguados por seis meses, por uma greve do órgão em Brasília e a prefeitura fez o que pôde para bancar o convênio. Mas haviam dívidas para todos os lados e o prefeito suspendeu qualquer oferecimento ao convênio e o secretário ficou no meio de um conflito entre a Funasa e a prefeitura. Depois, quando o recurso chegou foi para pagar fornecedores. A Funasa ainda promoveu um curso de capacitação para os agentes comunitários de saúde indígena. Eu imaginei que o curso fosse feito na aldeia mas, num

acerto diretamente com a Funasa e a aldeia, fizeram o curso na Cidade de Oriximiná. O custo desse curso foi alto, colocando o índio até com ar-condicionado, o que foge da realidade dele. Esses pontos nós enxergamos com um olho de jacaré, nós não concordamos com esse tipo de postura nossa em relação ao índio, estamos desvirtuando o índio e tirando dele a sua cultura e vamos fazer com eles o que o General Kirshner fez nos Estados Unidos, mas lá foi outra história e teve até armas de fogo, mas nós estamos fazendo isso com sutileza.

Participante D

Vou levantar um outro problema em relação à territorialidade, que são as políticas de assentamentos dentro da Amazônia. Nós temos um problema terrível com relação aos assentamentos e que são realizados sem termos um estudo sanitário das áreas onde são realizados, e temos também uma falta de interlocução entre o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) e as gestões locais de saúde. O Incra determina aleatoriamente o lugar do assentamento, dentro dos seus padrões de desenvolvimento de políti-

cas de assentamentos, sem comunicar a ninguém. Ele informa aos cidadãos, que vão ali para dentro abrindo clareiras que são caminhos e veredas no meio do mato.

Hoje temos um incremento enorme de malária, que se nós estratificarmos, esses assentamentos respondem por quase 50% da malária da Amazônia. Temos também um incremento de casos de hanseníase, de tuberculose, de leishmaniose e, muito disso em virtude da falta de estrutura que esse cidadão tem, já que para conseguir sobreviver ele necessita desmatar e vender madeira. Dentro dessa estruturação da territorialidade da Amazônia, precisamos avaliar urgentemente esse processo da formulação da Política de Assentamento da Reforma Agrária em nossa região. Nós, gestores municipais, ficamos altamente prejudicados com a inserção e o ressurgimento até de doenças que estavam controladas em níveis aceitáveis de existência.

Participante E

Quando falamos em minorias na Região Norte, nos detemos muito na saúde indígena, mas esquece-

mos de tocar nos assentados, nos afro-descendentes remanescentes dos quilombolas, nos garimpeiros, nos seringueiros, na população de tranqueira.

Eu tive a oportunidade de trabalhar em Manicoré, numa área de assentamento agrícola onde há uma pressão ambiental enorme. Dizem que é o último Eldorado do país, são as terras mais férteis hoje disponíveis, então há grilagem, violência, uma área altamente malarígena. Acho que há situações em que não podemos trabalhar com a noção de território tomando como base um limite territorial. Para nós isso é muito frágil. Nós precisamos ter uma noção de possibilidade e visibilidade de território como uma área limítrofe, mas também tentamos trabalhar com uma noção de território processo.

Participante F

Vamos distinguir Espaço Funcional de Território. O Espaço Funcional tem características geográficas, tem distâncias, lucros e áreas. Território é espaço de vida, ele tem cargas simbólicas e imaginárias que podem ser superpostas. Mas a provocação é a seguinte:

uma política territorial não pode ser política de saúde, porque política de saúde é setorial e tem que ser de desenvolvimento humano.

O grande desafio da política de saúde é em torno do território construir a sinergia entre governo dividido e organizado em feudos que correspondem às funções – que é diferente de territorializado – portanto o desafio de territorializar uma política é construir uma sinergia horizontal que não existe no governo. Como conseguimos fazer isso? Aí nós passamos para o segundo elemento: atores. Vocês da Saúde já deram um passo gigantesco, já deixaram de observar o paciente como um joelho quebrado ou um coração mal funcionando, e passaram a enxergá-lo como indivíduo, e no caso é enxergá-lo como detentor de toda essa carga simbólica e de identidade, que por vezes ao nosso olhar é invisível também, de tê-lo na inteireza da sua relação com o seu território. Só assim teremos atores capazes e com força política para provocar essa sinergia; então, política territorial não pode ser política de saúde.

Participante G

Quero cumprimentar o Alexandre, que eu conheci dentro do Rio Tapajós estudando experiências e experimentos do tratamento de malária nos indígenas. Nós íamos fazer uma análise de diagnóstico de tratamento no Rio Santarém e encontramos com o Alexandre todo picado dos insetos do Rio Tapajó. Como o nosso assunto é Território, Diversidade e Saúde, gostaríamos de ouvir de vocês algo em relação à situação que nós vivemos na Amazônia este ano, especialmente no Acre.

Nós tivemos uma situação de queimadas e isso propiciou ao nosso meio ambiente uma leva de epidemias de diarreias; queimaduras; de animais silvestres e domésticos mortos por conta das queimadas. O fogo passava numa determinada região por várias vezes. No meu município, Plácido de Castro, que tem 18 mil habitantes e fica a 98km de Rio Branco na fronteira com a Bolívia – e o que divide a Bolívia do Acre no meu município é o Rio Abona –, nós tivemos situações delicadas. Aconteceram vários óbitos no Acre por diarreia, algumas escolas pararam com as aulas,

tivemos acidentes com veículos nas estradas, até as pistas de vôo ficaram sem acesso para pouso. Com a falta de água as pessoas se abasteceram de poços artesanais sem utilizar a rede de água potável, no caso a estação de captação da Cidade de Rio Branco sofreu uma alteração de estado de emergência. Foi uma situação calamitosa: a fumaça, segundo inspetores do meio ambiente, era procedente de outros estados e outros países, já que a Bolívia ofereceu muita fumaça para a nossa região. Segundo os relatórios da Defesa Civil, isso deveria ter sido trabalhado preventivamente. Os relatórios indicam que se tivesse havido uma prevenção, um trabalho mais precoce das entidades de proteção do meio ambiente, isso não teria acontecido. Com essa calamidade, o governador decretou estado de emergência no estado, é uma situação bastante delicada, queria ouvir vocês falarem sobre isso.

Falando um pouco do território, nós temos um distrito no nosso município que fica à margem da BR-364, a 62km de Rio Branco, no sentido Porto Velho, e esse distrito tem cerca de quatro mil habitantes. Até janeiro de 2005, não existia nenhuma Unidade

de Saúde da Família e nenhuma Unidade de Saúde Municipal, tinha apenas uma unidade mista do estado que deveria ter sido transformada em hospital de pequeno porte, mas que não tinha serviços de atenção primária. Isso porque o gestor achava que se instalasse ali, às margens da BR-364, tendo de um lado Plácido de Castro e de outro Senador Guiomar e à frente o Município de Atrelândia, a Vila Califórnia e a Vila Extrema do Estado de Rondônia, ele iria trabalhar para outros municípios e outros estados.

A população ficou a mercê de uma situação muito delicada. Colocamos para o prefeito a necessidade de construirmos ali uma Unidade de Saúde e, por fim, nós a instalamos com uma das melhores estruturas do município. Só que 60% da nossa produção é procedente exatamente desses outros municípios e do Estado de Rondônia, mas quem repassa para nós o recurso como conta passiva é o governo. Então, dentro do princípio de universalidade do SUS, nós estamos fazendo um trabalho muito bom, temos uma visão política boa em relação a isso, e essa é uma questão para contribuir no debate sobre universalidade da saúde.

Participante H

O Alexandre colocou a questão de como o setor Saúde encara a questão do território, que envolve atores, e o que eu gostaria de pontuar é: não dá para falar em território vivo, em passo rico, em territorialidade sem fazer uma política pública integrada. Nós temos várias agendas dentro dos diversos Ministérios que não olham para o território da forma como estamos falando aqui, e fica uma questão teórica. Qual é o olhar da Casa Civil na questão da prática de se produzir qualidade de vida? Porque estamos falando da qualidade de vida dos territórios.

3.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Alberto Lourenço

Vamos falar da saúde territorializada, mas se ela é mesmo territorializada, o elemento determinante é o território, então é a política global de desenvolvimento em função e na adequação daquele território. As outras políticas entram e se constituem com a política

de saúde numa maneira harmoniosa, não é a política de saúde se territorializando, é o território trazendo a saúde na conveniência do outro. É uma inversão do sujeito político que organiza a ação pública, e isso parece algo muito distante, mas, no início desse governo, o Ministério do Meio Ambiente e o Ministério de Integração Nacional propuseram uma nova abordagem de Desenvolvimento Integrado para a Amazônia que era o PAS – Plano Amazônia Sustentável. O PAS era isso: dividir a Amazônia em três grandes regiões e depois em 14 regiões menores. Como não havia uma homogeneidade territorial, a política que articulava isso transferiria estes princípios de cultivar e proteger cuidadosamente a diversidade. Isso demandaria que o governo chegasse no território e construísse essa sinergia de uma maneira certamente penosa e trabalhosa, mas que valeria a pena.

Isso chegou a ser cristalizado como uma proposta de Plano de Ação do Governo para a Amazônia, substituindo as propostas anteriores que eram de espaço funcional. Vejam quais foram as políticas do Governo Fernando Henrique para a Amazônia: eram os eixos

da Amazônia, redução de distâncias para acumulação de capital, hidrovias com ferrovias juntos com rodovias... A proposta do PAS é contrária, você pega o território que era subordinado a uma série de questões com ascendências de atores e onde entrava, inclusive, a infra-estrutura. Mas não era a infra-estrutura que chegava no vazio e depois desencadeava processos sociais que não sabemos no que vai dar. Mas, isso é muito difícil num governo em que existem feudos que recusam isso.

Eu vou dar um exemplo: na BR-163, nós ficamos muito preocupados com os processos que estavam valorizando muito as terras, a grilagem estava solta e diversas populações tradicionais estavam invisíveis porque a cidade não tem como ser vista por satélite, não tem título de propriedade. Essas populações foram desaparecendo, o pessoal chegava, expulsava ou mandava elas irem para as favelas, algumas ainda ganhavam algum dinheiro e outras não, eram ameaçadas. O que nós fizemos? Como o pessoal dos acampamentos estava desistindo, fizemos uma política imediata do “Luz pra Todos”, que tem meta de universalização de

atendimento para 2008, porque o pessoal estava indo para as favelas de Santarém e de Monte Alegre. Para mudar o cronograma, nós apontamos as 70 comunidades que estão ameaçadas de destruição para eles colocarem a energia elétrica, que é algo que tradicionalmente segura e atrasa esse processo de dissolução e de migração para as favelas, mas nós não conseguimos. Não tivemos força política para convencer que fosse cumprido, então é difícil moldar esse governo, mas temos que tentar fazer, de maneira até meio incompleta e meio imperfeita, como é o caso.

Alexandre Padilha

Essa é uma das missões não só da Casa Civil, mas do Ministério do Meio Ambiente, da Secretaria-Executiva do Plano da BR-163 e do Ministério da Integração. Uma das missões da Casa Civil é essa, uma ação de coordenação do governo. Mas não é fácil, o que não significa que nós não estamos fazendo. Não é fácil porque não é só feudo político que, às vezes, se legitima pela propriedade de setor, de forma burocrática ou pelo alto conhecimento. Isso não acontece só nos

Ministérios, nós somos uma Federação nesse país, e não existe política de desenvolvimento territorial que dê conta da diversidade desse país se não construirmos pactos federativos de todos os territórios. Esse caso do “Luz para Todos” é típico: mesmo com todo o esforço da Casa Civil, quem executa o “Luz para Todos” lá no território é a Concessionária Estadual.

O exercício da pactuação é permanente, não só no conjunto dos Ministérios mas também entre os entes federados, o que não significa que não estejamos rompendo com a tradição de como planejar a política de desenvolvimento nesse país. Tivemos recentemente uma reunião do Grupo de Trabalho das Políticas de Desenvolvimentos Regionais, que envolve hoje 21 ministérios, dez órgãos da federação, e que está se desenvolvendo em 19 médias regiões desse país. Na Região Amazônica foi o Alto Solimões e não demos conta, e o problema aí não é só da Casa Civil, são as dificuldades dos Ministérios do Meio Ambiente, Integração, são as dificuldades de pactuações dos territórios. Nós não conseguimos desenvolver a Região Amazônica toda, mas estamos desenvolvendo e mudando toda a reali-

dade, com toda a dificuldade da escala de tempo e da capacidade de execução na região do Alto Solimões.

A questão de saúde na região do Alto Solimões: são 19 médias regiões nesse país que estão construindo políticas integradas, agendas de compromissos de desenvolvimento regional e inclusão social com o envolvimento de todos os Ministérios, com a pactuação de estados e municípios. As escolhas das regiões foram pactuações em cima do IDH e são as regiões mais excluídas deste país. Temos cinco regiões que estão na faixa de fronteira do Mercosul até Alto Solimões; então, é um esforço que está sendo realizado na BR-163 e mesmo com todas as dificuldades, não só da BR-163, mas de outras ações da Região Amazônica, esse ano comemoramos a redução de 32% de espaçamento na Região Amazônica. Levamos nove anos para alcançar essa marca. Se compararmos ao crescimento do PIB, é a segunda maior redução da história, se fizermos um redutor relacionado ao PIB com o que cresceu agora e há nove anos. Com certeza é um impacto maior de políticas concentradas.

O esforço não é pequeno: se formos analisar o

PPA, que é a peça orçamentária, ela não é construída por base territorial, você não consegue saber onde alguns programas são executados em determinados territórios. Ao longo dos anos, o Ministério do Planejamento foi se baseando no seu papel político, tendo um papel único de acessório para o ajuste fiscal e nós estamos recuperando esse papel do planejamento no entorno da região para o Ministério do Planejamento.

O fato de ser política de desenvolvimento setorial que envolva o conjunto de áreas setoriais não pode nos impedir de pensar política setorial e política territorial na área da Saúde, até porque nós não temos que ficar esperando todos os ministérios e todas as políticas constroem seus territórios não conseguimos executar. Podemos ver no desenvolvimento regional, nas médias regiões, nas faixas de fronteiras e em todas as áreas estabelecidas como prioritárias, vemos a presença do Ministério da Saúde e do SUS contra doenças diagnosticadas lá. Isso não dá retorno para essa caixa de demanda da saúde, até porque ela trabalha com a premissa da vida, às vezes é a primeira a responder e, na verdade, nós deixamos de fazer aquilo

que a política pode fazer. Um exemplo sobre isso foi quando a Radiobrás inaugurou o primeiro programa em Letícia/Tabatinga: foi um programa trilingüe, bilíngüe porque o eventual é espanhol, mas colombianos e coreanos também falaram, e foi um programa eminentemente sobre a questão da saúde. Era esperado que o programa produzisse a questão de toda uma parte histórica muito interessante da conquista e da luta sobre a preservação da madeira naquela região, e foi a questão da saúde que inaugurou a rádio com esse programa.

SAÚDE, CULTURA DE PAZ E NÃO-VIOLÊNCIA



Maria Aparecida Pimenta

Paulo Capucchi

4 SAÚDE, CULTURA DE PAZ E NÃO-VIOLÊNCIA

REGIÃO SUDESTE – GUARULHOS – SP

Maria Aparecida Pimenta

Presidente do Cosems de São Paulo, Secretária
Municipal de Saúde de Amparo – SP

Paulo Capucchi

Secretário Municipal de Saúde de Guarulhos – SP

4.1 Fala Inicial dos Facilitadores¹

Maria Aparecida Pimenta

Acho que não tem tema mais discutido nas nossas rodas de “café”, nas nossas rodas de amigos e nas nossas rodas de família do que a questão da violência e a sua contrapartida, que é a cultura da paz.

Falamos de violência urbana, violência no trânsito, violência na família, violência do narcotráfico e por aí fora. E fico pensando: como a gente faz para enfrentar essa situação de violência, que é um problema contemporâneo das nossas sociedades do século XXI? Como é que enfrentamos essa adversidade do mundo de hoje?

Primeiro, para construirmos uma cultura de paz, para enfrentarmos a violência do século XXI é fundamental, que aceitemos o outro. Acho que a aceitação incondicional do outro, que está muito ligada à aceitação incondicional de nós mesmos, é o primeiro pressuposto para podermos enfrentar a violência.

¹ Este café com idéias foi realizado em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e das secretarias municipais de saúde (Conasems).

Outra coisa importante também é a necessidade de se ter projeto. Uma das coisas complicadas do mundo de hoje é a gente não ter projeto e não achar um lugar para a gente no futuro. Quando falo “a gente”, é o usuário, o trabalhador de saúde, é o “agente” gente. Se nós não tivermos projeto e não nos virmos em algum lugar no futuro, acho que perdemos o rumo. E isso tem a ver com violência, com cultura de paz.

É fundamental também que tenhamos estratégias para enfrentar essa adversidade e as dificuldades da violência e do mundo de hoje. Ter auto-estima também é importante. Nós não construímos a paz, não construímos uma cultura da paz em nossos micro-espacos de convivência, de amizade, de família e de serviço se não tivermos auto-estima. Acho importante também termos humor. Se não conseguirmos rir, ver o imperfeito da vida, vamos ficando tão pesados, tão intolerantes. A intolerância e o mal-humor também ajudam na violência.

Acho que é isso que eu queria falar para abrir o debate. Vocês acham que nos nossos ambientes de trabalho as pessoas estão discutindo isso? As pessoas estão pensando em como a violência entra no nosso

cotidiano? Como é que a violência se manifesta nas nossas relações de trabalho e nas nossas relações com o usuário? Estamos acolhendo o usuário? Estamos acolhendo o nosso colega de trabalho?

Porque falar de cultura de paz não é só combater o narcotráfico, não é só resolver o problema de Israel e do Iraque, mas é também construir essa cultura de paz em nossos microespacos de convivência na família, nos amigos e no ambiente de trabalho. Como é para cada um de nós aqui, que estamos vendo essa questão da violência, entrar nos consultórios, nas unidades básicas de saúde, no hospital, no nosso dia-a-dia? Como é que a gente está preparando, compartilhando, qualificando as nossas equipes para conviver e para superar essas adversidades? Acho que é isso que colocaria para começarmos a conversa.

Cada um aqui, como trata isso na família, na roda de amigo, no ambiente de trabalho? Nossas equipes estão acolhendo? Estão construindo subjetividade na relação com o usuário? Nossa equipe está aceitando o outro de forma incondicional e respeitosa? Nossos trabalhadores de saúde têm auto-estima? Têm orgulho do que fazem? Sabem o significado do nosso trabalho

no SUS? Para mim, isso está extremamente relacionado com violência e cultura da paz.

Eu só queria colocar um ponto aqui para reflexão, que é o seguinte: vocês acham que o que a gente quer do SUS é viável no mundo de hoje? Acham que o SUS tem viabilidade ou ele é uma utopia? Se pensarmos que, por “n” motivos não vamos conversar agora; o povo quer consulta, remédio e exame... E o que nós queremos?

Como fica queremos aqueles três princípios: universalidade, integralidade e a equidade? Em que estado? Em que sociedade? Com que valores? É possível? Ou será que isso é uma utopia e nós transferimos para a luta pela saúde todas as frustrações que tivemos na política, na construção social, na luta pelos direitos? Será que não canalizamos toda a nossa rebeldia, de quem é mais velho de 68, que apanhou da ditadura, que foi para a rua, que participou das Diretas, que quis e ainda quer construir um país diferente?

E aí, de repente, isso tudo foi ficando tão longe das nossas possibilidades... Porque foi frustração atrás de frustração. Acho que tem um monte de gente aqui nessa sala que acreditava que, com a democratização,

não iria haver só uma democratização com eleição a cada quatro anos – que a gente sabe que é muito importante – mas que iria ser uma democratização da cultura, democratização e distribuição de renda maior. E nada disso aconteceu. Nós viramos militantes do SUS, mas o SUS vai dar conta disso? Será que dá?

Como é que a gente faz para ter universalidade, integralidade ou equidade sem emprego, sem moradia, sem saneamento básico, sem alimentação? Quer dizer, como é que construímos isso – e temos que construir. Não estou levantando nenhuma bandeira para abandonar o barco. Mas, como é que construímos tudo isso só no SUS? Até onde o SUS vai dar conta disso? E como é que estamos trabalhando essa visão de mundo, essa questão das relações, da solidariedade, da promoção, da qualidade de vida – pode chamar do que for, de socialismo? Tem muita gente aqui que começou a vida política lutando não para ter igualdade, universalidade e integralidade no SUS, mas na sociedade.

Será que os nossos trabalhadores, “os nossos”, das nossas instituições, das nossas organizações, sabem que é isso que passa na nossa cabeça? Será que sabem quando chegamos e falam: “vamos fazer aco-

lhimento...” No fundo, no fundo, estamos pensando na aceitação incondicional do outro, na construção de estratégia de sobrevivência, na rede de apoio? Ando me perguntando muito tudo isso.

E, se for isso, será que essas estratégias de capacitação, de educação permanente, de pólo dão conta? Se não dão, o que vamos fazer? É só isso.

Paulo Capucchi

A minha consideração inicial para esse “Café” seria uma reflexão sobre a cultura de paz como instrumento de promoção de saúde. Porque todas as questões que nos fazem adoecer como indivíduo ou como coletividade estão relacionadas às nossas relações interpessoais e com o meio ambiente.

No primeiro caso, os agravos que nos acometem, sejam a partir de uma doença contagiosa ou de um ato de violência física, surgem do nosso relacionamento com o outro. No segundo, surge um desagravo de uma desarmonia na relação com o meio ambiente.

Esse ”pano de fundo” nos faz olhar com uma lupa para o nosso cotidiano e o dos nossos serviços, e no

caminho que a Aparecida nos sugere. Dito isso, que adoecemos individualmente e coletivamente a partir de situações de conflito entre nós e a natureza, como é que fazemos para não reproduzir isso a partir das nossas relações pessoais e profissionais? Mas, sobretudo, o que interessa aqui, nas nossas relações de trabalho e na formulação que fazemos das políticas públicas?

O que estamos fazendo com os grandes agravos que a gente vem sofrendo na cidade violenta? Na morte violenta pela violência interpessoal, pelo acidente de trânsito e pelo acidente de trabalho? O que a gente vem fazendo com os profissionais de saúde a respeito disso? Como a gente vem discutindo, propondo, executando e avaliando as nossas políticas em relação a isso?

Não é possível não fazermos uma autocrítica de que estamos fazendo muito pouco nesse sentido: não porque não queremos, até porque toda vez que paro para refletir um pouco sobre esse tema, entro em profundo conflito comigo mesmo, porque somos todos violentos – é só sermos provocados. A violência é um recurso da natureza humana. Ela indica a sobrevivên-

cia na disputa que fazemos, das necessidades que temos, do ambiente em que vivemos: seja um ambiente primitivo, em que disputávamos na clava a obtenção do nosso sustento, seja em um ambiente moderno, onde disputamos, às vezes de forma desleal, certos espaços e certos benefícios da sociedade moderna.

Por isso é que temos que refletir com cuidado, porque senão a gente se inibe para essa discussão – porque aí eu teria que ser um exemplo. Teria que ser um monge budista que só sai do seu período de meditação para vir e trazer uma reflexão e volta. Não somos um monge budista. Estamos no mundo e estamos sujeitos a todas essas variações de temperatura e pressão que o mundo nos coloca.

Então, em primeiro lugar, vamos fazer essa discussão sem medo da nossa própria violência, que é inerente à nossa condição, e das vezes em que a manifesto quando ela se impõe para mim como forma de sobrevivência, inclusive.

Em segundo, admitir que nós aqui somos todos filhos do Século XX, que foi, na história da humanidade, o século mais violento que a humanidade enfren-

tou. O número de pessoas mortas em conflitos bélicos neste século – consideradas inclusive as duas grandes guerras – superou em muitas vezes número de mortes do Século IX.

A incorporação da violência como uma atitude de disputa individual, talvez por questões populacionais, territoriais, acabou sugerindo ou preservando a violência da sua crítica que pudesse desconstruí-la. Nós usamos muito da violência na construção da sociedade moderna, sobretudo no Século XX. Isso está impregnado em nossa cultura e está impregnado em nós – viemos desse lugar.

Portanto, essa segunda condição também não pode ser esquecida, porque senão ficamos em crise, com medo de discutir a questão. Porque teríamos que ter vindo de um outro tempo, que não viemos, ou teríamos que negar a própria violência intrínseca à condição humana, que é uma condição nossa. Mas a generosidade também é uma condição humana, a solidariedade também. O homem também superou as próprias limitações na relação com a natureza com a sua vocação gregária. O homem sempre se juntou

para sobreviver, ainda que tenha disputado espaço com outros grupos nos vários momentos históricos da evolução da humanidade.

Então, são contradições que nos autorizam a dizer que estamos, sim, em condições de superar esse limite, interferindo na própria reflexão e ação, a partir do cotidiano, da relação com o outro, como sugere a Aparecida, e do meio ambiente que nos cerca.

Que essa atitude de violência seja canalizada como uma energia de mudança, que a gente reconheça nossa capacidade violenta para dirigir essa energia que explode, que nos revolta, que nos aponta para a luta, para a luta que constrói, e não para a luta que destrói. Porque há uma luta para fazer.

É essa energia que rompe da minha condição natural de violência, se feita de uma forma reflexiva, engajada em uma construção de uma sociedade de paz, certamente essa energia, esse potencial de movimento, que às vezes fere o outro, vai ser dirigido para a construção de um mundo melhor, de um século melhor, porque é a obrigação que nós – que herdamos o Século XX – temos com o século XXI.

4.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Como a Aparecida falou, as idéias estão mais embaralhadas agora. Mas eu queria fazer uma reflexão – “pensando alto”. Eu fui lembrando um pouco do que vivemos em Campinas, da discussão com os trabalhadores em relação ao “lidar com a violência”. E, na verdade, quantas vezes tivemos que fazer a discussão de como lidar com o medo, o medo daquela equipe, e os próprios medos de cada um de nós?

E muitas vezes, alguns fatos acabavam fazendo com que tivéssemos que fazer a discussão com cuidado, mas era muito claro que esse medo estava presente. Às vezes tinha uma coisa concreta, tinha acontecido um assalto: em uma das nossas unidades teve tiroteio, a polícia entrou atrás do bandido e saiu atirando. Uma outra vez que houve um roubo, a unidade fechava às 21h e a equipe queria, então, parar de atender e fechar às 17h ou 18h. E nós fomos fazer a discussão: de que aquele fato sozinho não era suficiente para privar

aquela comunidade toda daquela conquista, daquele atendimento até mais tarde.

Mas, que sugestões eles tinham para que pudessem diminuir um pouco aquele medo do assalto, do roubo. E a sugestão foi: “tem que ter guarda”. Só que aquela unidade tinha guarda, e tinha guarda da guarda municipal – não era vigia ou zelador. “E o que o guarda estava fazendo naquela hora?” “Estava no banheiro”. E eu falei: “só se a gente proibir o guarda de ir ao banheiro”.

Havia uma outra unidade nossa, que era em uma área bastante violenta, mas que há muito tempo, ainda como militante do movimento popular, nós tínhamos conseguido tirar a grade que protegia a recepcionista e os auxiliares de enfermagem, da população. Aquela grade tinha sido tirada bem antes do nosso governo. Mas, quando começaram alguns fatos esporádicos, a equipe queria que se recolocasse a grade.

E o quanto é difícil fazer essa reflexão, porque o medo está ali presente. O fato muitas vezes era concreto, não era diferente do resto da cidade inteira: do roubo do carro, da bolsa. Nada diferente. Mas, dentro

da unidade de saúde, aquilo se travestia de uma importância, e o trabalhador trazia para a gente, gestor, o pedido da solução: “faça alguma coisa para que eu possa trabalhar sem medo”. E a gente discutia isso: “mas como é na sua casa, no ônibus, nas outras coisas que você vai fazer, quem é que está lhe dando essa proteção toda?” E, por fim, uma das coisas que discutimos bastante era essa coisa de que a grade já era uma violência para aquele povo ali.

Fiquei bastante frustrada quando cheguei a Várzea e encontrei colado nas paredes aquele papel que diz: “desacato ao funcionário público dá cadeia” – e saí arrancando. Felizmente, em Várzea não teve nenhum fato dentro das unidades. Mas tenho pegado o papel para discutir com eles essa coisa de quão violento é começar uma relação, dizendo que se você falar mais alto, você pode ser preso.

Na verdade, as idéias estão embaralhadas, mas lembrei de algumas coisas nesse caminhar de gestora, e como é fazer com a equipe a discussão, porque no fundo esse medo também está presente muitas vezes na nossa vida. Não se pode desvalorizar, desqualifi-

car aquele medo daquela equipe. Lá em Campinas, por exemplo, a comandante da guarda nos chamou a atenção de quanto as nossas unidades eram desprotegidas. Coisa simples: às vezes, três ou quatro portas que davam para entrar na unidade sem ser visto, entrar por trás. Então, é preciso discutir seriamente a proteção real, que precisa existir, mas não hipertrofiar esse medo. Essa é só uma reflexão sobre quão difícil é esse nosso papel.

Participante B

Até o ano de 2002, Embu das Artes foi considerado o município mais violento do Estado de São Paulo. Aí tivemos uma experiência muito interessante no sentido de como as políticas públicas intersetoriais, com uma vontade política, podem interferir na redução da morbimortalidade, com relação à questão da violência.

Acho que o que a Participante A e a Aparecida colocaram é importante para estarmos atentos, porque a violência não é só ao que diz respeito à violência sexual, psicológica, negligência, etc... Mas tem muito a ver com a questão da violência simbólica, porque muitas

vezes nós mesmos somos atores. Não só o setor da Saúde, mas na Educação essa também é uma questão onde cabe uma reflexão muito grande. A Unesco tem feito muitos trabalhos nesse sentido.

O que temos trabalhado muito com a população e com a equipe é no sentido de que a questão é muito mais do que combater a violência. A construção da paz é uma questão muito mais ampla, seja no aspecto técnico, seja no aspecto ético, filosófico.

Acho que a questão da promoção da saúde é fundamental no que diz respeito à ação da construção da paz, na medida em que ela positiva a questão: assim como na questão da DST/aids, não vamos trabalhar só a DST/aids, vamos trabalhar a sexualidade humana. Na questão da violência, vamos trabalhar a questão da construção da paz como um todo, aí entram as questões intersetoriais. Por exemplo, a implantação da Lei Seca: foi de fundamental importância na redução dos homicídios. A questão da implantação da guarda civil municipal, e algumas questões que foram tão importantes quanto à questão de políticas de inclusão social: incubadoras de cooperativas, ações que promovam a

cultura, o lazer... Ou seja, a população se torna protagonista.

Precisamos ter clara também a questão dos setores de maior vulnerabilidade, seja individual, seja uma vulnerabilidade coletiva. Então, acho que temos que estar muito atentos a essa questão. Trabalhar a política pública saudável não é só ter uma política nacional de redução de morbimortalidade por violência e acidentes – é importante isso, imprescindível, mas também a política como um todo, a distribuição de renda, a habitação, a educação, etc.

Trabalhar a questão do ambiente saudável, não só como um ambiente físico, frio, mas como um espaço político, econômico, social, cultural e espiritual – acho que também é importante, porque se trabalha a questão da resiliência, da auto-estima, da criação de vínculo, e isso se transforma em ações também. Por exemplo, no município, em uma ação intersetorial da Saúde, temos trabalhado oficinas, seja com o profissional da Saúde, seja com o da Educação, das creches, na questão da massagem de bebê, que vai fazer o vínculo com a mãe... Parece uma ação simples – que não traz muitos resultados, mas ela é importante.

Nessa relação de poder, em um espaço físico, fatalmente vai ter opressão e vai fatalmente ter a questão da violência. Mas aí, Paulo, não é que sejamos violentos por natureza. Acho que somos seres humanos agressivos por natureza. Mas, violentos, não necessariamente. Por isso, temos que canalizar essa agressividade para uma energia positiva.

Acho que podemos trabalhar como uma luta de judô. Você canaliza isso em uma outra coisa a favor. Só que para fazer tudo isso, precisamos de solidariedade, fraternidade, ação coletiva. Esse é um campo da ação coletiva muito rico dentro do SUS, onde se faz a integralidade, tanto na questão da recuperação ou reabilitação da vítima.

Voltando à questão da solidariedade, será que a saúde se inclui nessa sociedade hoje – nós, profissionais? Estamos solidários, fraternos, ou será que a sociedade não está consumista, produtivista, tecnicista, individualista, egoísta? Nesse sentido, essa é a riqueza da coisa, talvez esteja aí a beleza desse processo.

No fundo, para mim, o que sempre queremos é construir a nossa felicidade, dar o direito de cada cida-

dão ser feliz. É uma busca que parece ser ingênua também, mas que é muito complexa de se conquistar.

Participante C

A história natural da humanidade, desde os primórdios, apresenta a questão de subjugar o outro pelo poder bélico ou pelo poder econômico, trazendo a violência com frequência, e também a exclusão, a pobreza, o acúmulo do capital e do poder bélico.

A reversão disso passa por coisas que achamos utópicas, porque, na verdade, o poder de subjugar é o poder da história da humanidade. Acho que isso é extremamente importante para avaliarmos o ambiente em que vivemos, e que atores somos dentro disso.

Então, quando lembramos do 11 de setembro, do Salvador Allende, no Chile, do Iraque... Tudo isso tem um fundo de subjugar, e esse subjugar tem o poder de levar à violência com frequência. É assustador os estados, assustador o poder dos estados que promovem essa violência.

Então, a cultura de paz tem a ver com isso, de lutarmos conjuntamente contra esses princípios que levam à pobreza, à exclusão, à diferença de classes.

Participante D

Saí de uma unidade básica, de dentro da favela de Heliópolis, e lamentei muito, porque estava em um trabalho muito legal, mas por ter deixado uma equipe que encontrei, que era “dez”, e que estava muito preocupada com o acolhimento, em poder trabalhar com as pessoas que chegavam ali com “n” queixas, com muitas tragédias de vida.

Fiquei pensando um pouco, se o SUS é viável ou não, e criamos um monte de grupos, grupos de crianças, grupos de adultos... E o mais interessante para mim foram os grupos de mulheres. Mulheres que estavam com uma vida sofrida, alienadas nos conceitos e nos preconceitos daquela sociedade, e que estavam absolutamente presas, enlaçadas nos mandos dos maridos, e que transmitiam isso para os filhos de uma maneira muito pesada.

O período que tivemos foi de poder refletir um pouco sobre isso. O quanto seria importante para elas poderem se libertar dessa carga moral – porque não podiam sair, não podiam estudar, trabalhar... É o “não poder”. Então, é uma coisa da imobilidade diante de

algumas coisas que as próprias pessoas impõem, porque aquela cultura reina. E não tem espaço para discutir que é possível mudar, que é possível pensar diferente.

Então, fizemos grupos de mulheres e foi muito surpreendente com pouco tempo. Tivemos em seis meses alguns encontros e elas saindo um pouco dessa condição de nada para a busca de algumas alternativas naquela sociedade, onde a violência reina, tem toque de recolher – mas que elas conseguiam vislumbrar alguma oportunidade para elas. Então, acho que sim, o SUS é possível, se a gente der a ele, às pessoas que nos procuram, a oportunidade de serem pessoas.

Participante E

Acho que a Aparecida fez uma síntese. Parece que ela pôs a mão no universo, pôs o dedo na ferida, que é: Que relação vamos desenvolver a partir do SUS, com a mudança das coisas que nos agravam o trabalho? Quer dizer, faz as pessoas adoecerem e nos procurarem.

Então, esse dilema é o desafio que está posto neste momento para nós. Se há algumas coisas que acho viáveis nesse país, o SUS é, talvez, uma das poucas.

Porque ele tem uma arquitetura histórica, passada e presente que nos autoriza a colher dele o máximo de energia que temos em uma relação societária. Temos uma relação societária dentro do Estado e nos mecanismos de participação – frágeis, introdutórios, mas anos-luz do ponto de vista do desenho e das possibilidades que a Participante E reclama e que precisamos abrir.

Temos possibilidades dentro do SUS de trabalhar pela mudança da qualidade dessa relação societária porque intrinsecamente temos uma relação societária. É evidente que o pessoal da reforma urbana também tem, e que se você for contatar os arquitetos e sociólogos que trabalham nessa linha de desenvolvimento das cidades, eles vão propor também coisas semelhantes. Talvez sejam aliados, talvez não. Precisamos construir essa aliança.

Se você for conversar com o pessoal do “Cidades Educadoras”, vai encontrar neles a mesma perspectiva: pela educação, fazer uma ação transformadora dos espaços das cidades. O grau de descentralização e a força que a municipalização trouxe para o SUS nos

apontam um caminho que historicamente está fervilhando, que é a idéia de transformarmos as relações dos nossos territórios, identificando essas forças – seja pela demanda, como a Participante E coloca... As pessoas talvez tenham te pedido lá um antidepressivo, mas receberam uma oferta de uma outra ação.

Uma coisa é certa: esse SUS “medicalizado”, em que vamos ter que dar cada vez mais respostas às pessoas, pelo remédio, pelo exame, pela cirurgia, vamos ter que dialogar pacífica, mas decididamente com a população. Não construiremos satisfação social, não construiremos independência, não construiremos autonomia, não construiremos uma sociedade melhor e mais igual com as ferramentas que temos, se ficarmos com o bisturi, o estetoscópio ou o receituário na mão. Não faremos isso! Se a gente não é capaz de afirmar o que fazer, um bom caminho é começar a refletir sobre o que não fazer. Isso é uma coisa que não podemos mais fazer.

Tivemos uma experiência no ano passado em Guarulhos, onde o prefeito foi às 22 assembléias – foram 2.600 pessoas, lideranças populares, por que

acontecia no dia seguinte ao orçamento participativo. Então, elas já estavam mobilizadas para isso. Fizemos um pequeno debate introdutório – mas isso já vinha de uma reflexão anterior dentro do próprio governo – e ele (prefeito) disse, na companhia de todos nós – eu, Marco, Ana Amélia, Janete, outros diretores, os gerentes, a Maria Luísa – “olha, acho que temos que fazer alguma coisa, juntos, pela saúde desse lugar aqui. Acho que cada um tem que pensar na sua condição” – às vezes ele estava mais inspirado para as relações interpessoais, sociais, enfim, a construção... A gente reforçava isso depois com alguns argumentos e algum suporte nessa discussão, do ponto de vista, do que as pessoas estavam esperando. Então, essa construção que hoje são os nossos municípios...

Aparecida, dado à crítica de que a medicalização da ação da assistência, absolutamente, vai conduzir a um bom caminho, a um bom porto – nesse sentido da transformação, e dado que nessas relações territoriais vamos encontrar os nossos iguais, sejam nessas lideranças que vão dialogando conosco, na expectativa

que elas têm de receber um cuidado, e muitas vezes esse cuidado é uma audiência, e não uma receita.

Ou seja, na identidade de outros atores que estão circulando e não contactamos por uma sociedade melhor, que partem de um outro ponto, porque a vida é assim: ela nos restringe. A nossa capacidade intelectual é muito limitada. A nossa energia, apesar de potencialmente violenta – digo “violenta” porque ela surge em um momento bruto, tem a matriz da agressividade humana, do mamífero, da disputa pela caça. Mas falo da violência quando essa agressividade surge em uma atitude bruta, do ferimento, do impacto, da agressão... Ou seja, pela via de estado, como lembrou o Marcos, seja pela via das relações interpessoais.

Sou de uma geração a menos que a Aparecida, quer dizer, não fiz o caminho histórico que ela fez, de uma geração. Aprendi com ela, fui aluno dela. O que posso fazer? Tenho um livro ali atrás da minha mesa, que é um livro dela e do Davi, que eles escreveram da experiência de Bauru. Fui estudar muito tarde.

Por que estou dizendo isso? Porque este conflito que a Aparecida vive hoje, de uma reinserção na luta social,

eu talvez não tenha vivido com tanta intensidade, e lamento isso. De qualquer forma, vejo hoje nessas possibilidades concretas do Estado democrático, das políticas públicas, da arquitetura do SUS e outras que temos que aprender a dialogar, a construir alternativas que promovam melhores condições e melhor saúde. Vamos fazer o SUS ser um grande instrumento motor da transformação da sociedade que nós tanto queremos.

Participante F

Há uma coisa que me preocupa um pouco na expressão de como a violência vai ser tratada no sistema de saúde. Como: “diminuir a violência, porque ela custa muito para urgência”; “diminuir a violência porque as pessoas morrem muito”. Mas tem uma outra expressão da violência que é o “não-morto”, ou seja, do que irradia na comunidade, nas equipes de trabalho, e que não estamos dando conta na medida exata de interferir nisso.

A questão dessa expressão de não-violência não é resgatar alguma coisa que vivemos na infância – porque é impossível, porque a sociedade não vai voltar para aquilo que era. Como é que isso vai se expressar a

não-violência nesse mundo em que temos o individualismo? O medo é a expressão primeira dessa violência, e o medo se expressa na reação do fechamento, na intransigência e na expressão do preconceito. É exatamente isso: “se ele é pobre, se a cor dele é diferente eu me afasto cada vez mais”. Então, produzo comunidades que têm capacidade de se proteger e não de evitar que a violência se expanda, o “alastrar da violência”.

Ainda tem uma segunda preocupação: o SUS, ou seja, a saúde não vai dar conta de enfrentar isso. Essa pretensão do SUS de resolver o problema do mundo é uma coisa muito preocupante, a meu ver, por termos que, como cidadãos, nos inserir nessa disputa. Mas, como segmento, como expressão setorial, há algumas coisas que vamos conseguir enfrentar, mas há coisas que não vamos dar conta de enfrentar. Não é trazer para dentro do setor uma responsabilidade que é do coletivo, da sociedade, de expressão de governo, de projeto de governo, que tem que estar bem claro para a sociedade, para ela poder enfrentar isso. Baixa oportunidade, a incapacidade de gerar escolas que formem cidadãos: isso é o que vai interferir. Enquanto não ti-

ver oportunidade igual, as pessoas vão disputar com a arma que têm – desculpem a expressão “arma”, mas é exatamente isso – com a capacidade que têm de enfrentar situações.

Se não tivermos clareza disso, não vamos dar conta de ter equipes de saúde que enfrentem isso, porque as equipes de saúde estão expostas ao mesmo cenário – ao convívio. O agente comunitário, por exemplo, se não cuidarmos dele, ele não vai dar conta de enfrentar, porque ele mora naquela comunidade que tem a mesma interpretação de violência.

Não estamos falando de profissionais que vêm de outro lugar, de outro mundo e que vão se inserir nas equipes de saúde. Eles estão expostos aos mesmos riscos, às mesmas pressões que aquela comunidade está vivendo. Então, ao interpretar isso, que ações setoriais são possíveis de interferir nessa condição? Não é a saúde que vai educar as pessoas. Imaginar que o setor, com as pessoas expostas aos mesmos riscos, vai superar e enfrentar essa situação é uma coisa que precisamos discutir sem preconceito, porque assim não damos conta de enfrentar.

Temos que ter a capacidade de buscar a interação com as demais áreas para enfrentar problemas que são da sociedade, e não setorial, porque acho que nenhuma expressão de construção dá conta de enfrentar algo que estamos produzindo a partir do medo de viver em comunidade.

Participante G

Acho que também temos que ter clareza da nossa especificidade de ação. Eu me polio muito quando começamos a colocar a questão de interdisciplinaridade entre setorialidade, porque não é absolutamente passarmos a responsabilidade para o outro setor e virar uma miscelânea. Acho que existem as especificidades e temos que tomar cuidado.

Nesse sentido, acho que seguramente somos, hoje, muito “medicalizadores”, mas acho que não é “um ou outro”, temos é que agregar outros valores, sem perder a perspectiva da biomedicina. Acho que temos essa competência e essa responsabilidade. Mesmo que seja em uma ação de educação para a saúde ou de educação na saúde. Assim como podemos fazer essa massagem para bebê, ou trabalhar um grupo de teatro para

discutir essa questão junto com a educação. Temos a obrigação de trabalhar também a capacitação na área de suporte de vital básico, ou suporte de vital avançado, ou ATLS. Quer dizer, isso é competência nossa.

Mas, o que tem que agregar é a questão comportamental e a questão social mesmo. Acho que aí dentro dessa questão do social, tanto volta a fortalecer o SUS como movimento social, que aconteceu na época da Reforma Sanitária – não que ela tenha terminado – mas que tinha um bojo de movimento social muito mais forte que hoje, como também nós, profissionais da saúde, estarmos trabalhando não só no aspecto técnico, mas também no aspecto de cidadão, de agente político, e fazendo parte desse movimento social. Acho que é uma coisa meio dialética também...

Na última reunião do Conselho Estadual de Saúde, colocou-se em pauta a questão da saúde das pessoas que estão privadas de liberdade. Foi uma discussão extremamente rica nesse sentido, porque, em um determinado momento, um conselheiro que é funcionário da penitenciária aqui em Guarulhos, colocava: “o SUS... Temos que fazer uma normatização para

defendermos os profissionais que estão lá trabalhando na penitenciária...” Mas não é isso. Temos uma função nisso, mas não somos nós que vamos resolver. Existem as outras competências.

Participante H

Acho que, como gestores, nós, às vezes, somos ouzados, ou muito loucos – a lógica do que sonhamos construir.

Tenho certeza que muitos gestores aqui sonharam pegar esses agentes comunitários nossos, para serem os agentes comunitários de ação social global. Ver a condição de educação, condição sanitária, condição de lazer... Acho que tem essa lógica da reconstrução do mundo a partir da lógica que enxergamos. Acho que avançamos muito, e muitas vezes perdemos as “pernas”, perdemos o caminho, e temos que dar uma repensada no processo.

Então, vejo que esse sonho de mudança de sociedade interfere nas ações e nos abre um tamanho de processo que não cabe para nós. Acho que não cabe só em um setor. Vamos reformar o cuidado do SUS ou vamos reformar o sistema penitenciário pela ação

de governo? Começam a surgir demandas nesse campo que, na verdade, não têm nada a ver com o nosso campo, mas com a organização daquilo que se constituiu ali, a realidade social que se deu ali.

Então, queria seguir nessa linha: de que nós, às vezes, queremos coisas na Saúde que foge tanto ao nosso campo que perdemos um pouco o rumo, porque queremos coisas muito além do que isso.

Participante I

Cada vez que pensei em falar, era para uma direção, porque as falas estão bem-interessantes. Então, só acho que talvez estejamos discutindo muito o que cabe e o que não cabe no setor. Mas, acho que, no fundo – pelo menos para mim provoca essa questão – em que modelo de sociedade está a proposta do SUS? Acho que é invertida a questão: não é que queremos resolver tudo no SUS. Nós às vezes queremos fazer isso porque perdemos ou não estamos conseguindo construir espaços para discutirmos essa ação cidadã que cada um de nós tem que fazer.

O modelo que construímos de SUS na Constituição faz sentido se também estivermos lutando por

uma outra sociedade, com outros valores, da não-violência, da inclusão, que quem está privado de liberdade tenha seus direitos, enfim.

Então, acho que seria interessante se conseguíssemos, a partir da nossa reflexão setorial, se é viável – talvez nossos netos possam responder – e se é importante lutarmos por ela, temos que responder se é ou não.

Talvez precisássemos ampliar um pouco mais essa possibilidade de, a partir do modelo setorial, termos clareza em que sociedade faz sentido brigar pelo SUS.

Participante B

A provocação que eu queria fazer era um pouco essa: será que quando falamos em universalidade, equidade e integralidade, não é um modelo de sociedade que estamos propondo? Aí ficamos querendo trazer para o setorial, e queremos engessar só na Saúde uma coisa que só vai se resolver, se for, no conjunto da sociedade?

Porque, de repente, viramos utópicos, porque queremos fazer um projeto contra-hegemônico absolutamente setorial. Não tem jeito. Ou disputamos um ou-

tro jeito de pensar a vida, um outro jeito de pensar a ética, o consumismo, a política, ou então, o SUS não tem viabilidade neste mundo que está se construindo com violência, com corrupção, com desigualdade e com exclusão. Então, acho que é um pouco nessa linha.

Mas eu queria fazer uma outra reflexão aqui, que é: desse lugar que estamos; um lugar de poder, “pequenininhos” alguns – São Paulo já é mais, Guarulhos já é mais – mas, de todo jeito, cada um no seu espaço, aqui está no espaço de poder, que é o espaço da gestão. O quanto temos conseguido nesse espaço dialogar com quem está em outros espaços? O quanto das nossas gestões tem de fato possibilitado a fala de outros atores políticos, dos trabalhadores, dos usuários? E aquele primeiro item que eu falei – a resiliência – o quanto aceitamos do outro e o quanto queremos impor de um determinado modelo que, porque é universal, da equidade, integral, é indiscutível, é bom – mas ele é bom para nós. E para o outro, ele é bom?

Se na minha discussão da aceitação incondicional do outro está o respeito ao que o outro pensa disso,

será que não estamos imaginando um trabalhador moral, ideal? Aí, por consequência, ele nem precisa falar porque...

4.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Maria Aparecida Pimenta

Para o ouvinte não vai ter mais consulta médica, não governa. Às vezes governa mais do que nós, que estamos no gabinete, achando que tem acolhimento, achando que todo mundo entra, e ele fala “não, agora já deu, você pode ir embora”. O quanto estamos possibilitando nas nossas instituições que essas falas, que esse jeito de falar se expresse para a gente construir uma coisa nova?

A questão do significado do trabalho na vida das pessoas é absolutamente essencial. Porque se a pessoa não se sente valorizada, ou não tem orgulho do que faz, que não conta para os amigos, não conta na “rodinha”, que tem vergonha do que faz, ela não tem condição de estabelecer vínculo, não tem condição de acolher, de se responsabilizar pelo outro. Isso tem a

ver com o tema que estamos discutindo, da violência, da cultura da paz.

Então, o quanto estamos conseguindo nos nossos espaços de governo possibilitar essa construção de subjetividade, essa construção de sujeito que tem condição de nos ajudar nessa tarefa? Porque, não interessa se é setorial ou se não é, se ele é o sujeito da sua própria vida, se ele é um sujeito solidário que constrói junto. Ele vai fazer isso no bairro, na fábrica, na igreja, na Assembléia de Deus... Quer dizer, ele vai fazer isso em outros espaços.

Acho que essa é uma reflexão válida. Estamos conseguindo construir não só cidadão, mas cidadão-sujeito, com autonomia para ter projetos para a própria vida, ter projeto para o país, ter projeto para o seu bairro.

Quereria fazer uma recomendação, falar um “chavão” e dar uma opinião. A recomendação é que quem não assistiu o “Crash, no limite”, assistam, é fantástico! É essa discussão da violência e o limite em que vivemos. Muito interessante. Então, essa é a recomendação.

O chavão é que temos que continuar nos indignando com a violência, porque no dia em que acharmos que é isso mesmo, que não tem jeito, não vai ter jeito mesmo.

Agora em janeiro fez 21 anos que sou gestora municipal de saúde, e se tivesse que recomendar alguma coisa desses meus 21 anos de gestão, acho que a única coisa que teria para recomendar é: “escutem”. Não escutem somente com o que aprendemos de teoria. Escutem com o coração. Acho que, mais do que nunca, temos que ser intuitivo, que “olhar no olho”, pegar na mão e escutar.

Paulo Capucchi

Toda vez que falam isso, lembro-me do Garrincha. Na Copa do Chile, em 1962, chegaram para ele e disseram assim: “agora o craque do Brasil, o Garrincha, vai dar um adeus aos microfones chilenos”, e estenderam os microfones a ele, e ele falou “adeus, microfones chilenos...”. Essa está gravada!

Então, “adeus, microfones guarulhenses”. Acho que a reflexão que a Aparecida propõe, outra vez, é a reflexão. Cochichávamos aqui – um pouco, e ela falou

assim: “provoquei”, e eu falei: “aceitei sua provocação”.

Mas acho que temos acúmulo para isso. Sinto-me em um momento muito profícuo para a mudança. Acho que houve um acúmulo nesse processo de implantação do SUS nesses últimos 15 anos. A modelagem dele nos aponta uma certa perspectiva histórica de continuidade.

Temos que olhar para o outro, que buscar no outro as identidades e possibilidades, para que refaçamos as teias sociais que permitirão as mudanças.

Gostaria de lembrar que temos um relacionamento com a não-elite, em parte, que está no SUS, que são os conselhos e os segmentos com quem interagimos e que não têm esse lugar tão instável quanto o nosso, mas que podem ser o sustentáculo de uma relação societária.

Se propormos essa discussão da sociedade justa, da sociedade de paz, da sociedade que promove saúde, eles talvez passem, inclusive, a defendê-lo, a refletir sobre isso, e a tecer teias de relação social que reconstituam um momento histórico daquele que sentimos

falta, em que identificávamos mais o movimento estudantil, o movimento operário, o movimento de organização partidária.

Agora sentimos falta do movimento operário, que está sem uma identidade clara, por causa das novas relações de trabalho. O movimento partidário também se encontra em crise, porque as ideologias estão todas bagunçadas historicamente, mas está se refazendo. O movimento estudantil não reflete mais aquela energia, aquela “agressividade natural”, que concordo que poderia ser canalizado para isso. Mas as pessoas existem, e as pessoas estão se relacionando, as pessoas estão produzindo situações sociais.

Nesse sentido, reconvoco a reflexão em relação ao SUS. Temos ligações hoje estratégicas dentro do movimento social e precisamos propor a eles essas discussões que fizemos aqui hoje, para que nós possamos refletir, ampliando essa perspectiva, e nos dividindo na tarefa de bem cuidar e de bem orientar o cuidado. Acho que isso é que, como profissionais de saúde, temos que fazer.

Acho que no singelo depoimento da Participante E, ela lembrou de uma possibilidade concretíssima, ou seja, a de que as pessoas, ao nos procurar, devolvemos a elas talvez uma outra perspectiva na direção que ela veio procurar, mas talvez com uma outra ferramenta social, com outro suporte social, com uma outra tessitura naquele melhor território.

Eu comentei com a Aparecida: “acho que esse debate vai ser meio ‘chocho’, porque não entendemos muito”, mas, foi o melhor Café com Idéias que participei.

**A GOVERNABILIDADE
LOCAL DA SAÚDE AINDA
É UM DESAFIO?**



Washington Couto

5 A GOVERNABILIDADE LOCAL DA SAÚDE AINDA É UM DESAFIO?¹

XXII CONGRESSO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – RECIFE – PE²

Washington Couto

Secretário de Saúde de Camaçari – BA

¹ O Café com Idéias, ocorrido em junho de 2006, não contou com o recurso de gravação, portanto solicitamos aos facilitadores a elaboração do presente texto, com o objetivo de resgatar o debate.

² Este café com Idéias foi realizado em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

5.1 Fala do Facilitador

Washington Couto

É com muito orgulho e prazer que nós estamos aqui neste espaço democrático, em nome da Saúde, para cumprir o papel de gestor e ao mesmo tempo, sendo peça de uma engrenagem para o fortalecimento do SUS. Então se pergunta: qual a nossa contribuição para que este processo seja democrático? Acredito que o nosso SUS se ergue e se fortalece com a participação de todos os níveis de governo e todos os atores envolvidos nesta construção, se um destes falhar, com certeza, comprometerá o sistema e reduzirá a força que impulsiona cada uma das engrenagens. O tema do Congresso é sobre a Governabilidade Local e essa questão é fundamental para nós, gestores da saúde. Eu gostaria de focar no papel dos gestores e profissionais de saúde que trabalham nos municípios. Para contextualizar, gostaria de registrar alguns dados do meu município. Camaçari é um município de 200 mil habitantes situado na região metropolita-

na de Salvador, o que praticamente o transformou em uma cidade de negócios, detem o maior PIB da Bahia e um dos maiores do país. Em seu território temos um dos maiores pólos petroquímico da América Latina, temos também, além do pólo petroquímico e de apoio às estruturas petroquímicas, o Complexo Ford Nordeste, maior estrutura da Ford dentro do Brasil, que depois de implantada em Camaçari, contribuiu para que a Ford retomasse sua posição de destaque no cenário mundial. Em Camaçari, a produção de pneus também se destaca, nacionalmente, com 55% do produzido no país. Mas todo este potencial econômico não modificou as condições sociais de nossa população. Contraditoriamente, somos um município rico com a população pobre.

Em relação à Saúde, nós temos em Camaçari uma rede com: 25 Equipes de Saúde da Família, 5 Prontos-Atendimentos 24 horas, 8 Unidades Básicas de Saúde, 1 Policlínica de Especialidades, SAMU-192, PACS, um Hospital Geral de abrangência regional o que fortalece sua posição de pólo microrregional no PDR do Estado da Bahia.

Não podemos tratar sobre governabilidade local sem considerar fatores políticos e técnicos de gestão, que se iniciam com a escolha do secretário(a), de sua equipe, de seu entendimento sobre a saúde; sobre o SUS e as políticas que serão implementadas durante a gestão. Além disso, as relações de trabalho e de poder que são estabelecidas no processo influenciam na construção do modelo de atenção e de gestão da Saúde. Mas a governabilidade não se realiza apenas no âmbito da secretaria de saúde. Outros atores integram neste processo: o prefeito e outros setores do Poder Executivo, o Poder Legislativo, os sindicatos, a rede privada e filantrópica, os conselhos de saúde e a participação popular.

Li um livro muito interessante há uma semana chamado: “A Mosca Azul”, de Frei Betto, que fala muito dessa relação do poder, da formação e da preparação das pessoas para assumirem o poder. Muitas vezes as pessoas desvirtuam a ação do poder. Muitas vezes a população encara o próprio prefeito ou o secretário de saúde como um “super-herói”, um “todo poderoso”. Muito deste posicionamento advém da

forma de trabalhar, da competência e da relação de poder estabelecida. No processo de governabilidade, devem estar presentes a ética, a responsabilidade e o comprometimento, não só de quem comanda, mas de toda a equipe e porque não dizer, também dos usuários do sistema. Nós não podemos estar alheios a tudo isso. Devemos nos questionar: qual o tipo de modelo que nós temos na nossa gestão? Qual modelo a ser implementado na nossa gestão? O nosso modelo de atenção à saúde está claro e definido? Nossos instrumentos de planejamento estão bem-definidos? Nós temos no nosso Plano Plurianual, na nossa Lei de Diretrizes Orçamentárias, na Lei Orçamentária Anual as condições necessárias para o nosso planejamento em saúde? O nosso plano de saúde reflete o que foi pactuado? Nossos indicadores estão sendo monitorados?

A condução planejada do gestor potencializa o modelo implantado e valida todos os instrumentos fundamentais para a boa condução da política de saúde. A governabilidade, além de ser uma conquista de cada dia, se estabelece por meio da nossa forma de organização.

Para finalizar esta etapa do bate-papo, é muito importante discutir o financiamento. Sem recursos e sem o seu controle, o processo de governabilidade na Saúde está totalmente prejudicado, o financiamento é fundamental, mas exige coerência na sua aplicabilidade, é necessário que tenhamos definidas, companheiros secretários e secretárias, assessores, prefeitos e outras autoridades que estão aqui presentes, as diretrizes de saúde e suas conseqüências na realidade local. A regionalização solidária, por exemplo, possibilita a redução dos impactos financeiros de um grupo de municípios que se unem para a resolução de problemas comuns e complementares, reforçando assim, a visão de rede sem prejuízo para o comando único.

As políticas de saúde são definidas de forma tripartite com a presença de nossos representantes municipais e estaduais e do Ministério da Saúde, mas nós devemos ter as nossas formas de gestão, então eu gostaria de encerrar contando esta história:

“Uma senhora chegou numa loja e disse que gostaria muito de ter um vestido preto, onde ela pudesse colocar todas as características desejadas para uma

noite, que era se sentir linda, esplendorosa, enfim..., a vendedora falou: – minha senhora, o vestido preto nós temos, o restante cabe a senhora”.

Então é mais ou menos isso, nós temos todas as políticas bem-definidas. Agora, é focar nas necessidades da população, implementar uma lógica de saúde em que predomine a Gestão Participativa e criar canais que viabilizem a boa interlocução com os diversos atores, para construir o SUS que queremos. Muito obrigado!

FORMULAÇÃO DE POLÍTICA E GESTÃO DO SUS



Jorge Arada
Roberto Gouvêa

6 FORMULAÇÃO DE POLÍTICA E GESTÃO DO SUS¹

CAFÉ COM IDÉIAS – SÃO PAULO – SP

Jorge Arada

Secretário Municipal de Saúde de Embu – SP

Roberto Gouvêa

Deputado Federal do PT pelo Estado de São Paulo

¹ Este Café com Idéias foi realizado no congresso em São Paulo.

6.1 Fala Inicial dos Facilitadores

Jorge Arada

Nós vamos conversar sobre a questão do financiamento e a formulação de políticas, até por serem temas atrelados um ao outro, na medida em que temos um grande nó no que diz respeito à questão orçamentária e de financiamento, o que dificulta o nosso trabalho, mas nunca nos faz desistir.

Quando nos referimos à formulação das políticas públicas relacionadas à gestão em saúde, e é importante deixar claro que gestão é bem diferente de gerência, não dá para olharmos só “a colher do cafezinho”, mas precisamos estar atentos a todas as questões que estão na mesa e, nesse sentido, temos vários desafios. Eu costumo sempre colocar que, ao invés de olharmos só para a questão das dificuldades, temos que voltar um pouco no tempo e vermos o quanto conseguimos avançar. Não que nós estejamos num estado pleno e perfeito mas, por exemplo, estamos preparando agora no nosso município a 5.^a Conferência Municipal de

Saúde e fizemos recentemente sete encontros com a comunidade, sete pré-conferências e sete plenários. Esse é um movimento muito rico e vemos como há um amadurecimento nesse processo desde que haja um espaço para a participação popular. Nesse sentido, o SUS é uma Política de Estado, sim, mas dependendo do governo, é feita de forma diferente e isso é incontestável.

No que diz respeito à questão do financiamento, não devemos brigar por mais recursos só pela questão do dinheiro: nós temos que ter bem claro e sedimentado os princípios do SUS. Principalmente o conceito da integralidade, não só sobre as ações e suas complexidades, mas também as relações do trabalhador com o gestor e com a população, que formam a questão da participação social e do controle social.

Outro aspecto da integralidade se refere ao financiamento e à questão do técnico. Eu sempre tive um papel mais de técnico do que de gestor, e hoje minha experiência está se enriquecendo na tentativa de fazer essa integralidade no financiamento, no administrativo, no técnico e político. Temos que fazer política

mesmo, por mais difícil que seja, porque se não estaremos excluídos desse processo – a política se faz necessária, não a partidária, claro...

A questão do financiamento é um grande nó, e hoje temos em torno de U\$125 dólares *per capital*/ano, juntando as três esferas, o que é muito pouco. Mas nós temos que avançar no quantitativo e também avaliar como estamos utilizando esse recurso. Claro que não tem como “fazer milagre”: se é pouco o dinheiro para fazer uma série de ações, desde a proteção à saúde, o avanço da ciência e tecnologia, a questão das vacinas, do combate à dengue, dos transplantes, dos tratamentos oncológicos, em algum lugar vai faltar dinheiro. O grande prejudicado nesse processo é o trabalhador, com o “sucateamento” das relações de trabalho.

Falta financiamento também da alta complexidade e para a assistência farmacêutica, em contraste com os avanços na atenção básica. Alguns programas específicos estão conseguindo avançar, por exemplo, o Programa de Aids, mas também temos que parar para ver por que o movimento da Aids está aumentando em termos de mobilização e de organização.

Existe sim uma mobilização social e um fortalecimento da mesma, assim como existe no movimento das mulheres, na questão étnica. E no SUS, se num determinado momento essa participação popular foi fundamental, teve um movimento que caminhava contra o neoliberalismo para conseguirmos a conquista do SUS. Parece-me porém, que o tema da gestão e do trabalhador se desvincilhou da participação social. e talvez seja esse o momento de retomarmos o diálogo. Precisamos colocar esses conflitos na mesa. Não que isso irá resolvê-los, mas seguramente teremos um diálogo maior e, provavelmente, conseguiremos um pacto melhor.

Voltando para o financiamento, a Emenda Constitucional 29 é um dos marcos importantes desse diálogo. O “Projeto de Lei do Deputado Roberto Gouveia”, que vai regulamentar a emenda, será um avanço maior ainda. É importante lembrar que a Emenda 29 não prevê teto, mas sim piso. É nesse sentido que os municípios estão estrangulados, porque temos que investir 15% da arrecadação própria. A maior parte dos municípios estão investindo em torno de 18 a 20% no

Estado de São Paulo, outros estão em torno de 25%; mas muito dos estados não estão cumprindo a Emenda Constitucional. O Estado de São Paulo, por outro lado, cumpre a emenda com os 12%, mas precisamos fazer um questionamento, pois um aspecto é: quanto? E outro é: como se aplica esse dinheiro?

É nesse sentido que o Cosems de São Paulo está tentando criar uma “Agenda Política” para discutir o financiamento no orçamento do estado. Não que o estado não aplique o seu dinheiro em saúde, mas se analisarmos o quanto é aplicado em atenção básica nos municípios ou mesmo na média complexidade, quer sejam em serviços próprios ou de gerência das organizações sociais em saúde, e como se desenvolve essa questão do financiamento dessas organizações. É preciso discutir como aperfeiçoar esse modelo. Outro problema sério que encontramos na média complexidade é o caso das filantrópicas, das Santas Casas...

Então, todos esses são pontos da agenda da assistência à saúde, mas nós não podemos nos ater como gestor, única e exclusivamente, no aspecto curativo e assistencial. Temos um desafio de “trocar o pneu

com o carro andando”, de trabalharmos com outros modelos de gestão mais criativos. Entra aí, por exemplo, a promoção da saúde, da autonomia da população, de políticas públicas de saúde que não sejam apenas do SUS, como é a questão do combate à violência, do código de trânsito, da distribuição de renda, habitação e educação. E é nesse ponto que entra a intersetorialidade, a qual podemos colocar no financiamento as ações específicas da saúde e a participação de cada uma dessas esferas – estadual, municipal e federal – porque não existe essa hierarquização vertical com relação às esferas de governo.

Nesse sentido, no que diz respeito ao gestor federal, ele ampliou muito a questão do investimento, logo no início do Governo Lula, com a correção populacional, o aumento do PAB e uma série de aspectos referentes à média e à alta complexidades, mas manteve ainda a mesma lógica dos governos anteriores em relação ao financiamento por “caixinhas”, que são mais de 80 diferentes. Eu não consigo aumentar o “teto” do piso de atenção básica se eu não adotar o modelo de estratégia do PSF. E PSF não é sinônimo de atenção básica. Isso

depende do contexto social, cultural, epidemiológico, populacional, etc. Cria-se, então, uma série de instrumentos com relação à pactuação solidária, avalia-se os indicadores de saúde e cobra-se dos gestores de nível local a execução. Esse é o movimento que eu vejo a partir do qual podemos caminhar nesse processo, e este não se esgota no nível federal, estadual ou municipal. Não podemos, no nível municipal, continuar essa capilarização sem trabalhar o planejamento nessa lógica, com relação às unidades de saúde, e fortalecer o movimento popular e o controle social, que devem ser atrelados com outros movimentos. Esse é um processo que tem a ver com o amadurecimento e fortalecimento do movimento democrático, já que, na realidade, a democracia ainda é regime de exceção nesse país.

O SUS está “adolescendo”, com 17 anos, mas não podemos desconsiderar todo o movimento que ocorreu antes: a 8.ª Conferência Nacional de Saúde, a Reforma Sanitária, que ainda está em andamento e que foi a principal conquista de política social no país, mas que hoje está em crise... Eu sou pediatra de formação, e entendo que quando estamos começando a andar, a

namorar, a prestar vestibular, sempre temos uma crise, mas não podemos transformá-la numa energia destruidora, e sim canalizá-la para algo construtivo. Apesar de todo esse momento difícil que passamos, não só na questão de financiamento, mas na própria conjuntura nacional mesmo, é bom vermos nesse momento que a sociedade está mais amadurecida, mais consistente, com diversidades de concepções ideológicas, com diferentes posturas e relações de poder – só não podemos confundir a questão do nosso tempo biológico com o nosso tempo de gestão, que é muito mais prolongado.

A nossa cultura ocidental é muito imediatista e não se pode trabalhar somente dessa forma. Há questões que são para ontem e precisam de uma resposta rápida, mas se não trabalharmos com o médio e longo prazo, seguramente, daqui a 50 anos, os nossos netos estarão falando da mesma questão, e precisamos caminhar nisso em um processo construtivo.

Roberto Gouvêa

Eu vou dialogar com a fala do Jorge, que foi muito boa, até porque ele é gestor e está lá na ponta do

Executivo, e eu estou na espera do Legislativo. Mas, eu queria abordar algumas questões sobre o financiamento, já que, em algum momento, vamos ter que encarar esse estrangulamento.

Eu costumo dizer que até milagre tem limite e nós já estamos nesse limite, e tenho dito o seguinte: carecemos de mobilização. Da mesma forma como nós fizemos para aprovar o SUS, a Lei n.º 8.080 e a Emenda Constitucional 29, se não houver mobilização, o projeto não chega ao Plenário. Ele já passou por todas as comissões por unanimidade e não teve nenhum voto contrário de nenhum deputado e em nenhuma das Comissões – Seguridade Social, Finanças e Tributação e Constituição e Justiça. O projeto já está pronto para ir para a pauta e se for, teremos mais de 400 votos. Mas, para chegar lá, vamos precisar de força social e política, falar com líderes e deputados, falar com a Casa Civil. Isso por quê? Porque temos R\$1,07 por pessoa/dia para fazer o Brasil, é menos que meia passagem de ônibus. São 125 dólares/ano. A Argentina, por exemplo, gasta 362 dólares por pessoa/ano, o Uruguai gasta 304 dólares por pessoa/ano. Os países de primeiro mundo, que têm sistemas parecidos com

o nosso, gastam 1.400 dólares por pessoa/ano. Com o novo modelo de atenção fica ainda mais difícil, então, é preciso encarar essa questão que não pode ser mais adiada.

Nós começamos a ver um estrangulamento geral: além de termos pouco recurso, ainda se burla o que manda a Lei n.º 8.080 e a Constituição. Dos 27 governadores de estados, 16 não cumprem a emenda, assim como 30% dos prefeitos. O resto não consegue escapar do povo, essa é a vantagem da política descentralizada. Por isso, a 8.ª Marcha Nacional de Prefeitos colocou a regulamentação da Emenda 29 como o primeiro ponto de pauta, porque eles estão sentindo a “bomba estourando” e os governadores burlando a emenda.

Lá em Minas Gerais, além do governador não cumprir a emenda, ele paga as vacinas da brucelose e das vacas mineiras com o dinheiro do SUS. Isso deveria ser pago com o recurso do Ministério da Agricultura. Tem também governador que asfalta a estrada que passa na frente do hospital e diz que é para melhorar a acessibilidade ao hospital. A imaginação não tem limite, por isso tem que se regulamentar, tem que dizer

o que são gastos e o que não são. E o Governo Federal não fica fora disso não: ele coloca quem precisa de um prato de comida para brigar com quem precisa da vacina, como tentou fazer no início do governo e está fazendo agora, com a medida provisória que vai ser derrotada no Senado. Ele está usando um bilhão e duzentos milhões para o ‘Fome Zero’ agora, disseminando o mau exemplo pelo país.

Nós enfrentamos três desafios: SUS, Lei n.º 8.080 e a Emenda Constitucional 29. O nosso próximo desafio é regulamentar a emenda porque milagre também tem limite. Outro dia li um artigo do Joaquim Levi, esse senhor que vem do governo anterior e continuou, ele, a equipe e a política econômica quase inteira. Ele escreveu na “Folha de São Paulo” que, para baixar a carga tributária no Brasil, tem que diminuir o gasto social, e que a Saúde tem um gasto que já fugiu do limite. A visão dele é contrária à nossa, então o que nos resta é a luta política – e não há nenhum outro caminho.

Nós temos que reagir à segmentação. Por que nós conseguimos fazer muita coisa com R\$1,00? Porque o nosso modelo é bom, se não fosse já teríamos “ido

pro vinagre” e o SUS não seria referência e nem estaria inspirando o país para outras políticas públicas. Temos uma concepção que está sendo aprovada e saudada no mundo inteiro, que faz tanto com tão pouco. Se tivéssemos o dobro de recursos, nós abriríamos uma janela imensa para continuar se desenvolvendo. Mas, nós temos que superar a segmentação, temos que fazer a política setorial e, inclusive, dialogar com os nossos parceiros e companheiros. Temos que fazer a Conferência de Seguridade Social, para não ficarmos isolados e termos força, com uma visão intersetorial superando a segmentação.

O nosso modelo vai se colocando como um modelo revolucionário. Eu acredito muito no SUS por isso, e quero “fazer coro” àquela idéia: nós temos 16 anos de SUS, na vida da gente faz uma diferença imensa, mas na vida de um país a conta é outra. Nós estamos no caminho certo, temos o futuro pela frente e condições de ganhar esse novo modelo, enfrentando os pontos de estrangulamento. Precisamos ter coragem para ter uma relação mais ampla, inclusive de nos colocarmos no papel de liderança nesse processo e, como deputado dessa área, eu sou cobrado a ter uma

visão mais solidária e generosa, inclusive em relação aos nossos parceiros de políticas públicas para potencializarmos esse R\$1,00. Porque o SUS quer atender a todos e quer fazer de tudo: educação em saúde, promoção, prevenção, vigilância, vacinação, Programa de Saúde da Família, pronto-socorro, internação, combate à dengue, hanseníase, malária, aids, parto, hemodiálise, transplante.

Outro aspecto importante é o da vigilância, que nós estamos desenvolvendo mais agora, que tem uma grande chance de avanço. Tivemos a 3.^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, onde mais de 100 mil pessoas se reuniram e participaram da organização dessa conferência. Isso é importantíssimo. Eu fiz meu curso de formação em Medicina na Upis, em Pinheiros. Foram seis anos estudando medicina em todo tipo de campo – na zona rural, zona urbana, na comunidade, na favela, no esporte –, e tive apenas 45 minutos de aula de medicina ocupacional em seis anos de graduação. É como se a saúde parasse no portão da fábrica, na porteira da fazenda e no balcão da repartição pública. Porque o Brasil é assim: na área pública não tem direito à prevenção de acidente e de doença.

O governo gosta de ditar regra para todos cumprirem e se considera acima das regras. Então, estamos tentando com essa Conferência viabilizar o que diz o inciso 2 do artigo 200 da Constituição: que compete ao SUS executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, dentro de uma visão preventiva, do trabalhador como sujeito e subordinando os interesses da produção e do lucro com uma visão preventiva.

A nossa política é para fazer correções de caráter estruturante, tendo uma visão coletiva antes da individual, e estamos, pela primeira vez, fazendo uma conferência convocada com a participação do Ministério do Trabalho e da Previdência. Esse é o caminho de nossa visão política e de comprometimento dos outros agentes. Eu entrei com um Projeto de Lei que é o Código Sanitário de São Paulo e virei *persona non grata* dos fiscais do trabalho. Os auditores disseram que eu estava querendo extinguir o Ministério do Trabalho, mas eles não compreenderam que nós ganhamos essa disputa do “centrão” na Constituinte, e conseguimos fazer com que essa fosse também uma atribuição do SUS. Nós não queremos tirar atribuições deles, quere-

mos parcerias e reconhecemos a excelência deles, que lidam com isso há mais tempo que nós, e queremos colocar o conhecimento deles a serviço da política e dos interesses da saúde do trabalhador.

Eu participei agora de um Congresso Nacional de Cuidados Paliativos – é a Lei do Direito dos Usuários. Toda estratégia de humanização é fundamental, porque o SUS é uma obra coletiva. A população é sujeito do processo e esse paradigma tem que ser colocado em todos os momentos da gestão, inclusive no momento em que o usuário está fazendo uso do sistema. Esse processo de compreender o usuário como sujeito do processo não é só quando ele participa de uma conferência, mas também quando ele está doente e com medo de morrer.

Qualquer um de nós que está doente fica fragilizado, angustiado, e tem muito cidadão brasileiro que não sabe que tem direito à saúde, acha que está recebendo “um favor”. Imagine esse cidadão doente e fragilizado, achando que está recebendo “um favor”... A cidadania dele já está “capada”. Tem um ditado popular assim: ‘A barra de Deus no céu é o médico na terra’, isso é uma cultura que existe na sociedade, que é a velha história do paternalismo. Individualmente, a pessoa faz tudo

quanto é tipo de “estripulia” e não assume a co-responsabilidade para com a saúde, daí surge a necessidade de estimularmos o desenvolvimento de hábitos saudáveis para que ela possa assumir a co-responsabilidade com a saúde. Esse cidadão que está nessa situação, precisando de um pouco de ânimo e de força, ele que não sabe que tem direito à saúde, está angustiado e fragilizado, entra no consultório do médico que está todo de branco já parecendo um anjo. Ele caminha em direção ao doutor, e cada passo que ele dá é como se ele estivesse deixando de ser cidadão e virando “coisa”. Então ele se “entrega” ao doutor, e falar de direito da saúde, numa relação dessa, não tem o menor cabimento.

Temos que fazer um processo amplo de educação em saúde e temos que reverter essa cultura. Para fazermos isso, temos que trabalhar com a população, com movimentos, e com o aparelho formador para que pratiquemos a saúde como um direito e a população seja o sujeito do processo, desde o momento da assistência. Se nós fizermos isso, vamos fazer muito mais com o pouco e vamos construir um sistema novo e libertário, muito mais humano e que eu acredito que vai fazer muito por esse país.

6.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Eu queria colocar para discussão a minha preocupação em relação às questões do financiamento e dos modelos de atenção no SUS. Sabemos que os municípios têm uma autonomia para tratar das questões locais de organizações do SUS, e temos visto várias experiências do uso dessa autonomia, como os municípios que montam a atenção básica para, na verdade, montar o “pronto atendimento”. São várias experiências de pessoas que têm história no SUS e, quando se fala desse “caminho” de financiamento e em aumentar o recurso, eu fico pensando: vamos aumentar o recurso e fazer o quê com ele? Acho que, além de trabalhar a intersetorialidade, ainda existe um espaço muito grande para discussão da gestão dos gestores.

Eu estive numa reunião do Pólo de Educação e a preocupação dos gestores era em relação à capacitação. Será que existem parâmetros onde possamos aprofundar a discussão do modelo e tentarmos seguir com o SUS para algum caminho que respeite esses princípios

e diretrizes? Como vocês percebem essas experiências que algumas secretarias municipais de saúde e alguns municípios têm feito de realizar convênios com outras entidades para fazer a administração da saúde local?

Participante B

Eu tenho uma pergunta que está me preocupando muito, que é a questão das organizações sociais estarem gerindo unidades e institutos e eu queria saber a opinião de vocês com relação a isso.

Participante C

“Pegando uma carona” na pergunta das organizações sociais, tem uma discussão aqui em São Paulo sobre os institutos de pesquisas. Todos nós sabemos que a saúde tem institutos de pesquisas bem tradicionais, como o Butantã, o Emílio Ribas, e tem uma discussão séria da Secretaria de Ciência e Tecnologia, articulada com setores da assembleia e do governo, de fazerem uma gestão através de OS ou de alguma operabilidade desse tipo para áreas de pesquisas. Gostaria que vocês comentassem essa questão.

Participante D

Nós estamos vivendo um momento em que o Estado brasileiro passa por um licenciamento de direitos, e toda a fala do Deputado Roberto Gouvêa trata da importância das conferências como construção de direitos a partir de políticas de Estado, se é que eu estou entendendo o diálogo. Quando eu me debruço sobre a questão, percebe-se que há uma tendência muito grande de levar o modelo privatista para dentro do Estado, no setor de Saúde. Percebe-se que a saúde do Brasil está em disputa em dois modelos – um, de saúde da população coletiva, e o outro; privatista, clínico, individualista, que todos nós conhecemos.

Participante E

Já que estamos pensando no processo de gestão e na formulação de políticas, eu queria colocar a questão: qual o tipo de estratégia que estamos usando para tentar territorializar a construção dessas políticas de saúde? Eu tenho ouvido, cada vez menos dos municípios, os relatos de experiências, no sentido de buscarmos estratégias de territorialização, de conhecer o território de fato junto com os trabalhadores e com a

sociedade, de aprendermos as necessidades da população a partir desse processo de reconhecimento e de apropriação do território. Acho fundamental resgatarmos a importância desses processos para nós. De fato, pensarmos políticas que são mais necessárias àquelas populações e que são prioritárias em cada território. A mesa colocou a questão do direito do usuário e da participação social, mas eu acho que temos que pensar esse processo de gestão da política, considerando também estratégias que facilitem e aproximem mais as especificidades daquele território nesse processo de formulação e gestão das políticas.

Participante F

Um ponto que me preocupa quando falamos na construção da Rede Assistencial, do atendimento das necessidades dos usuários, da integralidade, é a questão da regulação do sistema, das dependências dos municípios. Sou de uma região que tem uma dificuldade imensa nas referências secundárias e, portanto, não conseguimos instituir a integralidade da atenção, que não é só a que você constrói no cotidiano e na relação com o usuário, mas a integralidade é também

o atendimento à necessidade de tecnologias crescentes que ele tem. Isso é difícil de construirmos quando temos uma rede de interesses tão diversa e entremeadada por questões políticas complicadas e de diferentes entendimentos. Então, eu me pergunto: como é que avançamos nessa questão da regulação e da construção dessas redes?

Participante G

Me incomoda o fato de que a integralidade é pouco resgatada no sentido da atenção médico-sanitarista, no sentido do clínico epidemiológico, do individual, do coletivo, e eu sinto muito falta do retrato desse sentido de integralidade para pensarmos nos modelos. O colega de Campinas falou da questão da heterogeneidade dos modelos possíveis do SUS “real”, e nós temos que ser heterogêneos, mesmo porque, as realidades são muito diversas. Temos no Estado de São Paulo, municípios com 8 mil habitantes, outros com 10 mil habitantes, temos megalópoles e municípios grandes. Então, os modelos não podem ser os mesmos.

Eu tenho feito algumas visitas e dado aulas em municípios diferentes e nós temos grandes problemas

de gestão que precisam ser enfrentados. Na questão do modelo, a discussão anda muito empobrecida e parece que há um consenso. É como se colocássemos a pirâmide de “ponta cabeça” porque a falta de entrada é pelo terciário, pela urgência e emergência e não pela base. E precisamos colocar a pirâmide em pé, para fazermos a atenção básica pela porta de entrada de verdade. Mas o que é fazer isso? Qual é o investimento real existente para fazermos da atenção básica o eixo estruturante? O que isso significa e quais são essas ações? Porque é daí que vamos resgatar a integralidade, o indivíduo e o coletivo.

Parece-me que falta o PSF. O PSF que eu tenho visto investe muito na integralidade da atenção ao sujeito e esse é o PSF que deu certo e não “virou” PA. Tem muito PSF que é a reprodução do modelo mais tradicional e mais pobre que tem de atenção à saúde. Então, não basta ser PSF teoricamente, porque o bom PSF é aquele que tem profissionais responsáveis e comprometidos, que conseguem fazer um acolhimento, uma atenção e um resgate ao sujeito, uma interlocução com a comunidade da sua área. Mas, as equipes

de PSF não têm raciocínio epidemiológico, me parece que falta uma gestão sanitária do PSF.

Participante H

Eu me lembrei do que o Jorge Arada falou no começo que, de certa forma, inverte o que foi discutido recentemente num congresso realizado aqui, cujo tema era a capacidade de mobilização. Tinha um texto que falava da capacitação de mobilização da sociedade para criar mas que não se referia a nenhuma capacidade de mobilizar a sociedade para defender ou partir de um princípio – há um conjunto de documentos para quem trabalha na área da Saúde mas que não tem nenhuma repercussão na sociedade.

As pessoas não conseguem saber e nós não conseguimos fazer com que elas percebam o que é intervir nesse processo. Um deles é exatamente a organização social e em que momento poderemos falar sobre o que é a gestão? O que é a capacidade de fazer a gestão? O que é garantir o direito do ponto de vista da ação de quem é governante? A razão pela qual a sociedade não consegue perceber essas coisas é o nosso dilema e

precisamos dar conta do mesmo. Essas são preocupações que temos observado e que têm trazido espaços de relevantes construções, como foi a Conferência Nacional de Saúde, mas que não reverteram para a sociedade, que não acha isso importante e não defende o SUS como o seu direito construído na forma como foi colocado.

Acho que isso é um desafio e precisamos sair de dentro dessa discussão interna do SUS para fazer uma discussão com a sociedade de uma forma diferente. Se não fizermos isso, um outro componente que colocamos o tempo todo, que é trabalhar a intersectorialidade, nós não vamos dar conta dele, já que a Saúde trabalha pela perspectiva da saúde, a Educação pela perspectiva da educação e por aí vai – cada pedaço de ação social trabalhando cada política no seu recorte sem integração. Nós estamos fazendo isso com a população, com o mesmo recorte, e lá na regulação da emenda tem um componente que fala que nós vamos ter que articular e alocar os recursos a partir das necessidades. Ou seja, vamos ter que trabalhar quais são, que leituras, que desenhos e como se constitui a parte disso que nós vamos trabalhar.

Inevitavelmente, é o gestor municipal quem vai fazer a interseção entre o conjunto de preocupações que nós vamos “colocar” e o que vai “rebater” no processo de gestão. Isso é um outro recorte que pode ser aumentado pelo Pacto de Gestão ou pela Lei de Responsabilidade numa discussão onde as pessoas possam dar conta de estabelecerem o que são essas responsabilidades. Se não tivermos um outro componente de gestão que dê conta de trabalhar uma forma de discutirmos os custos, não de quanto é gasto, mas de garantir o acesso e a universalidade com a base do recurso necessário, vamos ter que trabalhar essas gestões e a capacidade de gerência. Não temos como fazer a nova gestão de saúde, se não considerarmos os componentes fundamentais que precisamos ter para garantir a universalidade e a integralidade, se não tivermos processos de gerenciamento capazes de interpretar e fazer essas interseções. Ou conseguimos ter clareza do que vai ser desenhado e o cidadão consiga fundamentalmente se apropriar disso – e isso não depende do governante, da Constituição e nem do deputado – ou não haverá apoio sustentável que garanta o enfrentamento da política econômica ou dos componentes.

Participante I

Essa questão do usuário não se permitir, não reivindicar isso como direito dele e achar que alguém esteja fazendo um “favor” para ele, com relação a isso não há um questionamento. Então, juntando essa questão com a intersetorialidade, acho que falta a educação em saúde e a informação em saúde. Nós aprendemos muito e temos o apoio do Ministério, mas não temos noções de práticas de saúde, não sabemos o que fazer quando alguém se machuca e não temos noções nem de primeiros-socorros, noções básicas. Acho que isso qualquer pessoa deveria ter, não só o profissional de saúde, – mesmo as mais instruídas deveriam ter noções básicas sobre a estrutura de saúde.

Talvez devêssemos ter um conceito da Saúde e das conferências de saúde com capacidade para se discutir financiamento do SUS e do país, embasado em ações de educação, para então participarmos de uma forma organizada.

6.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Jorge Arada

Não basta quereremos mudar o modelo com relação ao profissional. Na realidade, não basta quereremos falar e fazer a interdisciplinaridade, se continuarmos com a mesma lógica – como por exemplo a de formação de profissional. A nossa formação ainda é muito “flexneriana”, muito voltada para o individual e para a doença. Somos mais profissionais de doenças “hospitalocêntricas”, mas, por outro lado, não podemos negar que esse modelo se faz necessário. Está claro para maior parte das pessoas, que estão aqui presentes, que esses modelos não conseguem resolver todas as questões que temos no dia de hoje, no momento em que o modelo “flexneriano” não levava em consideração a questão da violência, do estresse, dos distúrbios de aprendizagem, como sendo questões de saúde, mesmo no que diz respeito a questões biológicas.

No que diz respeito à questão do PSF, eu tenho que colocar, que não somos contrários ao PSF, e acho

até que é um modelo importante de avanço na questão da territorialização, da intersectorialidade, da interdisciplinaridade. Mas o problema é querer se fazer apenas o PSF – essa é a crítica. Temos que respeitar a diversidade cultural, todas as questões socioculturais, econômicas, a característica da população para a própria definição do gestor. E dentro de um mesmo município existem regiões que têm perfil para o PSF e outras não têm. Isso tem muito a ver com a integralidade, porque como é que nós queremos fazer a integralidade numa sociedade que hoje é individualista e voltada para a questão de mercado? Estamos dentro de uma sociedade que tem esses valores e o serviço de saúde representa esses valores assim como a escola, a Igreja... Então, nesse sentido, nos cabe fazer um movimento social e os resultados não vamos vê-los a curto prazo, mas esse movimento precisa ser desencadeado.

Em relação à regionalização e à regulação, está claro que é papel do Estado fazer uma mediação que precisa ser pactuada com os municípios. E falta, também, uma mobilização por parte dos gestores municipais nesse sentido. Os espaços já estão criados, tem a CIS

– Conselho Intergestor Regional; Cosems – Conselho de Secretários Municipais de Saúde; temos os fóruns criados como a bipartite e a tripartite, mas: como é que podemos fortalecer realmente essa relação de poder com a mediação da negociação? É nesse sentido que o lado do município está enfraquecido. Não é à toa que hoje sobra muito mais na questão da execução para o município.

De cada R\$100,00 gasto no município, praticamente, R\$70,00 são do município no que diz respeito principalmente à atenção básica, e os outros R\$30,00 são do Ministério. Temos que ter uma melhor condição dessa negociação, e aí entra a questão da Organização Social de Saúde. Mas a lógica, na minha concepção, não é pela Organização Social de Saúde, pois quando estamos numa situação de decisões de gestão temos a questão da concepção ideológica e a responsabilidade da execução também. Existem algumas dificuldades que se encontram no meio, como a capacitação profissional, financiamento, questão administrativa...

A Lei de Responsabilidade Fiscal é outra questão e, independente de entrar ou não nessa questão das

OS, não podemos abrir mão da gestão. O ideal é que nós tivéssemos gestão e gerência, mas há uma impossibilidade do poder público abrir mão da gestão. Isso é o que nós vemos em alguns municípios e, no que diz respeito à questão das OS, elas não passam por uma mediação de controle social em nível local. Pode haver algum controle do Conselho Estadual de Saúde, mas não há em nível local, e isso é fundamental. Tem que ter uma Câmara Técnica em nível local dos municípios que são regionalizados e que prestam assistência. Como é que você pactua aquelas ações? Não é só seguindo a lógica da necessidade da oferta de mercado do serviço, precisamos ver a necessidade da população que, no geral, precisa de tudo – leito, UTI, neurocirurgia, acompanhamento para quem tem AVC... Como é que nós fazemos essa mediação? Essa é a grande crítica que fazemos, no sentido de como participar mais desse movimento, não só em relação ao financiamento, mas na relação de poder.

Temos que ver também os interesses privados e quais são as inserções do privado no público, independente de ser uma organização social dentro do se-

tor público. Esses são pontos que vamos ter que continuar aprofundando nas discussões e, por outro lado, já vimos “idas e vindas” e temos que reforçar a questão de mobilização – se ela tem a ver com o fortalecimento democrático, com o diálogo ou com a questão do Conselho Municipal de Saúde e de outros conselhos gestores.

O que colocamos aqui não é uma questão de conflito entre as várias esferas de governo, mas no setor da Saúde mesmo. Também existe uma questão de poder e um conflito muito grande com o ‘intragoverno’, e para quem está no Ministério da Saúde, ou na Secretaria Estadual ou Municipal, não é fácil. Há um paradoxo muito grande em relação ao dinheiro que temos para custeio e, hoje, o maior desafio não é só o investimento, é muito mais o custeio. Tem um prefeito nosso que disse que não vai “abrir” mais nada na área da Saúde porque o município já não tem mais orçamento nesse sentido. Somos o segundo ou o primeiro orçamento da cidade, que normalmente é da educação e saúde. Então, temos pouco dinheiro na questão da saúde para desenvolver as ações, mas, comparativamente, os

outros secretários acham que temos muito dinheiro. Então esse embate de colocarmos aqui não só a questão do custo do procedimento em si, mas o custo da ação, o custo do gerenciamento, isso deve fazer parte também, mas temos que mostrar outros pontos, porque se nos concentrarmos só na questão financeira, não vai compensar tanto investimento assim.

Existe a avaliação da função dos indicadores epidemiológicos e é aí que entra a territorialização. Isso é muito importante: mesmo que não dê prejuízo, lucro não dá mesmo. Teremos um gasto maior, mas isso é que é complicado hoje no nosso pragmatismo. Então, temos esse grande desafio de colocarmos a questão da identidade social, da melhoria da qualidade de vida dentro da realidade de trabalho que temos hoje na “gestão de gerência”.

Roberto Gouvêa

Seria muito bom que pudéssemos divulgar a Carta de Brasília, que foi a conclusão e a manifestação pública de vários dias de debate do Simpósio Nacional de Saúde. Já foram realizados oito simpósios no Brasil

e, nesse ano, até pelo fato de não ter uma Conferência Nacional de Saúde, nós resolvemos fazer o simpósio, e fizemos lá na Câmara com uma participação suprapartidária e com uma discussão muito intensa. Seria interessante a divulgação dessa Carta que trata de vários aspectos. Um deles é essa questão da terceirização. Tem um outro aspecto que nesse simpósio ficou muito claro, que é o desafio geral de realizar a 1.^a Conferência Nacional de Seguridade Social no Brasil, com a possibilidade de organizar um sistema unificado de seguridade social para fortalecer o Conselho Nacional de Seguridade no Brasil, fazendo um processo de ordenação para superar a segmentação.

Nós afirmamos que temos mais três desafios no SUS: regulamentar a EC 29; tratar da questão dos trabalhadores de saúde no Brasil, enfrentando o tema da carreira; e a Legislação de Responsabilidade Sanitária no Brasil. Os três primeiros desafios que são: o SUS na Constituição, Lei n.º 8.080 e Emenda Constitucional 29, nós já vencemos. O interessante é que a idéia de Legislação de Responsabilidade Sanitária sur-

giu da discussão da regulamentação da emenda porque, na regulamentação, o ponto central de referência são as necessidades de saúde da população e o critério epidemiológico. Lá afirma a necessidade do Plano Saúde, do Relatório de Gestão, que é uma forma de dar concretude a tudo isso no território e de colocar a prevalência das necessidades de epidemiologia e da necessidade de organizar um modelo que seja descentralizado e democrático, que tenha ampla participação e controle.

Esta legislação deu um certo “frisson” e esperou um pouco pelo processo de discussão de um Pacto de Gestão. Concordo que temos que avançar no Pacto de Gestão porque a ‘lei boa’ não é a que nasce de alguns iluminados, e sim a que confirma o movimento em que a própria sociedade está fazendo. E a nossa Carta de Brasília faz exatamente isso: avança no debate dos projetos de lei que tratam da responsabilidade sanitária, no sentido de ser retomado o cerco da discussão para garantia do direito à saúde e a garantia dos direitos dos usuários; avança no desenvolvimento

dos recursos humanos em saúde especialmente em dimensões: a) remuneração de vínculos e incentivos; b) organização dos processos de trabalhos; c) formação profissional e educação permanente.

Nós passamos horas formulando esse texto, e o cumprimento das deliberações do Conselho Nacional de Saúde contraria a terceirização da gerência e gestão de serviços de pessoal do setor Saúde, assim como da administração gerenciada de ações e de serviços, a exemplo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público ou outros mecanismos com objetivos idênticos. Nós temos um projeto de lei tramitando lá. Em relação ao que o Jorge Arada falou, de estarmos premidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, não há nenhum “ponto no ar sem a combinação com outro”. Então, está aqui a necessidade de se estabelecer uma alteração na forma em que vamos continuar aplicando a Lei de Responsabilidade Fiscal na área da Saúde.

Aqui em São Paulo faz uma diferença enorme: se aplicamos a Lei de Responsabilidade Fiscal no sentido amplo não podemos contratar mais nada na área da

Saúde, mas se aplicamos com a Emenda 29 a Lei de Responsabilidade Fiscal no âmbito da saúde, temos mais espaço de contratação. Só que para fazer isso precisa ser aprovada uma lei na Câmara. Aqui em São Paulo, entrando nas organizações sociais, o Código Estadual de Saúde tratou dessa questão e da relação da iniciativa privada no artigo 20 do código, e tinha deputado que queria que nós o aprovássemos sem esse artigo e nós resolvemos esperar para aprovar o Código também tratando dessa questão da relação com a área privada. Nesse artigo 20, nós estamos esclarecendo o que entendemos como atração complementar: como é? Como concedemos? Porque nós devemos ser favoráveis à construção de espaços públicos não estatais — aliás, o SUS é um sistema misto, tanto tem a parte pública como a privada. Tem que haver uma parceria, mas parceria é uma coisa e promiscuidade e enriquecimento ilícito é outra. Está no artigo 20: poderá participar em caráter complementar que agrega capacidade instalada de serviço e, nesse sentido, o parágrafo 5.º, do artigo 20, veda a transferência de execução e

gestão. Porque o próprio bem público, que é equipamento, hospital e enfermaria, pode ser cedido, tanto o equipamento como a gestão para a gerência, então, a clínica ou a organização social está agregando que capacidade instalada no sistema?

Quando tramitou na Assembléia Legislativa o projeto das organizações sociais nós nos opusemos e, no meu caso, eu votei contra por alguns aspectos. Eles reduziram bem a proposta de organização social, porque o projeto do governo, quando chegou, foi em relação à praticamente tudo o que continham o ambulatório. Centro de saúde e hospital poderiam ser objeto de contrato de gestão com as chamadas organizações sociais e quem definiria, se eram ou não as organizações sociais, seria o governador do estado.

Com isso nós fizemos de outra forma, na qual as organizações sociais só poderiam ser formadas nos hospitais novos que seriam inaugurados. Porque eles viram a argumentação de que se a Assembléia Legislativa não aprovasse o projeto não seriam inaugurados dois mil novos leitos. Então, fizemos esse acordo, de

se fazer experiências com organizações sociais em hospitais novos. Esse foi o acordo que fizemos na nossa audiência pública firmando o Código de Saúde do Estado.

Quanto à Lei das Organizações Sociais, eles tiveram que estabelecer uma exceção no Código de Saúde, inserindo um parágrafo 7.º dizendo que as organizações sociais não se aplicavam ao parágrafo 5.º que era a proibição de transferência da gestão. Nós votamos contra porque não tem controle social, não tem transparência. Agora o governo burla a lei: em um hospital que está funcionando há 50 anos eles constroem uma parte no andar que já existe e alegam que o andar é novo e querem aplicar a Lei de Organização Social, numa burla evidente da vontade do povo de São Paulo, que decidiu na Assembléia Legislativa e que é a lei.

Eu tenho muita preocupação e, em relação a essa questão das agências e dos institutos, acho que cabe o mesmo rigor. Não podemos ter uma visão dogmática, temos que analisar sob a luz dos princípios que temos consolidado. Nesse ponto eu vou me socorrer no re-

sultado da discussão do Simpósio Nacional de Saúde, não como fundamentalismo, mas como um cuidado na reflexão, porque por aí nós podemos começar a permitir uma burla na área da Saúde em relação à legislação. No mais, essa reflexão foi desde a regulação, construção de redes até a questão dos territórios, que eu acho importantíssima, tanto que, no substitutivo do projeto da TLT 01, que regulamenta a emenda, temos todo o cuidado nessa direção, assim como na própria Lei de Responsabilidade Sanitária. Nós estamos inclusive esperando o Pacto de Gestão para que possamos melhor definir e, de fato, fazer como deve ser feito.

GESTÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA – DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS



Agenor Álvares

Maria José Evangelista

Sílvio Fernandes da Silva

7 GESTÃO SOLIDÁRIA E COOPERATIVA – DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

EXPOGEST – BRASÍLIA (DF)

Agenor Álvares

Ministro da Saúde

Maria José Evangelista

Secretária Adjunta de Saúde do Estado de Sergipe
Neste evento representando o presidente do
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
(CONASS)

Sílvio Fernandes da Silva

Presidente do Conselho Nacional de Secretários
Municipais de Saúde (CONASEMS)

7.1 Fala Inicial dos Facilitadores

Maria José Evangelista

Nós combinamos que iríamos descentralizar e começar pelo Ministro..

Agenor Álvares

Vamos começar por quem manda menos, para quem manda mais. Todo mundo acha que o Ministério manda demais, e não manda nada.

Bom dia a todos. A idéia do “Café com Idéias” é termos um papo realmente informal, no sentido de trocarmos algumas idéias e conversarmos um pouco sem muita preocupação com a organização do que vamos falar. Mas, mesmo assim, eu tomei o cuidado de preparar algumas coisas para iniciarmos, pensando um pouco na própria organização deste evento.

Nós trabalhamos a Expogest pensando em três eixos, que são os eixos que, basicamente, fundamentam o nosso Pacto de Gestão:

- Eixo I – Integralidade da Atenção à Saúde;
- Eixo II – Gestão do Cuidado à Saúde;

- Eixo III – Condução do Sistema de Saúde.

Dentro desses três eixos, vamos tentar focar aquilo que a equipe do Ministério considera – não é o que o Ministro da Saúde considera – os grandes desafios do ponto de vista do Ministério da Saúde, para que possamos consolidar o Sistema Único de Saúde.

No Eixo I, da Integralidade da Atenção à Saúde, nós temos três questões sobre as quais nós precisamos refletir. Quando falo que nós temos que dar uma pensada, estou me referindo aos três entes federados: Governo Federal, Estados e Municípios. O Governo Federal tem a responsabilidade constitucional de coordenar e de formular políticas, mas não tem condição de fazer isso sozinho. A prática nos mostra que toda e qualquer formulação tem que ser conjunta, tem que ser negociada, principalmente pela repercussão no âmbito dos Estados e Municípios.

Um dos primeiros desafios desse Eixo I seria o desenho da regionalização e do território, por meio do qual nós poderíamos pensar claramente sobre um grande desafio que nós temos. Vira e mexe, sentimos que esse fato que eu vou colocar aqui agora pode pa-

recer frágil. Ao parecer frágil, acho que isso pode estar dando a idéia de que o SUS está se fragilizando. É o desafio da responsabilidade solidária. A responsabilidade das ações pelo provimento da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do Município ou do Estado ou do Ministério. Ela tem que ser entendida como uma responsabilidade solidária e, como tal, nós temos que entender que, para que isso se concretize e se realize na prática, muitas vezes temos que nos “desvestir” da presunção de que alguns são melhores do que outros.

Aqueles que se julgam melhores do que outros estão se colocando numa situação de falta de solidariedade e de não aceitação da solidariedade. No SUS, eu acho que essa é uma questão fundamental. Nós não podemos continuar normatizando os desenhos regionais centralizadamente, nem no âmbito do Ministério, nem no âmbito dos Estados e nem no âmbito dos Municípios. Pelo fato de o Município ter a responsabilidade pela execução final, não significa que todo o Município esteja atuando dentro da linha política que o SUS demanda. O Estado também pode estar

centralizando, ao se achar responsável por todo o processo de regionalização. O Ministério pode estar centralizando também, ao achar que ele tem que dar uma linha única e que os demais parceiros têm apenas que pactuar. Temos que ter clareza que nós não estamos apenas desenhando um projeto de regionalização, por meio do qual estamos transferindo para algum outro nível apenas as funções administrativas que temos. O processo de regionalização não é uma instância avançada da burocracia central, seja a burocracia do Estado, do Município ou do Ministério da Saúde. Então, esse é um dos desafios.

Na reorganização da rede, temos que estar claramente sintonizados com as necessidades de saúde da população em cada território e com o movimento das pessoas, respeitando as diretrizes nacionais, principalmente, respeitando o direito de cidadania. Vou repetir aqui uma frase dita por um colega nosso do Conass ou do Conasems quanto à discussão dos embargos territoriais do atendimento: “Temos que ter clareza de que, para o cidadão, o SUS é universal. Temos que ter clareza de que aonde o cidadão vai, a cidadania vai

atrás”. Então, esse é o respeito que nós temos que ter. Na reorganização da rede, nós temos que ter clareza disso. Temos que buscar alternativas de fazer que toda essa reorganização esteja desenhada de modo a que a população tenha certeza de que ela será bem atendida.

No terceiro aspecto dentro desse eixo da integralidade das ações, nós podemos considerar também como de vital importância para o SUS as ações de promoção e a qualidade das ações assistenciais, sem perder de vista a construção de um modelo de atenção com um forte componente na promoção da saúde. Esse é o eixo principal do “Pacto pela Vida”, que nós firmamos depois de um longo processo de renegociação com os estados, os municípios e também com o Ministério da Saúde. Muitas vezes, pensamos que, ao chegar à Tripartite, para pactuar e negociar com os Estados e Municípios, o Ministério da Saúde não passou por um longo processo de pactuação interna. Do mesmo modo que, no âmbito da sociedade civil, podem existir reações e propostas tentando rever este processo de descentralização, esse movimento também exis-

te dentro do próprio Ministério da Saúde – e tenho certeza de que também existe no âmbito dos Estados e Municípios. É por isso que, ao fazer essa discussão e essas pactuações, nós temos que ter clareza de que este é um desafio de nós estarmos focalizando aquilo que é o pensamento majoritário do nível que estamos discutindo. Vindo de longe, vocês podem até imaginar que, para o Ministério da Saúde, isso seja mais fácil, embora a gente tenha certeza de que não é mais fácil, talvez seja até mais difícil. Quando eu falei – brincando com vocês – que nós iríamos começar por quem manda menos, é verdade. Só para dar uma idéia, dentro do orçamento do Ministério, aquele orçamento que todo mundo olha de fora e acha que tem dinheiro “saindo pelo ladrão”, essa visão é totalmente equivocada e essa é uma discussão que eu faço dentro do próprio orçamento do Ministério e dentro do próprio Governo. Todos nos chamam de “primo rico”, mas não vêem a extensão que aquele recurso tem que atingir. Nós cobrimos 180 milhões de pessoas, e é bobagem achar que apenas 80% são usuários do SUS. Não é assim. Na verdade, 100% são usuários do SUS. Nós

vemos isso em questões simples. Eu vou dar só um exemplo para vocês. Num determinado Estado, cujo nome eu não vou citar, uma pessoa de uma família abastada que não se sujeitou à fila para um transplante de fígado, porque podia bancar pessoalmente, pagou caro pelo transplante, mas, na hora de tomar o medicamento, entrou na Justiça e o SUS teve que pagar. O detalhe é que o custo do medicamento correspondia a 55% de todo o recurso disponível para a assistência farmacêutica naquele Estado. Então, é bobagem pensar que 80% dependem do SUS. Na verdade, 80% dependem exclusivamente do SUS, mas quase 100% procuram o SUS.

No Eixo II, da Gestão e do Cuidado à Saúde, nós temos três questões que colocamos como desafio: o desafio da humanização, o desafio da gestão do trabalho da educação e o desafio da rede de cuidados e da intersetorialidade. A humanização passa a ser um movimento com o qual muitos estão preocupados e que já vem sendo discutido há muito tempo. A primeira questão que nós temos que deixar claro é que, quando um cidadão vai procurar um serviço de saúde,

quem está lá fazendo o atendimento não está fazendo um favor. O cidadão tem aquele direito e isso não foi concessão de quem está trabalhando nos serviços de saúde. Eu trabalho no Ministério da Saúde há 26 anos. Isso não é nenhuma concessão. Isso é um direito adquirido e conquistado por essa população – nós vimos isso no Movimento da Reforma Sanitária. Isso é direito adquirido dessa população. Nós não estamos fazendo um favor. Estamos prestando um serviço. Por isso somos servidores públicos. O conceito de servidor público é justamente de servir à população e servir ao público. Então, acho que essa é uma questão com a qual nós temos que tomar bastante cuidado. Se o salário e as condições de trabalho estão ruins, devemos buscar os mecanismos de aumentar o salário e melhorar essas condições de trabalho, devemos buscar as formas de protesto, mas não podemos descontar isso na população.

Ninguém tem o direito de fazer isso, nem o médico, a enfermeira, o dentista, o nutricionista, o farmacêutico, o atendente, o banqueiro, o faxineiro. Ninguém tem direito de fazer isso com a população que

vai para lá. Ela está ali buscando um direito que ela tem. Então, acho que esse é um desafio. Nós não temos que viver com ilhas de excepcionalidade, porque no hospital tal, no centro de saúde tal, na experiência tal, existe esse tipo de atendimento melhor. Não. Essa é uma luta que nós temos que ter, se quisermos honrar aquilo que nós estamos fazendo e defendendo. É aquilo que o Ariano Suassuna falou: “Nós temos que sair do mundo oficial e entrar no mundo real”, e o mundo real nosso é este. Esta é uma opção de vida que fizemos.

Para que essas práticas sejam concretizadas, não tenho dúvida nenhuma de que aqueles que as executam têm que estar aptos e motivados. Não adianta só cobrarmos e, de nossa parte, não oferecermos as retaguardas de que eles precisam. Essa é uma discussão que temos feito. E temos discutido isso de forma muito franca e aberta. Talvez até pela minha própria experiência de ser servidor público, de ser servidor do Ministério, eu gosto sempre de fazer uma brincadeira com o pessoal. Eu tenho 26 anos, cinco meses e sete dias de Ministério da Saúde. Essa conta para mim é

fácil de fazer, porque eu entrei no dia 1.º de janeiro de 1980. Foi o dia que tomei posse. Eu entreguei os documentos no dia 31 de dezembro e a minha posse foi assinada no dia 1.º de janeiro. O meu compromisso é de não perder a minha história de trabalho, desde que eu comecei a trabalhar lá no norte de Minas Gerais, lá em Monte Claros, até o momento em que fui chamado pelo Presidente Lula para ocupar, ainda que interinamente, o Ministério da Saúde. Há um pacto que tenho seguido, tanto com o Conass como com o Conasems. As coisas que nós vamos pactuar, os acordos que vamos fazer, ou os acordos que vamos propor, ninguém tem a obrigação de fazer. Ninguém tem a obrigação de aceitar o acordo que o Ministério está fazendo. Não tenho obrigação nenhuma de aceitar o acordo que o Conass está fazendo, nem o que o Conasems está fazendo. Mas se eu os aceitar, tenho a obrigação de cumpri-los. Acordo é feito para ser cumprido, e essa é uma das coisas que nós estamos buscando fazer. Temos que ter clareza disso.

É evidente que eu tenho um nível de responsabilidade diferente das responsabilidades dos secretários

estaduais de saúde ou dos secretários municipais de saúde. Gosto sempre de brincar com uma frase que o Odorico dizia: “Nós vamos divergir aqui e sair para construir o SUS”. Nós não podemos é permitir que a nossa divergência atrapalhe. Esse é um dos grandes desafios que nós temos que superar. Nós temos que ter muito compromisso e temos que ter muito cuidado para superar essas divergências do trabalho que temos hoje. Há dois meses, tivemos a aprovação da Emenda Constitucional n.º 21. Nós temos que ter o cuidado de enfrentar isso, principalmente o Estado e o Ministério da Saúde. A repercussão de qualquer decisão que a gente tome, que não seja combinada e acordada com os Municípios, será diretamente na força de trabalho, nas contas da prefeitura. Nós temos que ter cuidado com isso. Eu não estou querendo dizer, com isso, que não temos que resolver isso. Temos que resolver, mas temos que ter cuidado, porque temos que ter certeza de lutar por elas para que se consolidem e para que tenhamos garantia de que essa força de trabalho continuará tendo os seus mecanismos de trabalho, o seu contrato de trabalho e os seus direitos garantidos.

Então, essa questão da despreciação da força de trabalho é um problema sério e uma questão fundamental que temos que enfrentar. Nós temos que ter certeza de que, nesse aspecto, podemos estar sozinhos. Por mais que a gente culpe, muitas vezes, o Ministério Público por ações contra nós, eles estão cumprindo o papel deles. Muitas vezes, estão cumprindo de uma forma com a qual achamos até dificuldades de negociação. Mas eles estão cumprindo e nós temos que cumprir o nosso papel de forma que a gente tenha certeza também de que muitas dessas ações têm que ser entendidas de uma forma diferente. Nós sentimos isso na própria negociação que tivemos com o Ministério Público do Trabalho, no final do ano passado e início deste ano, quando o Ministério Público mandou uma notificação recomendatória para o Ministério da Saúde, fazendo a recomendação de que não fossem passados os recursos destinados ao incentivo dos agentes comunitários de saúde, e nós fomos salvos pela Emenda Constitucional nº 51. Como eu não sei quem está contratado, como eu não tenho o controle da força de trabalho que está contratada, evidentemente, numa

discussão que nós tivemos com o Conass e com o Conasems e internamente no Ministério da Saúde, e com o próprio Ministério Público também, não é possível fazer esse atendimento. Então, essa é uma questão que é urgente para nós. Nós temos que buscar mecanismos para superar essa primitividade da força de trabalho.

E há também a questão da qualificação. Existem algumas divergências, e temos que superá-las em todos os níveis da atenção. Temos que buscar fazer a superação da qualificação, considerando desde a formação dos agentes públicos que trabalham no sistema de saúde até a educação permanente, porque depois temos que estar atentos e vigilantes quanto a isso.

Um outro ponto que eu já abordei rapidamente é que em qualquer ponto do sistema precisa haver atendimento, acompanhamento, referência, contra-referência e resolutividade. Nós estamos discutindo isso há anos e só vamos conseguir superar quando superarmos algumas outras questões. Uma delas é algo que eu vou falar logo em seguida e que entra no Eixo III da minha exposição, que é a condução do sistema de saúde.

Isso passa, realmente, por um grande desafio de

termos a garantia de um financiamento que seja perene e adequado às necessidades de saúde da população. Passa pela regulamentação da Emenda n.º 29. A regulamentação dessa emenda não é importante só para o Ministério da Saúde; todo mundo no Brasil conhece o orçamento do Ministério da Saúde. A Emenda n.º 29 nos traz a responsabilidade de nós conhecermos o orçamento da Saúde, o orçamento do Estado e do Município. Se nós colocamos o nosso orçamento no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite, os Estados/Municípios também têm que colocar seus orçamentos na Comissão Intergestores Bipartite e no Conselho Estadual/Municipal de Saúde. O Ministério da Saúde presta contas regularmente da execução orçamentária e financeira do Conselho Nacional de Saúde.

Vou a todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde discutir as questões mais simples. Posso até discordar de muitas das questões que lá são colocadas, mas estamos lá para discutir. Quando falamos na regulamentação da Emenda n.º 29, só se pensa no orçamento do Ministério da Saúde. Só que não é só no

orçamento do Ministério da Saúde que nós temos que pensar. Esse todo mundo conhece. Todos sabem que o Ministério da Saúde, neste ano, tem 37 bilhões de reais para gastar em saúde e pensam que é dinheiro demais, mas nós já temos um déficit projetado até o final do ano. Nós temos a limitação da Emenda Constitucional n.º 29 e temos que ter cuidado porque ela estabelece um piso, que é o mínimo. Só que todo mundo transforma esse piso em teto, que é o máximo. Então, o piso da saúde virou o teto, aquele basal que nós da Saúde conhecemos. Aquele valor que está ali estipulado virou a regra. No caso do Ministério da Saúde, é o que foi gasto no ano anterior, mais a correção do PIB. Para 2006, por exemplo, nós tivemos uma queda porque o PIB caiu. A projeção do PIB para 2007 é de elevação, então o orçamento vai melhorar, mas, realmente, ele fica nessa “sanfona” de sobe e desce. Muitas vezes, o problema é este: o orçamento sobe, então você formula políticas, executa essas políticas, se compromete, e depois ele desce. Mas nós não podemos, por conta disso, fechar o Samu, a Farmácia Popular ou fechar a clínica de hemodiálise – não temos como

fazer isso. Por isso, temos que ter essa garantia dentro da regulamentação da Emenda n.º 29.

Acho que vencemos um desafio que tínhamos colocado para o Ministério da Saúde: reduzimos as centenas de modalidades de transferência que existiam. Não as colocamos numa transferência única porque isso também foi um acordo que nós fizemos. Mas nós reduzimos essas modalidades, e essa era uma questão que todo mundo colocava. Então, vou dizer aqui como é que isso surgiu: estávamos numa reunião da Tripartite, o Sílvio Fernandes pediu a palavra e apresentou as teses do Conasems. Uma dessas teses era sobre financiamento, e ele criticou as modalidades de transferência. O Marcos Pestana, que era o Presidente do Conass, apoiou as teses e criticou as modalidades de financiamento. O Ministro Saraiva estava lá, levantou e criticou. Daí, eu fui coordenar a reunião e disse: “Ou nós transformamos isso numa eterna bandeira de reclamação ou nós mudamos isso agora”. Daí, eu fiz um desafio: “Vamos mudar? Então, vamos constituir um Grupo de Trabalho e estudar para mudarmos essa questão das modalidades de transferência”. Esse

GT (Grupo de Trabalho) foi constituído e mudamos. Isso está valendo? Não. Por quê? Porque nós tivemos o orçamento aprovado, para o Ministério da Saúde, a partir do dia 23 de maio. Agora é que nós temos orçamento e agora é que nós estamos analisando o orçamento por dentro. Portanto, o Fundo Nacional de Saúde vai ter que fazer todos os seus ajustes naqueles vários blocos que nós temos. Em vez de ficarmos com mais de 100 modalidades, nós vamos ter cinco eixos, com convergência entre esses eixos: atenção básica, média e alta complexidades, vigilância em saúde, assistência farmacêutica básica e gestão.

Quais as implicações que isso traz? A mudança da modalidade de gestão. Tanto o estado, quanto o município, quanto o Ministério vão ter que buscar mecanismos e instrumentos de gestão para operacionalizar isso. Era muito fácil para o chefe do programa de tuberculose de um município, por exemplo, receber recursos e decidir o que ia fazer com aqueles recursos, sem que o secretário estadual e municipal de saúde não tivessem nenhum tipo de decisão sobre aqueles recursos. Agora não. Eu tenho que ter clareza

que a ação de tuberculose é importante, eu vou ter que demonstrar isso e vou ter que falar: “Eu sei que o dinheiro para a tuberculose está pouco, mas eu tenho dinheiro que pode ser utilizado para a tuberculose”. Acho que essa é a questão principal sobre a qual nós temos que ter clareza, e o Ministério da Saúde tem que ter clareza também, tanto nos seus mecanismos de acompanhamento, quanto nos seus mecanismos de auditoria. O pessoal do DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) tem que pensar isso também. Nós temos que fazer uma auditoria de gestão e, principalmente, temos que fazer com que a nossa auditoria seja um instrumento de fortalecimento da gestão local. Nós podemos ter algumas desvantagens e podemos ter vantagens também. Uma das desvantagens é que vamos ter que ficar justificando anos, mesmo, depois que deixamos o cargo, para a Auditoria do Ministério Público, para a Controladoria Geral da União, etc. Por que é que nós tiramos aquele percentual de recursos da tuberculose e aplicamos na hanseníase, por exemplo. Então, nós temos que buscar um instrumento de gestão que nos

permita operar com clareza o que é a programação, o que é o acompanhamento, a avaliação e temos que ter coragem de corrigir os rumos daquilo que nós estivermos fazendo se, por ventura, nossas avaliações não forem tão tranquilas quanto esperávamos.

Eu tinha mais algumas coisas para falar aqui, mas acho que já estou falando há mais de 25 minutos, então, vou passar a palavra agora à Maria José. Obrigado.

Maria José Evangelista

Bom dia. Em nome do Conass, gostaria de cumprimentar o ministro e o Sílvio Fernandes, e agradecer pela oportunidade de estar aqui nesta manhã. O ministro falou de vários desafios e também coloquei aqui alguns, mas antes gostaria que pudéssemos contextualizar um pouco, aonde, e como estamos.

Nós somos um Estado Federativo, onde cada ente tem independência. Durante muito tempo, falamos que os estados viviam, ou vivem, uma crise de identidade. Depois da municipalização, ficamos sem saber para onde ir. Mas eu diria que isso hoje não é mais verdade. O Conass fez um evento em Aracaju, há dois

anos, e ficou claro para todos os secretários que eles têm, sim, um papel definido, embora, muitas vezes, se tenha dificuldade em exercer esse papel.

Também existe competição entre os entes, tanto de estados com municípios, como de municípios com outros municípios, principalmente quando é uma capital ou quando é um grande centro. Acho que nós ainda não conseguimos superar essa competição, que não é saudável.

Por outro lado, o SUS é novo também e ainda estamos em fase de aprendizado. É um processo que ainda está em construção. Nós só temos 18 anos. Se pegarmos o exemplo de Cuba, que é um país socialista, e dos Estados Unidos, que é capitalista, percebemos que também nesses países há uma grande iniquidade. Eu acho que o SUS é muito forte, porque se ele não fosse forte, nem estaríamos aqui. Agora, os nossos mecanismos de coordenação e de cooperação são muito frágeis. Percebemos isso a cada quatro anos. Quando muda a gestão, destrói-se tudo o que está no computador e começa-se tudo novamente. Lá no meu estado (Sergipe), quando mudou o prefeito recente-

mente, eles colocaram “areia” no motor das ambulâncias, destruindo todo o trabalho que havia sido feito, e isso é resultado de uma grande imaturidade política muito grande, que nós ainda enfrentamos, por questões partidárias e ideológicas. Eu acho que todos nós ainda não temos essa maturidade política de construir sem estar dando tantos passos para trás.

Além disso, temos uma extrema desigualdade social e uma heterogeneidade territorial muito grande. Nosso país é imenso, sendo que 70% dos nossos municípios têm menos de 20.000 habitantes. Isso é uma dificuldade porque temos pouco capital humano, temos poucos intelectuais, poucos recursos humanos qualificados e pouca tecnologia nessa quantidade enorme de municípios. Além disso, ainda somos um sistema fragmentado. Já mudamos para melhor, mas ainda trabalhamos numa ótica da atenção básica, média complexidade e alta complexidade, e temos dificuldade de pensar e de trabalhar realmente pensando numa rede de atenção.

Quais são os nossos desafios, além de todos esses que o ministro já falou? Eu acho que o Pacto de

Gestão é uma oportunidade de revermos e rediscutirmos esse modelo. No passado recente, todos nós brigávamos muito pelo sistema, mas, durante certo tempo, acho que ficamos um pouco na rotina e perdemos aquela garra que tínhamos há alguns anos. Então, acho que o Pacto de Gestão é uma oportunidade de voltarmos a ter essa garra e rediscutirmos, com mais profundidade, o modelo que realmente queremos.

Um outro desafio é dividirmos as responsabilidades e os compromissos, desprovidos do sentimento de posse. Eu acho que isso é fruto da nossa imaturidade. Nós queremos ser donos das coisas. Então, temos que nos desprover desse sentimento de estarmos agarrados em alguma coisa, sem querer largar. Temos que partilhar o poder. Isso não é uma coisa fácil, mas também temos que ter esse aprendizado. Afinal de contas, o que é que nós queremos e o que é que o povo brasileiro precisa? Nós precisamos ofertar todos os serviços de saúde a todos os brasileiros.

Por fim, no SUS, ninguém se dá bem sozinho. Nós três aqui estamos representando os municípios, os estados e o Ministério. Não adianta nem o ministro, nem o Sílvio e nem eu querer se dar bem sozinho, achando que

fazendo sozinho vai ter sucesso. Isso não acontece porque o sistema já foi planejado, já foi arquitetado para trabalharmos em solidariedade e termos cooperação. Eu acho que não aprendemos ainda a fazer isso. Em primeiro lugar, ninguém é dono de nada. Todos nós somos donos de tudo. Segundo, não estamos em lados opostos, não estamos aqui representando lados. No momento, estamos com posições diferentes, igual a um jogo de futebol. Isso é muito interessante no SUS, porque, volta e meia, mudamos de posição e isso é muito bom para aprendermos a ter coerência e ver todas as situações no sentido de avançar mais. É preciso olhar para frente, mas sem descuidar de olhar para trás e ver o que foi construído. Se nós analisarmos, há 18 anos, nós não tínhamos nem um décimo das secretarias municipais que temos hoje. Naquela ocasião, no meu estado, por exemplo, só tinha secretaria municipal de saúde na capital. Conselho Municipal de Saúde, nem pensar. Entretanto, hoje nós temos 100% dos municípios com Conselho. Se esses conselhos estão atuando como deveriam, isso também faz parte de um processo e não se consegue fazer isso apenas por decreto ou por lei. Nós não podemos desconstruir

o que já foi feito. Muitas vezes, assumimos uma determinada posição e achamos que estamos começando do zero. Daí, desconstruímos tudo o que já foi feito e isso é muito ruim para o sistema. Eu gosto de dar um exemplo que os nordestinos conhecem muito bem. É a corda de caranguejo. Se os caranguejos soubessem ser solidários e cooperativos, andariam todos para o mesmo lado. Mas como cada um quer se desprender da corda e quer andar para o seu lado, eles não conseguem sair do lugar e ainda têm que fugir do predador. Então, temos que fazer esse exercício. Vejo o Pacto de Gestão como uma grande oportunidade de executarmos isso de fato.

O ministro falou que nós podemos até brigar, no bom sentido, mas todos nós defendemos o SUS. Ninguém nunca viu nenhum estado, município, nem o Ministério atirando pedras no SUS e dizendo que ele é ruim. Pelo contrário, todos nós defendemos o SUS com “unhas e dentes”. Era isso. Obrigada.

Sílvia Fernandes da Silva

Bom dia. Eu também, como a Maria José, vou falar pouco. Costumamos dizer que não existe hierarquia

entre as esferas de governo, mas ministro é ministro. Ele fala o tanto que ele quiser e a gente ouve. Eu vou falar pouco para podermos fazer o debate porque acho que isso é o mais importante.

Em nome dos secretários municipais de saúde, queria saudar a todos os presentes. Procurei fazer a minha intervenção inicial em cima de uma pergunta central, que eu acho que é bem atual para este momento. Esse Pacto pela Gestão constitui uma oportunidade concreta de construirmos uma gestão mais solidária e cooperativa?

O Conasems aposta que sim. Nós fizemos cinco congressos em cada região do país e, em todos eles, deixamos muito clara a posição da nossa entidade e dos secretários municipais de saúde. O Pacto pela Gestão deve ser compreendido por nós como uma oportunidade única de construir uma gestão mais solidária e cooperativa. Para isso, queria ressaltar alguns pontos que me parecem mais relevantes.

De que forma nós podemos aproveitar essa oportunidade e fazer com que esse Pacto de Gestão seja um diferencial, seja uma etapa nova da construção do

SUS. Eu acho que o primeiro ponto para que isso aconteça é termos, entre nós, os aliados do SUS. Muitas vezes, nós temos divergências, temos posicionamentos contrários, mas depois dos debates, nós sempre sabemos o lado em que estamos, que é o lado do SUS. Então, sem eliminar essas divergências e esses pontos de vista diferentes, porque isso é saudável, é fundamental que a gente tenha um razoável consenso sobre o momento que estamos vivendo na construção do SUS. Acho que é essencial termos uma leitura da conjuntura, uma leitura deste momento, que seja minimamente comum, naqueles pontos que são mais importantes.

Eu diria que, neste “Café com Idéias”, temos muitos pontos em comum quando avaliamos o SUS. Eu posso dizer que, nesse processo de construção, de 1988 para cá, colocando a Constituição de 88 como um marco inicial, o SUS capitalizou muitos avanços. É inegável que um país como o Brasil, que tem um sistema de saúde universal – que é um sistema que lhe dá um diferencial na América Latina, um sistema que foi originário da sociedade brasileira e que teve uma construção tendo como princípio fundamental o de

ampliar o direito de cidadania – o SUS conquistou muitos avanços. São inumeráveis. Eu não vou numerá-los aqui, mas certamente eles ampliaram o acesso da população aos serviços e tiveram um impacto muito positivo nos indicadores de saúde. Então, é preciso que a gente nunca perca essa dimensão fundamental da construção do SUS.

Um outro ponto que é também importante que seja um consenso entre nós é de que, apesar desses avanços, apesar dessas conquistas, temos muitas dificuldades. Se formos analisar a dificuldade que tem o cidadão comum em muitas áreas de assistência, elas são concretas, são importantes, elas têm que fazer parte de nossa preocupação cotidiana também. Então, neste consenso sobre nossas dificuldades, é fundamental que tenhamos um pouco de clareza de quais são as dificuldades mais importantes.

Um terceiro ponto desta análise da construção do SUS é que devemos focar mais em quais são os nossos desafios. Eu acho que, para construirmos uma gestão mais solidária e cooperativa, é preciso que a gente saiba para onde queremos ir. Precisamos ver quais são os

nossos desafios mais importantes, o que precisamos superar e em que precisamos avançar.

É nesse último ponto que eu queria focalizar o nosso “Café com Idéias”, ou seja, de que maneira, ao enxergarmos os principais desafios do SUS, podemos ser solidários e cooperativos entre nós, estando em posições diferentes. Somos todos a favor do SUS, como foi muito destacado aqui, mas com responsabilidades e posições diferentes. Temos que olhar os gestores que estão em outros pontos de construção desse sistema, de uma maneira solidária e cooperativa.

Quando o Conasems publicou suas teses, que são documentos que muitos de vocês conhecem, nós procuramos analisar essa conjuntura e, ao mesmo tempo, destacar quais os principais desafios que temos a superar neste momento. Eu queria aqui destacar alguns para contribuir com a nossa reflexão e abrir o debate.

O primeiro desafio é compreender que muitas das limitações que o SUS enfrenta não se restringem a uma ação no âmbito do setor de Saúde. Elas têm a ver com dificuldades e estrangulamentos que só serão

superados se o Estado brasileiro construir uma reforma que permita superar esses grandes estrangulamentos e dificuldades que aparecem no SUS. A Reforma Sanitária brasileira está incompleta, está inconclusa. É preciso que ela seja concluída. Nós vivemos uma contradição entre uma política inclusiva, uma política cidadã, que é a política do SUS, e um Estado que ainda não superou todas as dificuldades, todas as amarras e os pontos que dificultam a execução plena dessa política do SUS. Isso aparece em diferentes aspectos do nosso cotidiano de construção. Eu queria dar dois dados para ilustrar isso que eu estou falando.

O primeiro é a questão do financiamento. O Brasil tem um sistema de saúde, com todas as características que nós conhecemos, mas, até hoje, não conseguiu superar as dificuldades para financiar essa política. Esse me parece ser um aspecto fundamental. Ser solidário com o SUS é, como diz o “Pacto em Defesa do SUS”, fazermos de tudo para concluir esta política e superar os problemas do financiamento.

O outro ponto diz respeito aos municípios e à entidade que eu estou representando aqui, que é o

Conasems, e ele tem a ver com a questão de recursos humanos de gestão do trabalho. O processo de construção do SUS transferiu aos municípios brasileiros a execução pelas políticas de saúde e a responsabilidade pela sua contratação. Nós passamos por uma situação em que, quando nós não tínhamos sistemas municipais de saúde, quando as secretarias municipais de saúde começaram a ser construídas e a execução das políticas de saúde foi transferida para os municípios, nós tivemos uma radical transformação nos vínculos e nos postos de trabalho, quando comparamos com as outras esferas de governo. Nós passamos de 40 mil trabalhadores de saúde, contratados pelo município, para mais de um milhão de trabalhadores, somando aqueles que são contratados de maneira informal. Isso trouxe dificuldades para o sistema. Então, ser solidário e cooperativo com essa questão significa compreender que esse não é um problema só dos municípios. É um problema da saúde pública, é um problema do SUS e é fundamental que a gente tenha a solidariedade de todas as esferas de governo para enfrentarmos este problema. Esse é o primeiro ponto. Para nós, ser

solidário e cooperativo é compreender que os limites do SUS também se situam fora do setor de Saúde.

Por outro lado, existem muitos desafios que estão no âmbito de nossa governabilidade, no âmbito do setor de Saúde. Eu acho que o “Pacto de Gestão” é uma oportunidade de fazer com que essa construção solidária saia do discurso, saia da intenção e se transforme em algo concreto. Há alguns pontos que nos parecem mais importantes para que isso aconteça. O primeiro é o financiamento tripartite. Qual é a responsabilidade dos 27 estados brasileiros? Qual é a responsabilidade do Ministério da Saúde? Qual é a responsabilidade dos 5.564 municípios brasileiros no financiamento do SUS? Nós entendemos que é cumprir a Emenda Constitucional n.º 29. As regras estão aí. Essa emenda ainda não foi regulamentada – e isso nos traz dificuldades – mas, de qualquer maneira, a Emenda Constitucional n.º 29 existe desde o ano de 2000. Então, o primeiro ponto que nós entendemos que é fundamental para traduzir concretamente esse princípio de solidariedade e de cooperação é cumprir esta emenda. Todos os municípios brasileiros, todos os

estados e o Governo Federal têm que fazer a sua parte nesse sentido, senão estaremos falando falsamente de solidariedade e de cooperação, apenas no discurso.

Um outro ponto que tem a ver com o nosso setor e com os aspectos ligados ao âmbito de nossa governabilidade é a transferência de recursos fundo a fundo. Hoje, ainda persistem formas convenientes, onde o Ministério repassa recursos para estados e municípios e os estados repassam recursos para os municípios, sem regras muito claras. É preciso que isso seja definitivamente eliminado e que a transferência fundo a fundo seja consolidada como única e exclusiva forma de transferência de recursos. Isso predispõe a clientelismo, predispõe a uma série de favorecimentos e o SUS não é isso. O SUS solidário tem regras claras e, na transferência de recursos, leva em conta a construção da equidade, a construção de um modelo de saúde que leva em conta as necessidades da população.

Para não me alongar muito, eu queria dizer a vocês que a gente entende que este momento da construção do “Pacto de Gestão” é um momento privilegiado de construção de uma gestão mais solidária e participati-

va se tivermos este consenso mínimo entre nós, sobre onde devemos caminhar e onde devemos trilhar.

7.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Eu vou ler duas perguntas que chegaram por escrito e depois vou passar a palavra para vocês.

A primeira pergunta é para o Ministro Agenor Álvares: Gostaria de saber por que o Distrito Federal não respeita o perfil técnico dos manuais do Ministério da Saúde, protocolos etc., e também porque o Ministério não assume integralmente a estratégia do Programa Saúde da Família em todo o Brasil, efetivando os profissionais no âmbito federal?

A segunda pergunta é: Por que existem algumas cidades em que o Programa Saúde da Família contrata servidores sem direitos trabalhistas?

Participante B

Bom dia a todos. Meu nome é Marco Antônio e eu trabalho com uma equipe que promove reclusão

social em portadores de sofrimento psíquico em Porto Alegre. Esse trabalho tem perpassado diversas gestões, apesar das lógicas políticas que se alternam no jogo eleitoral. A minha pergunta é sobre a questão que o ministro levantou anteriormente, sobre a relação Ministério Público e Ministério da Saúde, essas duas esferas do Estado formal. O que tenho observado, no município, na relação do Ministério Público e a secretaria municipal de saúde, e diretamente com os prestadores de serviço do SUS, é que essa é uma relação extremamente tensa. A Norma Constitucional que cuida dos direitos e das garantias individuais e que regula as nossas relações com o servidor lá na ponta e o cidadão, que por vezes está morando na rua, em uma situação difícil. É um tipo de relação que estabelece uma profunda tensão. Muitas vezes, nós falamos em termos de números estatísticos e o Ministério Público enxerga o cidadão, o direito individual de cada pessoa que o SUS deve atender.

Essa relação tem sido muito tensa no sentido de que, no momento em que o cidadão se defronta com o servidor e está em jogo uma normatividade da ação

da Saúde, a legitimidade e o exercício profissional passam a entrar em jogo, por exemplo, a questão do seu registro no conselho, etc. A partir dessa tensão é que as redes têm funcionado. Se o Ministério Público provoca, por meio da Procuradoria de Direitos Humanos, para lidar com alguém que está em situação de vulnerabilidade social na rua, em função de um caso específico, você precisa fazer funcionar a nossa rede, a rede de educação, a rede de habitação, etc., porque o problema daquela pessoa tem que ser resolvido. Esse é um aspecto novo que se consolida agora e o Ministério Público se autoriza a fazer esse tipo de cobrança, não só no âmbito das estatísticas e dos números, mas cobrando caso a caso dessa situação, nesse Brasil real, que normalmente não procura os direitos humanos, que não vai à Ouvidoria, que não nos processa, que não nos cobra a garantia individual constitucional. O Ministério Público vem se autorizando a cobrar formalmente isso de nós, que estamos lá na ponta, que acolhemos o cidadão em situação de risco. Na maioria das vezes, para nós do SUS, é um cidadão em situação de vulnerabilidade social extrema e, se não houver essa

ação do Ministério Público, esse cidadão não conhece a linguagem para fazer movimentar a máquina do Estado, para fazer movimentar o Brasil formal em favor do Brasil real.

Eu penso que essa tensão é positiva, mas coloca os servidores que estão lá na ponta, em uma situação de instabilidade e de tensão mesmo. Precisamos ver se isso é positivo para nós também.

Participante C

Bom dia a todos. Meu nome é Dário Salles. Sou servidor público do Município de Joinville há 20 anos e sou Auditor do SUS. A minha pergunta é para o Ministro Agenor Álvares. Quando o ministro falou em “dinheiro saindo pelo ladrão”, me lembrou muito os vários depoimentos do Ministro Humberto Costa quando ele falava da necessidade de se otimizar o uso dos recursos públicos em função de sua insuficiência e do sistema de financiamento, evitando desperdício, evitando limitações dos recursos pagos de forma inadequada. Mas ele nunca diz exatamente qual seria o instrumento para se fazer a otimização desses recursos e eu me reporto aos componentes estaduais, municí-

pais e nacionais de controle, avaliação e auditoria, que acho que são as atividades-meio que são consideradas num sistema de controle social, que é importante no Sistema Único de Saúde. Então, essa pergunta que eu lhe faço, em função da implementação do pacto, partindo do princípio de os municípios serem plenos potenciários de suas ações, independente da complexidade dos seus serviços, eu acho que cabe monitoramento, controle e avaliação na atenção básica, na média e alta complexidades. No meu entendimento, isso precisa ser melhorado. Então, queria saber de que forma o Ministério da Saúde vai investir maciçamente na ampliação e capacitação de recursos humanos vinculados ao controle e à auditoria, de uma forma educadora e transformadora das práticas que não levem ao desperdício. Estou me referindo ao controle das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), das APACs (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), dos convênios, da desprecarização, das demandas judiciais, etc. De que forma a auditoria vai ter autonomia perante seus próprios gestores para fazer essa aplicabilidade, de uma forma que possa

reverter esses recursos para a atenção básica e para os programas de média e alta complexidades. Queria saber como o Ministério vai atuar e ajudar para que esse componente seja efetivamente realizado.

Para os secretários municipais e estaduais, recentemente, eu vi uma documentação do Conasems ou do Conass, em que uma dessas duas instituições não reconhece a aprovação da Portaria n.º 358, que disciplina a atualização dos serviços, pelo fato dela não ter sido aprovada na tripartite. Não sei se foi o Conass ou o Conasems. Gostaria de saber por que é que eles não querem que a Portaria n.º 358 seja efetivamente colocada em prática.

Participante D

Bom dia. Eu sou Sarah Escorel e sou Presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), que está nessa luta pela Reforma Sanitária desde 1986. E acho que o maior desafio, que foi posto pelo projeto da Reforma Sanitária, é o desafio cultural de mudar nossas idéias, de mudar a nossa forma de ver as pessoas, a nossa forma de ver a saúde. Eu me pergunto até que ponto o Pacto de Gestão está tomando a primazia do Pacto pela Vida, ao invés de ser ao contrário.

Eu digo isso porque o cidadão está submetido, por um lado, a uma lógica da formação do profissional em que ele deixa de ser uma pessoa integral, com desejo, sentimento e sofrimentos, e passa a ter dentes cariados, fígado com problema, um osso arrebitado, ou seja, ele é completamente descaracterizado como ser humano.

Na outra ponta, eu vejo os gestores muito preocupados com todos os aspectos da gestão, que são sua responsabilidade, mas que deixam de lado o usuário cidadão. Então, acho que o maior desafio é colocar o usuário cidadão no centro dos nossos projetos e, a partir desse enfoque, mudar o nosso olhar, fazer as nossas propostas de que forma podemos atendê-lo melhor. Então pergunto a todos, o que o Pacto de Gestão, que está sendo implementado, vai contribuir nesse sentido.

Participante E

Bom dia a todos. Eu sou Rosinete, sou Conselheira Municipal de Saúde de Joinville, Santa Catarina. A minha pergunta é para o Secretário Sílvio. Visualizando o Pacto de Gestão, verifica-se que um dos eixos é a capacitação dos conselheiros. Mas que tal o Co-

sems e o Conasems assumirem a responsabilidade de capacitar os seus secretários municipais de saúde, para que facilitem a vida de todos os técnicos existentes? Nós sabemos que esse cargo é um cargo de confiança e é claro que essas pessoas não vêm preparadas para assumirem este cargo. É aí que começa a dificuldade. Como é que um técnico vai falar de uma determinada Resolução, se eles a desconhecem? Isso vai facilitar muito a vida de todos os municípios.

Participante A

Temos duas pessoas no auditório que também querem fazer perguntas. Antes, eu vou ler duas perguntas que chegaram aqui. A primeira questão aqui é a seguinte: “O que vocês têm a dizer com relação à diferenciação salarial para médicos de saúde da família como estratégia de fixação do profissional? Basta salário? Não seriam também as condições de trabalho? O discurso salarial não seria um reforço ao cooperativismo? Como tratar a equipe e rede com essa diferença e disputa de categoria?”.

A outra questão é a seguinte: “Sendo que a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde – Por-

taria n.º 198 – se mostrou uma forte estratégia para contribuir na formação e desenvolvimento de recursos humanos *para o SUS, por que não estamos sentindo a mesma força que esta vinha tendo?*”. É uma pergunta para o Ministro da Saúde, de Marley, Foz do Iguaçu, Paraná.

Participante F

Bom dia a todos. Eu sou usuária do SUS e trabalhadora de saúde também. Eu sou conselheira municipal de saúde. O Pacto de Gestão é um sonho daqueles que militam pela Reforma Sanitária brasileira desde a década de 70, como eu, mesmo longinquamente, lá na Transamazônica. Eu quero dizer para o Senhor Ministro que, na Transamazônica, nós somos atores anônimos na construção desse pacto. Temos percebido que muita gente aposta que esse pacto não vai sair. Para mim, ele já está aí porque nós temos o texto legal e temos já normatizada a Portaria n.º 699. O Conasems nos ajuda muito, porque conseguimos receber a revista lá. Então, eu queria saber do Senhor Ministro quando nós vamos

começar a chamar os municípios para sentarem e assumirem esse Pacto pela Gestão e esse Pacto pela Vida e pelo Sistema Único de Saúde. Acho que é responsabilidade de todos nós trabalhar pelo SUS – usuários, trabalhadores e gestores – para fazermos com que o SUS aconteça.

Eu queria colocar a questão da hanseníase no Brasil. O Brasil ainda ocupa uma desconfortável posição, em nível mundial, na questão da hanseníase. Não estou criticando o Ministério da Saúde porque a responsabilidade é de todos nós. Para mim, o maior entrave é o preconceito e a falta de coragem dos próprios gestores municipais em dizer: “Eu tenho hanseníase no meu município e tenho coragem de tratar”. Vergonha é não termos coragem de enfrentar. Eu venho de uma região hiperendêmica, onde nós temos municípios com taxa de prevalência de hanseníase de 5,3%, que é alta; com uma taxa de detecção de 7,2% e estamos fazendo alguma coisa. Eu queria lhe entregar uma cartilha, que não é nenhum descobrimento da pólvora. É uma cartilha direcionada a gestores e que mostra como podemos fazer, sem gastar nada mais do que já se gasta, para combater a hanseníase. É capacitando

o agente comunitário que nós já temos; é usando a equipe de PSF que nós já temos; é fazendo campanhas educativas nas escolas; é mostrando que nós não temos vergonha de dizer que nós temos hanseníase e que vamos acabar com ela. Na nossa região, nós temos o compromisso de, até 2008, atingir os limites permitidos de apenas um caso a cada 10.000 habitantes.

Eu queria falar também que a Emenda Constitucional n.º 51 foi de grande ajuda no reconhecimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde, mas ainda há uma precariedade na contratação dos outros profissionais que constituem o PSF, inclusive, enfermeiras e médicos que fazem parte desse Programa de Saúde da Família estão tendo até negado o direito de licença-maternidade. Quero agradecer ao Conasems pela revista que está cada vez melhor e que eles conseguem enviar para um local tão longínquo como o Beiradão do Xingu, onde eu moro. É com essa Revista do Conasems que eu consigo me manter informada.

Participante G

Eu sou ACS (Agente Comunitário de Saúde) e estou falando aqui em nome dos ACS de Brasília, por-

que nós estamos em transição da Fundação Zerbini para a secretaria de saúde. Ficamos em dúvida porque ninguém nos esclarece nada. Nessa transição, nós vamos ser contratados pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) ou nós vamos ser estatutários? A Fundação Zerbini está esperando que peçamos demissão.

Eu quero saber: Nós vamos pedir essa demissão? Vamos perder os nossos direitos, referentes aos anos que nós trabalhamos na Fundação Zerbini? Será que vai nos indenizar? Estamos cheios de dúvidas em relação a essas questões e ninguém nos explica nada. Queremos esclarecer isso. Para tanto, pedimos a ajuda do Sr. Sílvio e do ministro.

Participante H

Bom dia a todos. Eu sou enfermeira do Município de Araripe, Ceará. Gostaria de pedir ao Sr. Ministro, ao Presidente do Conass e ao Conasems que observassem a questão da Portaria do Pacto de Gestão, que é excelente, é o nosso sonho. Mas é importante que olhemos os municípios de pequeno porte. A Portaria do HPP, juntamente com o Pacto de Gestão, deixam os municípios de pequeno porte sem condições de manter os

hospitais. Vou dar um exemplo do Município de Araripe. Nós temos um hospital de média complexidade e não aderimos ao hospital de pequeno porte. Então, hoje, nós estamos inviabilizados, de certa forma, porque o Pacto de Gestão e a própria portaria dizem que o médico do PSF só pode dar plantão no hospital se esse hospital for de pequeno porte e se tiver tido a adesão.

No Ceará, estamos com esse grande problema porque, nós que somos do interior, sentimos uma deficiência muito grande de manter o profissional médico no município. Torna-se inviável o profissional médico ficar no município só com o salário do PSF. Ele quer realmente ter o hospital também. Nós vamos terminar ficando sem a atenção primária por conta da impossibilidade de manter esse profissional no hospital. Eu gostaria que vocês fizessem essa reflexão porque, realmente, torna-se inviável, principalmente porque os nossos municípios não têm outras alternativas para solucionar a questão social. Eu gostaria que vocês refletissem e encontrassem uma saída para que os municípios não fossem penalizados e, principalmente, a nossa comunidade tão carente.

7.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Agenor Álvares

Tem tantas perguntas e tantas anotações que eu não sei se vou conseguir responder a todas. Eu gostaria de iniciar comentando a questão das regras presumivelmente não claras para os convênios, que foi mencionada na última fala que o Sílvio fez. Eu posso falar sobre a experiência do Ministério da Saúde. A Constituição Federal determina que existem três modalidades de transferência de recursos para estados e municípios:

1. As transferências constitucionais, que são aquelas transferências que estão regulamentadas na Constituição. O Governo Federal não interfere nessa transferência e os critérios são definidos pelo Tribunal de Contas da União. É o caso do Fundo de Participação do Estado e Fundo de Participação do Município, que têm regras que o TCU determina. É uma transferência constitucional;
2. As transferências legais, também definidas na Constituição. Aqui estão incluídas as transfe-

rências fundo a fundo do SUS, as transferências do Fundeb, etc.;

3. As transferências voluntárias, que implicam numa negociação entre o agente concedente e o agente proponente. É concedente o Ministério da Saúde e é proponente aquele que propõe.

No caso específico do Ministério da Saúde, essa última modalidade é a menor parcela de repasse. Na verdade, 93% dos recursos do Ministério da Saúde são repassados, fundo a fundo, para estados e municípios. No caso das transferências voluntárias, nós temos dois tipos de transferência. Uma vem também da Lei Orçamentária, que são as emendas parlamentares, tanto as individuais, como as emendas de comissão e as emendas coletivas. Nós somos obrigados a fazer isso, de acordo com a Lei Orçamentária.

Agora, em relação ao aspecto da negociação, fica na interpretação de cada um achar que seja fisiologismo, que seja clientelismo ou o que quer que seja. Mas acho que esse é um aspecto discricionário que o Governo, Ministério, município e o estado têm. En-

tão, há determinadas regras para se fazer o repasse. No caso do Ministério da Saúde, talvez seja, no Governo Federal, uma das formas mais transparentes.

Primeiro, todo o recurso que nós transferimos seja por convênio ou fundo a fundo, nós informamos a Câmara Municipal, à entidade que vai receber o repasse e informamos o respectivo conselho municipal ou estadual de saúde. Agora, todos os convênios de um determinado estado são informados também para a Assembléia Legislativa. Cabe àquelas entidades que estão recebendo essa informação acompanharem o processo.

Segundo, no nosso Sistema de Gestão Financeira de Convênios – Gescon e do Siac, todos sabem para onde foram os recursos, para quem foram e o valor que foi repassado, ficando muito claro como são as regras para fazer esse convênio. Muitas vezes, temos que burocratizar e temos alguns sustos. Eu preferiria mil vezes não estar em lugar nenhum dando explicações sobre a “operação vampiro” e nem dando explicações sobre a “operação sanguessuga”. Mas, nós não temos ainda a capacidade de impedir que organizações cri-

minosas consigam fraudar os recursos públicos. É em função disso que temos que criar regras para tentar dificultar. Sei que, lá longe, é difícil fazermos isso e quem tem “expertise” de fazer isso é a Polícia Federal e o Ministério Público. Então, só queria alertar as pessoas para isso. Aqueles que têm interesse em emendas justas, que são propostas pelos parlamentares, em negociação com o prefeito, ou com alguma entidade, eu queria só fazer uma lembrança que, este ano, nós só tivemos orçamento a partir de maio, e em 30 de junho, acaba o prazo de todo o tipo de repasse para estados e municípios, via convênios, por ser um ano eleitoral. Portanto, em função da própria “operação sanguessuga”, nós tivemos que criar alguns excessos na nossa forma de fazer esse tipo de acordo.

Tenho aqui várias perguntas e vou tentar responder algumas. No Ministério, a grande discussão que nós tivemos no setor de Saúde foi justamente no sentido de precisar descentralizar. Se o modelo de descentralização tivesse dado certo, o Inamps não precisaria ter acabado. Não precisaríamos ter discutido a unificação do sistema. Bastaria que o Inamps, a Fundação Cesp e

o Ministério continuassem trabalhando. Era uma ação descentralizada sob responsabilidade do Ministério e do Inamps. Então, uma questão que nós precisamos discutir é onde podemos aperfeiçoar mais esse sistema de descentralização. Mas a grande mudança que tivemos com o SUS foi exatamente esse aspecto da descentralização. E não é só no Brasil não. Temos estudos que mostram que entre as políticas que mais mexeram com os estados, a descentralização ocupa o segundo lugar em importância. Esse foi um estudo de um sociólogo paulista. Primeiro, ele fala que foi exatamente a retirada das responsabilidades do estado de funções que não são típicas do estado e que têm que passar para a iniciativa privada. Ele coloca que a coisa mais importante foi a privatização e em segundo lugar foi a descentralização. No nosso caso, no Brasil, nós temos controvérsias sobre isso. E acho que não tem como assumirmos isso. E o Ministério tem que procurar, juntamente com estados e municípios, buscar instrumentos para aperfeiçoar a estratégia de saúde da família.

Estamos buscando definir essas estratégias e fazer acordos sobre isso. Eu não tenho dúvida alguma que o

próprio Pacto de Gestão é um instrumento importante para aperfeiçoarmos isso. A partir do momento que nós estamos reconhecendo que é um pacto solidário e que é cooperativo, temos que ter certeza que temos que aperfeiçoá-lo. No aperfeiçoamento dessa política, nós temos que ir analisando ponto a ponto, caso a caso, para que possamos, eventualmente, corrigir os rumos necessários.

No caso do Ministério da Saúde, a grande discussão que estamos fazendo, e acho importante que se faça, é pensar se a estratégia do Programa Saúde da Família tem que ter um corte linear igualitário em qualquer município e estado do país. Essa é uma questão que temos que buscar superar. Precisamos ver se os instrumentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação também têm que ser mudados. Nesse caso, eu concordo com o Dário. Quando falei em “dinheiro saindo pelo ladrão”, não falei que estava saindo, disse: “Parece que todo mundo acha que o dinheiro está saindo pelo ladrão”. O dinheiro não está sobrando e não tenho dúvida nenhuma que temos que buscar uma relação e mudar. A grande expectativa que tenho

em relação ao Pacto de Gestão é justamente essa. Eu acho que o monitoramento, o acompanhamento, a avaliação e a gestão vão mudar. Elas têm que mudar porque o Ministério da Saúde tem que mudar a maneira de acompanhar e de cobrar. Por mais que agente entre naquela discussão de que o recurso está nos estados ou nos municípios e o Governo Federal se apropria, cobrar é responsabilidade da União. Quando o Ministério da Saúde repassa recursos da saúde da família para a média e alta complexidades, ele tem responsabilidade pela execução daqueles recursos, e a responsabilidade é, talvez, maior, na aplicação daqueles recursos, do que no caso daqueles recursos do próprio município ou estado, quando você vai analisar aquilo do ponto de vista simbólico, para o Ministério da Saúde. Então, o governo tem que criar instrumentos para que aqueles recursos sejam bem utilizados. Eu tenho consciência de que o Pacto de Gestão vai nos dar esses instrumentos, e a nossa auditoria, independentemente, de ser uma Auditoria do Denasus, da Secretaria Federal de Controle, do Tribunal de Contas, ela tem que mudar porque tem que sair daquele aspecto me-

ramente formal de achar que, porque comprou a mesa que estava no caderno do plano de aplicação, porque comprou o computador, isso é suficiente. Não é. Nós temos que ver o lado ético da aplicação desses recursos. Temos que ver qual é o compromisso do gestor municipal, estadual e o gestor federal com a repercussão final, o resultado final desses recursos. Esse é um processo que nós temos que fazer e construir juntos.

Em relação à contratualização, foi questionada a Portaria n.º 358. Nesse caso, há divergências jurídicas de interpretação. Eu pedi à consultoria jurídica do Ministério para fazer uma análise. Não sendo advogado, nem querendo ter a petulância de ficar interpretando as leis, eu acho que a Lei n.º 8.080 deixa claro, na competência do Ministério, que o Ministério tem, sim, que dar regras para a contratualização. Isto está nas competências do Ministério da Saúde. É lei. Agora, temos que ver como isso repercute na questão da contratualização.

O acordo que eu fiz na Tripartite foi que nós íamos fazer a análise jurídica dessa portaria. Se a análise jurídica disser que nós estamos errados em fazer cumprir

os compromissos dessa portaria, nós suspenderíamos a portaria. Agora, se a análise jurídica disser que nós estamos correto, ela continuará valendo. Esse é o acordo que nós fizemos na tripartite.

Em relação ao questionamento da participante F, do Pará, eu gostaria de fazer um breve comentário. Eu quero que vocês entendam o que eu vou dizer porque não é demagogia. Para nós, os atores anônimos talvez sejam os mais importantes na construção do SUS. Eles é que estão na linha de frente; é para eles que nós temos que fornecer os meios. Se nós conseguirmos não atrapalhar o que estão fazendo, nós já ganhamos muito. Muitas vezes, criamos aqui situações que vão atrapalhar lá. Somente quem trabalhou em todos os níveis sabe o que significa estarmos normatizando aqui. Então, como ator anônimo, eu acho que você está depreciando o seu trabalho. Eu, pessoalmente, acho que você tem que se considerar como uma pessoa vanguardista na construção do SUS.

Em relação aos municípios assumirem, eu acho que vou deixar essa resposta para o Dr. Sílvio. Muitas vezes, as razões que eu acho na posição dos municí-

pios, falo num viés totalmente teórico, então, acho melhor que o Dr. Sílvio faça esse comentário.

Em relação à hanseníase, posso dizer que, hoje, o Brasil já deu um grande passo. Conforme acordamos na Organização Mundial da Saúde, nós não estamos ainda em condições de fazermos um controle da hanseníase como nós queremos. Mas, em que pese, nós temos hoje a maior incidência hanseníase por mil habitantes, nós estamos diminuindo esse percentual e está havendo um controle bem maior. Nós não podemos é perder a perspectiva de que, pelo fato de a taxa estar baixando, não podemos assumir uma posição como se a nossa meta principal já tivesse sido atingida.

Em relação à Emenda n.º 51, sobre a contratação dos agentes comunitários, nós temos trabalhado com a Casa Civil da Presidência da República e com alguns parlamentares que estão regulamentando a emenda, juntamente com o Conass e Conasems, no sentido de que, em todos os movimentos que fizemos em direção a essa regulamentação, garantirmos, principalmente, que o Conasems interpretasse, analisasse e

desse a última palavra. Mas a preocupação maior que existe é de garantir que todos os trabalhadores tenham seus direitos trabalhistas garantidos. É nesse sentido que estamos trabalhando. É isso que temos que ver. A Emenda n.º 51 traz alguns complicadores e estamos tentando ver como é que convivemos com eles e como podemos fazer para que eles não causem transtorno, nem para a gestão e nem tampouco para os próprios trabalhadores nos vários municípios.

Em relação à colocação da participante G, de Brasília, infelizmente, eu não conheço detalhes do contrato com a Fundação Zerbini, mas se foi no regime da CLT, não tenho dúvida alguma de que os seus direitos trabalhistas têm que ser respeitados. Se tiver sido no regime de concursado, estatutário, também existe uma regra clara para isso e, por mais que o gestor queira não considerar essas regras, os agentes comunitários de Brasília que se sentirem prejudicados têm instrumentos para fazer com que os seus direitos sejam assegurados. Isso tudo é em decorrência da Emenda n.º 51, e é por essa razão que estamos nessa pressa de tentar regulamentá-la. A questão é que

cada um está interpretando a Emenda n.º 51 de uma forma, tem gente que está denunciando que estão fazendo demissões, então acho que muita gente está se utilizando desse instrumento para fazer aquilo que estavam com vontade de fazer, mas não tinham coragem para tanto. Agora, estão utilizando a Emenda n.º 51 para fazer isso. Isso não tem nenhum sentido. No Ministério, estamos recebendo as mais diversas informações e reclamações. É por isso que a situação é difícil, e é por isso que nós temos pressa.

Ainda há uns dois dias, um assessor da Câmara dos Deputados me procurou e pediu informações para relatar para um deputado a regulamentação da Emenda n.º 51. Então, o acordo que temos com o Conass e o Conasems é de chamá-los para conversar.

Quanto à questão do HPP, acho que temos que conversar mais pontualmente. Um hospital é muito fácil de construir, equipar, etc, mas manter e ter uma boa gestão profissional e administrar é muito difícil. Em relação a essa questão do médico do Programa Saúde da Família só poder dar plantão em HPP, a gente tem que ver. Nós temos que ter clareza do sig-

nificado da estratégia do Programa Saúde da Família. Muitas vezes, se você abrir perspectivas para um outro tipo de trabalho fora do ambiente do Programa Saúde da Família, você poderá induzir a que volte a prática hospitalocêntrica e não a prática de trabalho perseguida pelo Programa Saúde da Família.

Em relação à colocação da participante D, acho que a contribuição do Pacto de Gestão, como ele foi um pacto muito discutido, muito debatido e foi um acordo difícil de fazer. Os representantes dos estados que estão aqui presentes e o pessoal que coordenou essa equipe sabem que esse acordo não foi fácil de ser construído. E a nossa maior vitória foi a portaria que regulamentou o Pacto de Gestão. Como ministro, tenho das alegrias: a de ter assinado a Convenção Quadro do Anti-Tabagismo e de ter assinado a portaria da regulamentação do Pacto de Gestão. E que a grande contribuição do pacto é a discussão para que possamos, daqui para frente, na consolidação do Pacto de Gestão, estreitar mais essa discussão e fazer com que a cooperação e a solidariedade entre os três entes federados não seja apenas uma falácia, mas se concre-

tize no dia-a-dia da construção do SUS. O pacto não está acabado ele será constantemente aperfeiçoado na perspectiva de melhorar, principalmente, o modo de atenção da saúde para a população.

Quanto ao Ministério Público, essa relação é tensa mesma. Mas acho que essa tensão só vai acabar quando o SUS estiver realmente atendendo a todas as necessidades da população. Ainda ontem, recebi o presidente de uma grande empresa que, entre outras coisas, me disse que pegava mal o cidadão entrar na justiça para conseguir medicamento. E lhe disse: “Mas eu não posso fazer nada em relação a isso. O cidadão tem direito. A lei lhe faculta esse direito. Se eu fizer qualquer coisa contra isso, estou negando um princípio que eu sempre defendi que ele tenha”. Nós temos que entender um pouco o papel do Ministério Público, por mais que você discorde de alguns excessos do Ministério Público. O grande desafio que temos é aperfeiçoar o sistema para que, num determinado momento, esse tipo de ação não tenha mais cabimento. O que eu não aceito é ação partidária de quem quer que seja – de quem está na ponta, no Ministério Público,

no comando da administração municipal, estadual ou federal. Isso é que nós não podemos fazer. Agora, o Ministério Público tem que cumprir esse papel e não tenho dúvida que é assim que o cidadão pode buscar seus direitos.

Aqui tem uma pergunta interessante: Por que há algumas cidades em que o Programa Saúde da Família contrata servidores sem respeitar os direitos trabalhistas? Vocês estão vendo porque é que o Ministério Público tem que estar vigilante. Nenhum de nós aqui concorda com isso, nem o Conass, Conasem e o Ministério. Temos discutido isso de forma bastante clara. Então, vou passar a palavra ao Sílvio para que ele possa responder algumas perguntas também.

Sílvio Fernandes da Silva

A preocupação levantada sobre a transferência de recursos, fundo a fundo, é talvez muito menos com o Governo Federal e sim com os governos estaduais. Se formos analisar a modalidade de transferência que aconteceu, principalmente, depois da NOB de 1993, no caso de recursos federais para os estados e municípios, a transferência fundo a fundo se consolidou

no Brasil. Os números são muito claros com relação a isso. Criamos o PAB (Piso de Atenção Básica), que transfere recursos com equidade, o que foi uma conquista, e também temos as transferências de média e alta complexidades. Agora, queria dar um dado que eu acho que é relevante. O ministro falou que, este ano, o recurso federal destinado ao SUS vai ser aproximadamente de 37 bilhões. Como o Governo Federal é atualmente responsável por 50% de todo o financiamento do SUS e os governos estaduais por 25%, e os municipais pelos outros 25%, temos hoje, aproximadamente, 17 a 18 bilhões que são recursos do Tesouro Estadual. A questão é que a modalidade de transferência fundo a fundo, dos estados para os municípios, ainda não está consolidada. Alguns fazem e outros não. Com a Emenda n.º 29, mesmo que 20 dos 27 estados não estejam cumprindo, houve uma elevação deste valor. Nós estimamos, mais ou menos, que de 10 a 12 bilhões passaram a ser incorporados ao SUS pelo Tesouro Estadual do conjunto dos estados e isso não foi feito na forma fundo a fundo, e não serviu para alavancar as políticas do SUS. É isso que nos pre-

ocupa. Esse é um dinheiro que, se nós não tomarmos cuidado, não está potencializando as políticas em alguns casos. Portanto, essa é uma preocupação que nós temos que ter. Se a Emenda n.º 29 for regulamentada, teremos mais 9 a 10 bilhões de reais dos estados. Então, nós temos de 15 a 20 bilhões de reais em que não há regras fixas para a sua transferência. É fundamental que essas regras sejam criadas porque, senão, vamos ter elevação do financiamento da Saúde, mas isso não vai servir para financiar a saúde com efetividade.

O segundo ponto é sobre a permanente tensão que existe entre o Ministério Público e os gestores. Isso é verdadeiro e está aumentando cada vez mais. A tensão se expressa através de diferentes formas: é a ação do Ministério Público e do Poder Judiciário para acesso a medicamentos, para a solução de conflitos relacionados a questões trabalhistas, etc. Muitas dessas pressões são legítimas, são corretas e são problemas nossos. Nós temos que entender que isto tem que ser resolvido. Entretanto, nem todas são legítimas. Então, é preciso que a gente se debruce sobre elas porque, muitas vezes, as pressões são equivocadas, são ilegítimas

e favorecem muito mais aquela categoria de cidadãos que têm mais capacidade de pressionar. É preciso diferenciar isso. Mas temos que entender que isso tem gerado um conflito e uma tensão extremamente forte e progressivamente maior para a gestão, fazendo com que alguns gestores estejam permanentemente sob situação de constrangimento e até de prisão. Recentemente, estava no Rio de Janeiro participando de um debate e me disseram que o gestor de lá está despachando sempre em locais diferentes porque, para sobreviver aos mandatos, ele está tendo essa estratégia para se livrar um pouco desse problema. Isso não tem cabimento. Criamos uma situação em que o direito constitucional existe e tem que ser assegurado, mas as condições não estão dadas e essa tensão precisa ser compreendida dessa forma também.

Em relação à preocupação do participante C, eu queria dizer que a preocupação dele é a do Conasems também. Em nossa assembléia, nós colocamos o tema da “contratualização” como um tema a ser enfrentado. Hoje, a maioria dos prestadores de serviço não tem um contrato com regras e metas definidas. Acho que a

Portaria n.º 358 representa um avanço. Como o Agenor falou, existem dúvidas jurídicas que têm que ser equacionadas, mas ela representa um avanço. É preciso enfrentar esse problema. A maioria dos municípios brasileiros não tem contrato com os prestadores de serviço e nós temos que enfrentar esse problema, pois, somos favoráveis a isso. Entendemos que não pode ser um modelo engessante para os municípios, mas precisa ser um modelo que nos permita enfrentar esse problema.

A participante D levantou uma questão importante. Existe um documento que o Cebes e outras entidades estão divulgando e que eu li recentemente. Acho que esse é um tema que traz para a nossa agenda elementos da maior importância, no sentido de recuperar o foco da Reforma Sanitária, colocando o usuário como o centro dos nossos problemas. O caminho é esse mesmo. Quando a gente diz que o Pacto pela Saúde pode ser uma oportunidade de fazer com que isso aconteça, vejo que ele está tendo diferentes compreensões. Compreendo o Pacto pela Saúde nessa perspectiva também, como uma oportunidade de

construir algo, de baixo para cima, incorporando sujeitos, e os sujeitos que têm que ser incorporados para a construção do Pacto pela Saúde devem ser não apenas os gestores, mas, fundamentalmente, os usuários. Eles têm que estar presentes no processo de pactuação. É preciso definir o que queremos com o pacto, a partir de uma análise de uma situação concreta, o que é preciso melhorar e incorporar o usuário neste processo de decisão e de responsabilização. É fundamental que isso aconteça.

Sobre o problema do salário, foi abordada aqui a questão da diferenciação salarial entre os profissionais e a preocupação é se a mudança de valores salariais e as novas propostas, de fato, seriam tão decisivas para motivar os profissionais. Queria ser bem pragmático com relação a essa questão. Sou secretário de saúde de um município que é um pólo, tem universidade, então não é um município afastado dos grandes centros. Quando propomos concurso público com vagas para incorporar novos profissionais para atender naquilo que é mais necessário, muitas vezes não temos profissionais interessados porque existe uma relação

de oferta e procura que tem que ser considerada. Por trás disso, existe um problema salarial. Eu acho que o problema não é apenas a questão salarial e há diversos movimentos que têm que ser feitos. Um deles é entender que não podemos desconhecer esse elemento fundamental. Se você paga salários muito abaixo do valor de mercado, você não vai ter profissionais interessados e tem dificuldade em atender um direito fundamental da população. Agora, por outro lado, tem várias variáveis, várias dimensões com relação a este problema. Temos que ser mais intervencionistas, mais fortes no sentido da formação. Não podemos destinar dinheiro público para capacitar e formar profissionais naquelas áreas onde isso não é prioritário. Isso ainda acontece muito no Brasil. Ao mesmo tempo em que temos que entender que os valores salariais devem obedecer a critérios de mercado, é preciso que tenhamos políticas públicas mais fortes, mais intensas, no sentido de regular aquilo que, com recursos públicos, precisa ser incentivado e estimulado para termos os profissionais mais adequados.

Em relação ao envolvimento que os municípios precisariam ter com o pacto, estamos fazendo um

grande esforço com relação a isso. Na minha intervenção inicial, eu disse que o Conasems está fazendo congressos em todo o Brasil, fazendo esse debate, discutindo e procurando aproximar os gestores e secretários dessa questão.

Para finalizar, queria falar sobre a pergunta das participantes G e H. A respeito dos agentes comunitários de saúde, o Conasems tem uma posição muito clara que está expressa nos nossos documentos. Em hipótese alguma aceitaremos defender qualquer município que não respeite os direitos trabalhistas de qualquer trabalhador, em qualquer situação. Isso não tem desculpa, não se justifica. Os direitos trabalhistas têm que ser assegurados. Agora, temos limitações financeiras e legais que nos impedem de fazer concurso público de todos. Não somos contra concurso público, mas não queremos criar demissões e desativar programas. Do jeito que as coisas estão hoje, esse risco é concreto. Nós temos centenas de milhares de trabalhadores que são contratados das mais diferentes formas. No caso daqueles que são contratados sem obediência aos direitos trabalhistas, não podemos admitir. Agora,

transformar todos esses profissionais em concursados exigiria outras mudanças que não dependem dos municípios. Há vários municípios que, para fazerem isso, teriam que desobedecer à Lei de Responsabilidade Fiscal. Eles não podem fazer isso. Então, essa é uma dificuldade que precisa ser enfrentada. A Lei de Responsabilidade Fiscal precisaria ser revista nesses casos, essa é uma interrogação. A transferência de recursos para esses municípios, para que eles possam fazer a correção deste problema é possível? Tem que ser. Temos que achar uma saída para isso. Então, por trás desses problemas ligados à estrutura de recursos humanos no Brasil, existem situações estruturais limitantes que precisam ser solucionadas.

Em relação aos agentes comunitários, estamos procurando uma regulamentação e vamos sugerir ao Ministério que apresente ao Executivo uma proposta que leve em conta os direitos trabalhistas, a não demissão e a não redução do PSF. Esta é a nossa linha. Se isso será possível, eu não sei, mas acho que essa deve ser uma preocupação de todos e não apenas dos gestores municipais que são aqueles que contratam.

A participante H se refere ao plantão do médico do PSF que só poderia ser no hospital que tivesse aderido ao HPP. Eu acho que preocupações nesta linha é que precisariam ser compreendidas no sentido de que o pacto tem que ter uma maleabilidade que nos permita trabalhar essas questões. Nós não podemos engessar, colocar regras rígidas porque isso é contraditório ao pacto. O pacto precisa, a partir dos seus princípios e da sua doutrina, defender isso. Eu entendo que a nossa concepção sobre a atenção básica tem que mudar. Uma clínica de especialidades, de certa forma, tem que ser atenção básica. Um hospital de pequeno porte tem que ser atenção básica. A partir do momento em que mudamos a concepção do que é a atenção básica, sem contrariar os princípios e a doutrina, não podemos engessar e dizer que o médico do PSF tem que ficar oito horas fazendo isso, ou aquilo. Ele tem que dedicar suas oito horas de trabalho fazendo aquilo que entendemos que é mais importante para qualificar o modelo de atenção. Em um local pode ser uma fórmula, em outro local essa fórmula pode ser diferente, mas o objetivo a ser atingido é o mesmo. Essa é a idéia geral.

Maria José Evangelista

Eu não vou responder a todas as questões porque eu concordo basicamente com tudo o que vocês disseram. Mas na questão do financiamento e das transferências fundo a fundo, eu acho que o Sílvio tem toda a razão porque, nos estados, esse processo ainda é muito frágil. Mas vejo também, no pacto, a oportunidade de melhorarmos isso porque essa é uma oportunidade também de fortalecermos as CIBs e acho que é papel dela estar levando essa questão permanentemente para discussão e cobrando um pouco mais. Cada um é independente e não podemos obrigar ninguém, mas é uma questão de estarmos sempre negociando e fazendo ver as necessidades de realmente implementar a política porque essa prática de convênios é realmente muito ruim. Então, acho que estamos caminhando para melhorar. No meu estado (Sergipe), por exemplo, nós temos feito esse exercício, procurando, cada vez mais, trabalhar com Termo de Compromisso e não com convênios.

Com relação à Portaria n.º 358, temos as procuradorias que não entendem muito do SUS e dificultam porque estabelecem uma relação com a Lei n.º 8.666,

mas não fazem a mesma relação com a Lei n.º 8.080 e isso cria algumas dificuldades operacionais. Mas o ministro já falou que fez o encaminhamento para o setor jurídico e a gente espera que isso seja resolvido.

Queria só falar um pouco da questão do HPP. Acho que não podemos realmente engessar as coisas. No meu estado, por exemplo, nós temos 22 HPPs e todos são atenção básica. Então, não podemos também ter essa rigidez. Esse tem que ser um exercício. Nós temos que trabalhar juntos. Lá no nosso município, juntamos todo o pessoal do HPP com todo o pessoal do PSF para fazer um planejamento e uma atuação em conjunto porque, afinal de contas, tudo é atenção básica. Como o Brasil é muito grande, não podemos ficar presos a uma determinada portaria sem procurar o que é melhor para cada local.

Com relação aos salários e ao PSF, eu acho que seria um retrocesso se o Ministério fosse contratar os profissionais que trabalham no PSF. Nesse caso, acho que cabe também aos estados ajudar no financiamento dessa questão, para melhorar os salários, embora não seja apenas a questão salarial. Eu sei que, em alguns estados, há médicos que ganham R\$15.000,00,

outros que ganham R\$9.000,00, outros que ganham R\$7.000,00 e outros que ganham R\$2.500,00 e os problemas são absolutamente semelhantes. Evidentemente, nós não queremos que ninguém ganhe R\$2.500,00, queremos que ganhem mais, mas não o problema não é só salários.

A questão dos concursos também é problemática. Lá no meu estado, nós fizemos concurso. O problema é que, ou não aparece ninguém porque o salário também não é muito atrativo, ou se faz o concurso e os problemas permanecem os mesmos. Então, acho que devemos priorizar realmente essa questão. Nós falamos que priorizamos muito na teoria, mas na prática, acho que nem sempre priorizamos. Se juntarmos as três esferas de governo e treinarmos mais, capacitarmos mais e dermos melhores condições de trabalho, nós avançaremos. E acho que essa nova portaria abre esse espaço para que possamos, daqui a algum tempo, ter um PSF melhor. Aumentamos muito a quantidade e, agora, acho que devemos gastar nossas energias nela.

Estamos trabalhando na avaliação, que é uma coisa nova para todos nós. Acho que estamos no caminho

certo. Embora, em relação à saúde, tudo seja muito imediato, acho que também temos que ter um pouco de paciência e, dentro em breve, penso que poderemos estar aqui comemorando melhores resultados.

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 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

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

Brasília – DF, dezembro de 2006

OS 1374/2006