

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização



café com idéias

As Idéias do Café

Vol ume 1 / 2005

1.^a edição
1.^a reimpressão

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 – 1.ª reimpressão – 2006 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada

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

CÉP: 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

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 1/2005 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

196 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0956-7 volume 1

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

NLM WA 525

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0900

Títulos para indexação:

Em inglês: Coffee with ideas: the ideas of the coffee: volume 1

Em espanhol: Café con ideas: las ideas del café: volumen 1

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>

Elaboração:

Alexsandro C. Dias

Raquel Turci Pedrosa

Coordenação:

André Luiz Bonifácio de Carvalho – DAD/SE

Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE

Colaboração:

Lucia Vânia Cardoso de Oliveira – DAD/SE

Apoio:

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

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

Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI)

Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS)

Capa:

André Christopher Koller (designer gráfico da MiCA Mídia Cards)

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Kelly

Revisão: Vânia Lucas

Projeto gráfico e diagramação: Daniel Miranda

SUMÁRIO

Apresentação, 5

1 Introdução, 9

2 Espaços em Redes e Relações de Cooperação (Café com Idéias – abril de 2005), 15

2.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, 15

3 Território: Base para Políticas Públicas? (Café com Idéias – maio de 2005), 27

3.1 Falas Iniciais das Facilitadoras, 27

3.2 Considerações dos Participantes, 36

3.3 Considerações Finais das Facilitadoras, 42

4 Federalismo e Políticas Públicas (Café com Idéias – junho de 2005), 53

4.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, 53

4.2 Considerações dos Participantes, 62

4.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 66

- 5 Como Participar do Processo de Participação? (Café com Idéias – julho de 2005), 81
 - 5.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, 81
 - 5.2 Considerações dos Participantes, 89
 - 5.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 94

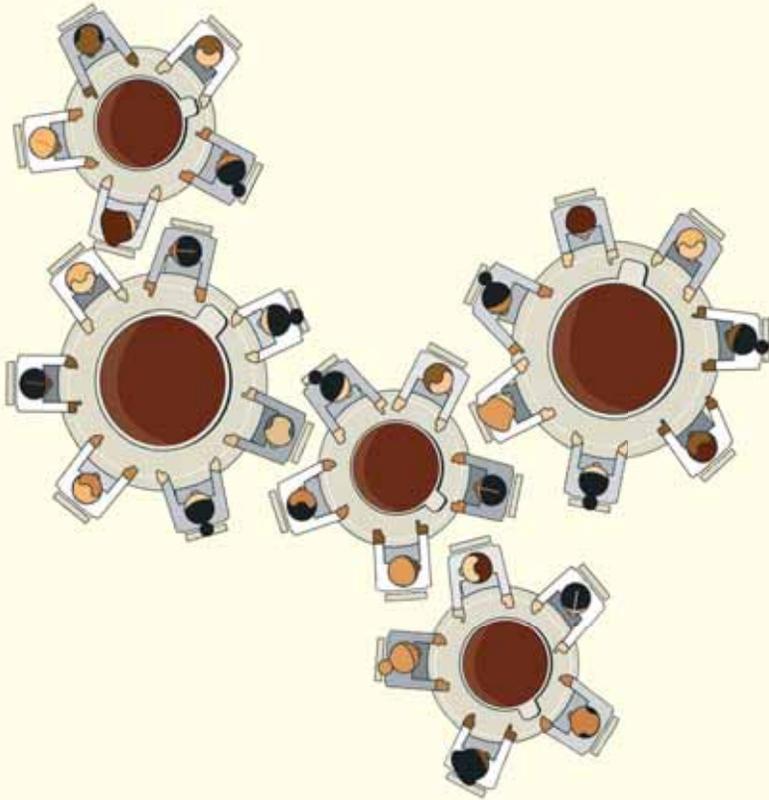
- 6 Ética na Gestão das Políticas Públicas (Café com Idéias – agosto de 2005), 99
 - 6.1 Falas Iniciais das Facilitadoras, 99
 - 6.2 Considerações dos Participantes, 103
 - 6.3 Considerações Finais das Facilitadoras, 117

- 7 Diálogo (Café com Idéias – setembro de 2005), 125
 - 7.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, 125
 - 7.2 Considerações dos Participantes, 133
 - 7.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 138

- 8 Desafios Atuais do SUS (Café com Idéias – outubro de 2005), 153
 - 8.1 Fala Inicial do Facilitador, 153
 - 8.2 Considerações dos Participantes, 162
 - 8.3 Considerações Finais do Facilitador, 169

- 9 Cultura da Paz e Cotidiano (Café com Idéias – novembro de 2005), 177
 - 9.1 Falas Iniciais dos Facilitadores, 177
 - 9.2 Considerações dos Participantes, 181
 - 9.3 Considerações Finais dos Facilitadores, 190

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

Qualificar a gestão pública é uma necessidade constante do processo 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 de estratégias institucionais, administrativas e programáticas de qualificação da gestão pública e organização dos sistemas e serviços de saúde.

Para tanto, o Ministério da Saúde, no desempenho de sua função de cooperação técnica e financeira aos estados e municípios (respeitando suas competências), tem avançado na construção de estratégias, como o **“Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS”**, que contribuem para o processo de quali-

ficção da gestão e que impactam, positivamente, no perfil da saúde e na qualidade de vida das populações.

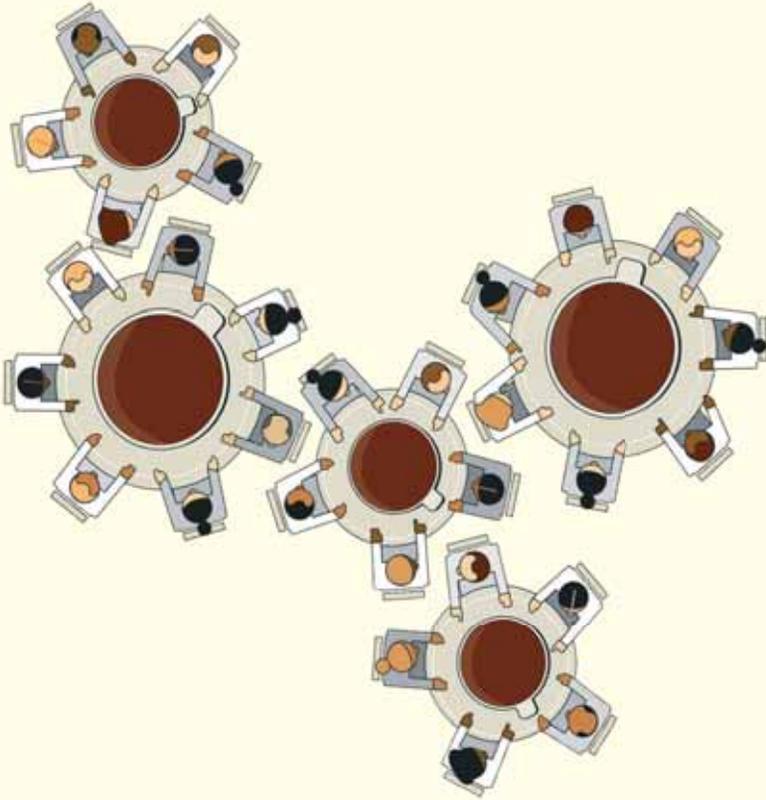
Esta ação coordenada pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), e do Comitê Gestor do Apoio Integrado, composto por representantes de todas as secretarias e órgãos do MS, trata das relações estabelecidas entre as esferas governamentais e propõe um olhar mais abrangente à gestão e aos processos de coordenação do SUS, voltado a uma atenção específica para as áreas priorizadas entre o Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais e pelo controle social.

É esse processo permanente de ordenamento e qualificação da atuação da gestão, que implica em um mecanismo capaz de promover mudanças nos modos de relação entre os trabalhadores do SUS e suas relações com os outros sujeitos, que o **“Plano de Formação dos Apoiadores”** busca compartilhar responsabilidades e objetivos para o desenvolvimento e consolidação do sistema por meio da política de educação permanente. Para tanto surge a iniciativa dos

encontros do “*Café com idéias*” e da presente publicação “*Café com Idéias: as idéias do café*” que tem o objetivo de fortalecer e socializar as idéias do café, ocorridas durante os “*Cafés com Idéias*” do ano de 2005.

Dr. José Agenor Álvares da Silva
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

Com o objetivo de qualificar os 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, 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”***.

O ***“Café com Idéias”*** se configura como um espaço estratégico de formação, no qual são convidados dois facilitadores especialistas para coordenar uma conversa informal sobre os temas indicados pelos próprios participantes dos encontros. Realizados mensalmente e acompanhados de um agradável lanche no fim de tarde, os encontros são transmitidos, em tempo real, pela página eletrônica do Ministério da Saúde, possibilitando a participação de um maior número de interessados no debate.

Neste sentido, a Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada (CGAGD/DAD/SE/MS) reuniu o conjunto dos debates realizados no ano de 2005, e apresenta aqui como ***“As Idéias do Café”*** – uma publicação que reproduz as falas dos participantes e facilitadores dos encontros. Para tanto, buscamos fazer uma publicação que preservasse o contexto e a fidedignidade das falas, transportando o leitor para o clima dos encontros ocorridos.

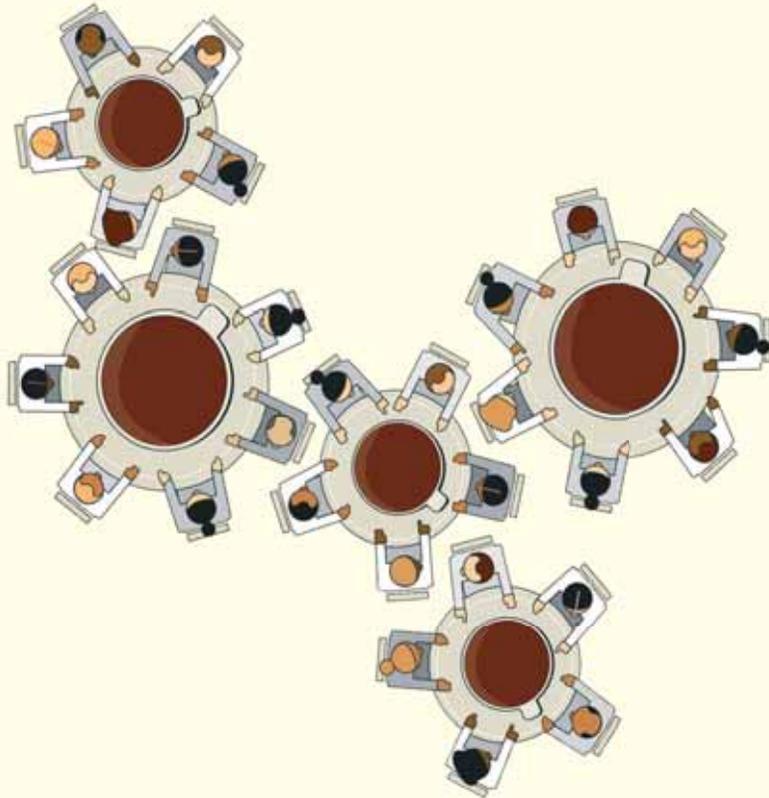
De modo a facilitar a compreensão, as falas foram organizadas de acordo com os seguintes tópicos: falas iniciais dos facilitadores, considerações dos participantes e considerações finais dos facilitadores.

É importante ressaltar que essa iniciativa é uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). É coordenado pelo Comitê Gestor do Apoio Integrado e conta com o apoio do Departamento de Informática do SUS (Datusus) e da Coordenação Geral de Documentação e Informação (CGDI) do Ministério da Saúde.

Desejamos que a presente publicação possibilite 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 gestão do SUS.

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

ESPAÇOS EM REDES E RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO



Alcides Miranda

Brasilmar Ferreira Nunes

2 ESPAÇOS EM REDES E RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ¹

CAFÉ COM IDÉIAS – ABRIL DE 2005

Alcides Miranda

Consultor do Departamento de Apoio à Descen-
tralização(DAD/SE/MS), professor adjunto do
Departamento de Saúde Comunitária da Uni-
versidade Federal do Ceará (DSC/Famed/UFC)

Brasilmar Ferreira Nunes

Professor do Departamento de Sociologia da
UnB. Pesquisador do CNPq

¹ O Café com Idéias ocorrido em abril de 2005 não contou com o recurso de gravação, portanto solicitamos aos facilitadores a elaboração do presente texto, com o objetivo de resgatar o debate.

2.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

Alcides Miranda

Nos últimos anos, tem tomado corpo a discussão sobre a conformação de redes organizacionais como alternativas aos modelos mais hierárquicos e centralizados das instituições. Inúmeros autores buscam enfatizar as vantagens de uma arquitetura mais horizontal, permeada de convergências (nós) e transversalidades, para e entre as organizações humanas, de modo a superar a ordenação vertical baseada nas assimetrias de domínios e de recursos poder e autonomia.

A arquitetura das redes organizacionais ou das redes humanas, expressões simbólicas de um plexo relacional com poliarquia e policentrismo, define uma pretensão democrática que sobrepõe uma racionalidade dialógica e a necessidade permanente de negociações e mediações entre sujeitos/agentes/atores em e entre suas organizações. Define a necessidade de margens mínimas de autonomia para cada participante, de modo que possa comunicar-se e participar efetivamente dos processos organizacionais, desde a tomada de decisões até a implementação e gestão de políticas.

Convém ressaltar, que qualquer arquitetura organizacional, em si, não é suficiente para abolir as assimetrias estabelecidas a partir dos domínios e das interações de poder. Cada sujeito/agente/ator institucional, cada organização, possui margens de autonomia e gradientes de poder que são determinados, constituídos e exercidos de modo diverso, plural e heterogêneo.

Daí porque, não se pode vender a idéia de que a arquitetura da rede ou da roda são immanentemente democráticas, embora possamos afirmar que tendem a potencializar e autonomizar pessoas e organizações.

A preocupação primordial é a de não confundir um novo *paradigma* organizacional, como mais um dogmatismo paralelo, um *paradogma*. Não são as arquiteturas e configurações sistêmicas (estruturas, funções, organizações), em si, que determinam as práticas sociais; mas a sua conformação dialética com os comportamentos e ações intencionais das pessoas.

Uma tese pessoal sobre os comportamentos humanos nas organizações, apresentada para este debate, dispõe sobre o desequilíbrio surgido pela preponderância da natureza masculina no trato e interações de

poder. O poder institucional, sob a égide masculina, possui características típicas, muitas delas consideradas como positivas e imprescindíveis para a sobrevivência e o sucesso de qualquer organização. Porém falta-lhe muito daquilo que é típico do trato e das interações de poder sob a égide feminina². Muitos dos problemas organizacionais derivados de comportamentos regrados, deriva de tal desequilíbrio.

Além de novas configurações arquitetônicas e relacionais para as organizações humanas, urge constituir o equilíbrio entre os modos de domínio comportamental, masculino e feminino, de modo a agregar valores e integrar naturezas complementares.

É evidente que o debate sobre a complexidade das relações organizacionais não pode estar restrito a esta questão de gênero, tampouco aquela das suas estruturas e funções. Busca-se neste debate, tão somente evidenciar este aspecto da questão, que muitas vezes é tratada de forma marginal.

2 Não se trata propriamente do poder institucional exercido por homens ou mulheres, pois muitos tendem a se comportar sob a égide do outro gênero (vide o caso da sra. Margaret Thatcher).

Brasilmar Ferreira Nunes

O Ministério da Saúde quando sugere uma discussão com seus técnicos e profissionais com o tema “Redes de apoio e cooperação”, coloca-os diante de uma questão das mais atuais no Brasil de hoje.

É praticamente senso comum que somos uma das sociedades mais desiguais do planeta embora estejamos entre as economias consideradas das mais vigorosas nos tempos atuais: somos uma sociedade rica povoada por pobres. Essa contradição evidencia lógicas econômicas precisas que ampliam seus efeitos de forma perversa para parcelas substanciais da população.

Esta constatação, que já extravasou os bancos universitários e adentrou pela mídia cotidiana, faz da consciência da desigualdade um lugar comum entre nós, brasileiros. A tal ponto que podemos afirmar que ela se naturalizou entre os indivíduos e grupos sociais se contrapondo a toda e qualquer tentativa de ultrapassar esta situação anômica.

Claro que existem segmentos sociais que não se acomodam nesta injustiça e tentam por várias maneiras se posicionarem em contrário às práticas excluden-

tes. O tema desta fala que procura discutir a idéia de redes e de apoio e cooperação termina por recolocar esta questão das desigualdades de forma direta. Este tema é recorrente especialmente na sociologia cujo objeto maior está na procura constante de entender os vínculos sociais, centrando suas análises nos processos de mudança que se vive em sociedade. Há na nova prática de sociólogos alguns pressupostos que nos guiam nesta tarefa. São os conhecidos paradigmas celebrizados por Thomas Khun (Estrutura das revoluções científicas).

Na sociologia tradicionalmente se põe em cena duas perspectivas de análise distintas uma da outra: o holismo e o individualismo metodológico. A primeira, procura explicar as ações sociais partindo do pressuposto de que somos parte de um todo – a sociedade – e que esta nos molda segundo processos socializadores a partir do momento em que viemos ao mundo. São processos plurais que a partir da família, dos parentescos, das vizinhanças, da escola e futuramente no próprio mundo do trabalho, vamos apreendendo códigos de comportamento e de ação que nos garantem

a vida em sociedade. Há nesta perspectiva um enfoque segundo o qual a sociedade é quem produz o indivíduo. Neste sentido, somos produtos de uma história que nos oferece as possibilidades tanto da existência como das maneiras de comportamento. Poderíamos dizer, portanto, que não somos, nunca diretamente, responsável pelos nossos atos; é a sociedade que nos moldou dessa forma e portanto, apenas correspondemos a uma expectativa social.

O holismo foi desenvolvido sobretudo por sociólogos e antropólogos (Louis Dumont, por exemplo) e o termo designa de maneira ampla, todas as teorias que partem da sociedade e não tanto do indivíduo. Em última instância pode-se resumí-lo segundo a idéia geral de que os agentes sociais não agem somente em função de seus interesses mas também em função de normas e valores. Esta perspectiva holista estaria na base recente daquilo que passou a chamar sócio economia onde se afirma que o dever não é uma obrigação externa ao indivíduo mas trata-se de normas interiorizadas, pelo processo de socialização. Em outros termos, a sócio economia consiste em mostrar

que o interesse não explica tudo, que existem também normas, regras, valores, moral, dever, etc. No entanto, estas normas tendem a ser concebidas como obrigações oriundas do exterior. Sem entrar nos detalhes mas podemos avançar que o problema crucial da sócio economia seria justamente o de “como pensar a liberdade no contexto do controle social que vem de fora para dentro do indivíduo?”

A segunda, o individualismo metodológico, parte de uma outra perspectiva. Aqui, os indivíduos gozam de uma racionalidade que orienta suas ações e suas intersubjetividades. Não haveria neste caso o peso de uma dimensão maior – a sociedade – na medida em que nossas ações são racionalizadas no intuito de obtenção de máxima satisfação individual. A sociedade aqui é vista como o somatório dos indivíduos e são eles nos seus gestos e atos cotidianos, quem a produzem. As racionalidades inerentes às ações humanas seriam, portanto elaboradas segundo critérios ditados pelos interesses individuais em jogo. Assim, no holismo é a sociedade que produz o indivíduo e no individualismo é o indivíduo que produz a sociedade.

O individualismo vai buscar sua inspiração na teoria utilitarista fundada no século XIX na Inglaterra por Jeremy Bethlehem. Segundo este autor, “os homens procuram o prazer, fogem do sofrimento e são sujeitos egoístas e calculadores”; temos aqui então uma doutrina do cálculo do prazer e do sofrimento. O único critério da moral e da política é a satisfação e o alcance da maior felicidade e do maior prazer possível; é a doutrina do egoísmo racional e o modelo do *homo economicus*.

Com base nestes elementos podemos apresentar uma definição do utilitarismo: 1) uma proposição constitutiva positiva. (para compreender as ações dos sujeitos sociais, temos que pressupor que eles são egoístas, interessados, individualistas. Aqui é o interesse que institue); 2) uma proposição normativa (o critério de justiça é a maior felicidade ao maior número de pessoas. O justo é o que satisfaz o interesse geral, publico, comum. As duas perspectivas são contraditórias: a primeira é a apologia do egoísmo e a segunda é o imperativo moral do altruísmo (o prazer dos outros conta tanto como o meu próprio prazer). O utilitarismo é conhecido também por outros nomes: teoria

das escolhas racionais, racionalidade instrumental, individualismo metodológico, utilitarismo, *homo economicus*, teoria econômica neoclássica. Busca explicar o sistema de produção – e sobretudo de circulação – dos bens e serviços da sociedade, a partir das noções de interesse, racionalidade e utilidade.

Se nos limitarmos a estes dois paradigmas as ciências sociais encontram-se diante da seguinte alternativa:

- o comportamento ou é livre – mas só poderá pausar-se pelo modelo da racionalidade instrumental;
- ou é mais ou menos restringido ou determinado por normas, pela obediência a regras.

Para a presente discussão gostaria de trazer à baila um outro paradigma que, embora não tenha o peso dos dois acima apresentados, constitui, no meu ponto de vista, uma alternativa plausível para podermos pensar a questão das redes de apoio e cooperação. Trata-se do paradigma da dádiva que poderia ser sintetizado segundo algumas características.

Em primeiro lugar podemos considerar que os agentes sociais procuram afastar-se voluntariamente da equivalência que é o código que rege as trocas mo-

netárias. No mercado o preço de um bem é sempre a manifestação do seu valor, ou seja, equivalente a ele. No sistema da dádiva por onde enteriamos os vínculos sociais como sendo estruturados por uma tríade “dar-receber-retribuir” alguma coisa vai além daquela que se passa na relação mercantil de equivalência. Nesta última o vínculo se constrói a partir do “dar-receber”. O que vai permitir este circuito de dois componentes é a presença do dinheiro, através do qual temos acesso a bens e serviços pelos quais pagamos e este ato de pagar nos libera de retribuir qualquer favor que porventura tenha sido feito. Em outras palavras, se ficássemos apenas nesta relação “dar-receber” a sociedade não teria condições de existir pois os elos entre os indivíduos seriam apenas utilitários.

Numa relação de dádiva muitas vezes recebemos mais do que damos, de forma que o modelo linear da racionalidade instrumental é incapaz de explicá-la. De qualquer forma, não há obrigatoriedade de retribuição, nem de retribuição medida pelo mesmo valor daquilo que foi oferecido, dado. Na troca mercantil, via moeda, a retribuição é obrigatória; no sistema da dádiva a retri-

buição não é o fim em si mesmo. O que interessa aqui é a construção do vínculo social. Fazemos dádiva e muitas vezes recebemos mais do que damos, ou o inverso, damos mais do que recebemos, no entanto a relação entre estas duas atitudes é muito mais complexa, de modo que o modelo linear da racionalidade instrumental é incapaz de explicá-la. Ao contrário do mercado que é baseado na liquidação da dívida, a dádiva é baseada na dívida. Este fenômeno é observado tanto nos círculos primários (relações de parentesco) quanto na dádiva aos desconhecidos como a doação de órgãos. A relação entre pais e filhos, por exemplo, é um típico exemplo deste princípio da dádiva: os pais oferecem amor, bens, segurança, carinho, etc. aos filhos sem se preocuparem com o retorno daquilo que está sendo oferecido. Nas relações de amizade, de camaradagem, de companherismo, etc. todas elas estão permeadas do princípio da dádiva, e o que menos importa é a forma como será retribuído o dom oferecido, ou mesmo se ele será ou não retribuído. Neste caso, portanto, o individualismo, pautado pelo cálculo racional do interesse, não consegue espaço e não dá conta de explicar determinadas ações humanas.

Não se pode tampouco aplicar o modelo holístico à dádiva, pois os atores valorizam o prazer na dádiva. Um dom feito por obrigação ou em obediência a uma norma é considerado um dom de qualidade inferior. O verdadeiro dom é aquele cujo sentido não é conformar-se com uma convenção social ou com uma regra, mas expressar o vínculo com a pessoa.

Esta tendência chega ao ponto de negar a importância do próprio dom. À primeira vista, trata-se de um dos mais estranhos comportamentos do dom: a negação de sua importância pelo doador. Marcel Mauss, analisando sociedades primeiras observou que havia ações onde a pessoa dava alguma coisa a alguém como se isso não fosse nada (o chamado “Kula”). Mas mesmo hoje nossas formulas de cortesia têm o mesmo sentido: “*de rien*”, *de nada*, *di niente*, *my pleasure* responde o doador àquele que agradece pela dádiva que ele fez. Tudo se passa como se fizéssemos dom a alguém não para sermos retribuídos mas para que o outro faça seu dom.

É nesse sentido que o sistema da dádiva induz ao fortalecimento do vínculo social. A liberdade aqui não é a liberdade no mercado. Ela não se concretiza pela liquidação da dívida, nem consiste para permitir uma saída mais fácil da relação. Ao contrário ela se situa no interior da relação, no interior do vínculo social e consiste em tornar mais livre o próprio vínculo por meio da multiplicação de rituais. A dádiva é um jogo constante entre liberdade e obrigação. É necessário que, no que é obrigatório, se produza alguma coisa de não previsto.

O dom não depende de nenhum dos dois paradigmas dominantes. A não-equivalência, a espontaneidade, a dívida e a incerteza procurada no âmago do vínculo opõem-se à teoria das escolhas racionais e ao contrato. Por sua vez, o prazer do gesto e da liberdade, opõem-se a moral do dever e às normas interiorizadas do modelo holístico.

Uma sociedade regida unicamente por cima e a partir do passado, pela regra e pela obrigação, deve se afundar na esterilidade, no formalismo e no horror. Da mesma forma se somente os interesses individuais comandarem os vínculos, sem regras comuns suscep-

tíveis de os coordenar, estes devem se afundar no caos geral. Não seria se refugiando no “cada um por si” que os homens poderiam chegar a encontrar um pouco de paz, segurança e felicidade.

Podemos buscar as raízes do paradigma da dádiva nos gregos. Aristóteles foi provavelmente o primeiro e durante 2500 anos, o maior teórico da dádiva. A amizade, diz ele, a *philia* repousa sobre a capacidade de dar e de retribuir, sobre a reciprocidade. Sem amizade não pode haver comunidade e sem comunidade não há ordem política possível, já que a ordem política tem como objetivo primordial dar aos cidadãos o único prazer que seja digno dos homens, o de viver juntos no reconhecimento mútuo de seus valores.

Sabemos que a irrupção do mercado conduz ao paradigma do crescimento e acarreta uma tendência a liberar os membros da sociedade de qualquer obrigação vinculada às relações sociais, a partir do postulado de que todo vínculo obrigatório pode ser substituído por um bem. Estudos mostram que a introdução do mercado nas relações sociais (via moeda) atuando como substituto de relações internas e não só na rela-

ção entre estranhos, colocou o sistema da dádiva num patamar aparentemente invisível. Entretanto sabemos que o mercado pouco afeta as relações que podemos chamar de comunitárias (família, vizinhança, amizades, etc) e lá onde ele penetra aparecem relações de subordinação e de dependência.

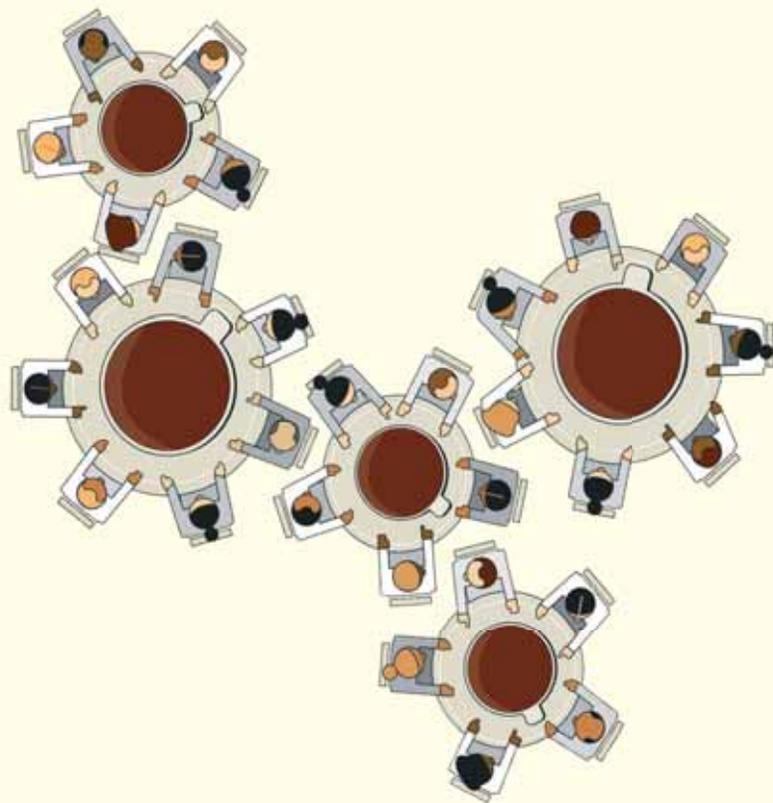
Os elementos acima nos dão pistas para refletirmos sobre as “redes de apoio e cooperação”. Penso que uma maneira adequada de entendê-las dentro da lógica social do momento é situá-las dentro do paradigma da dádiva. São formas de relações humanas onde os integrantes das redes atuam sem a preocupação de uma retribuição equivalente ao gesto, ou ao trabalho oferecido. O que deve guiar um integrante de uma rede de apoio e cooperação é, antes de mais nada, a vontade de articular pessoas e interesses com vistas a uma causa comum ou a um bem que alcance a todos.

Este objetivo coloca em segundo plano uma possível retribuição (especialmente monetária) como indutora da própria ação de atuar nas redes. É o estar junto, de fazer com o outro e de contribuir para um bem comum, que move as ações em redes e de cooperação.

Talvez esteja neste modelo de ação social os sinais de uma nova sociedade civil que surge.

Trabalhos voluntários, economia solidária, organizações sem fins lucrativos, uma gama de experiências que apontam caminhos outros, que escapam da lógica do lucro e do interesse material. Em outras palavras, é questionar a equivalência, a lógica de mercado no seu interior e se abrir para novas possibilidades, muitas vezes diferentes daquelas dentro das quais fomos socializados. Isto é, de fato, praticar o sistema de dádiva.

TERRITÓRIO: BASE PARA POLÍTICAS PÚBLICAS?



Aylene Bousquat

Evangelina Oliveira

3 TERRITÓRIO: BASE PARA POLÍTICAS PÚBLICAS?

CAFÉ COM IDÉIAS – MAIO DE 2005

Aylene Bousquat

Professora, Doutora do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, Pesquisadora do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).

Evangelina Oliveira

Geografa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

3.1 Falas Iniciais das Facilitadoras

Aylene Bousquat

O tema de hoje, “Território: base para políticas públicas?” com uma interrogação no final é um tema que a princípio pode parecer simples e consensual, no entanto, se refletirmos mais profundamente, percebemos a sua complexidade.

No dia-a-dia das políticas de saúde e da construção do SUS, utilizamos termos que correspondem ao universo da “geografia”.

Então, temos vários elementos que nos são “caros”: a adscrição de clientela – que parece que é um dogma – em base geográfica, em base domiciliar; a referência e contra-referência; e o território que é utilizado, enfim, poderia lembrar de vários outros.

E eu queria colocar para vocês que a resposta ao tema, a ser “sim” ou “não”, pelo menos no meu ponto de vista, para o território-base de políticas públicas, vai depender de qual território estamos falando. Porque precisamos, de alguma forma, definir o que é ter-

ritório e definir também o que é espaço. Se olharmos na área da saúde, costumam-se usar esses conceitos como sinônimos, mas, para uma parcela da geografia, não o são.

Iremos discutir um pouco, no entanto, primeiro vou fazer uma viagem, e depois tentar trazer um pouco para o dia-a-dia e em como isso pode refletir, ou não, quando se pensa, planeja e executa políticas de saúde num país como o Brasil.

Poderíamos, primeiro, pensar um pouco com que mundo estamos lidando. Que mundo é esse? Vários pesquisadores dizem mundo afora que a nossa geração presenciou uma revolução tal qual a revolução industrial, ou seja, uma grande mudança. E, se você for olhar para alguns autores, eles consideram isso como a mudança do meio geográfico. Porque a tradição dentro das ciências sociais foi de, durante muito tempo, priorizar uma abordagem histórica, do historicismo. E, recentemente – em termos históricos – nos últimos 30 anos, com Lefrève, encontra-se uma corrente de pensamento preocupada em tentar ver o quanto o espaço também é dialeticamente homologado ao tempo.

Desse modo, o tempo e o espaço é que seriam fundamentais para se pensar a sociedade e a construção humana de um ponto de vista materialista.

Vejam rapidamente como é que alguns autores vão pautar o que chamam de “meio geográfico”, para sabermos em que meio estamos vivendo hoje.

Em primeiro lugar, você vai encontrar o que eles chamam de “meio natural”, que seria aquela mais longa fase da humanidade, na qual o homem utilizou-se do que tinha para manter sua sobrevivência, não há interferência que implique em alteração da natureza. Alguns autores preferem falar em “meio pré-técnico”, porque é impossível se falar de “meio natural” quando há ação humana. Mas, tanto faz, o mais comum é usar-se o “meio natural”.

E depois há o “meio técnico”, que vai ser marcado pela revolução industrial. Depois, já na II Guerra, você vai ter nos países capitalistas centrais, e posteriormente nos periféricos, o “meio técnico-científico”. Pela primeira vez se tem uma fusão muito importante da ciência com a técnica. E, mais recentemente, teremos o que se chama de “meio técnico-científico in-

formacional”, que é um nome bonito... Más qual a grande diferença entre isso, em relação ao território e ao espaço?

Se formos pensar do meio técnico-científico para trás, o espaço e o território eram praticamente a mesma coisa. Você tinha uma sobreposição entre o espaço físico, os limites geográficos, limites administrativos como costumamos pensar, e os limites da lógica da circulação das pessoas e– da lógica dos capitais. Tudo isso tinha uma grande sobreposição.

Quando rompemos com isso... Por exemplo, Milton Santos trabalha com uma lógica de que um espaço se constrói com redes horizontais e redes verticais. E isso leva a diferenças nas lógicas dessas cidades, e, em especial, das grandes cidades. A grande questão é que na saúde, tradicionalmente, estamos há anos incorporando o conceito de território e o conceito de espaço do outro jeito: o do meio técnico-científico, em que eles são um o espelho do outro. Tanto é que, quando fazemos nossas divisões administrativas, em que pensamos? Utilizamos fronteiras administrativas, fronteiras burocráticas. Não se vê como é a lógi-

ca das pessoas, as lógicas que estão colocadas. Faz-se um mapa, que nada mais é do que uma fotografia, e o dividimos. E ali dizemos como é que as pessoas têm que se comportar, qual a lógica tem que se utilizar. E não o contrário: vamos lá ver o que está acontecendo e como pensamos as políticas de saúde.

Pensando agora no conceito de “cidade”. Que “cidade” é essa que estamos falando? Que metrópole é essa? Que lógica de cidade é essa? Essa cidade, que tradicionalmente incorpora nas grandes discussões da saúde uma lógica interessante, que é a lógica da metrópole industrial, na qual a cidade cresce cada vez mais na mesma área física. Essa lógica é inspirada pela “teoria do lugar central”, do Walter Christaller, que é super *up to date*, de 1933. Então, se observarmos esta teoria, é possível notar que todos os grandes modelos de sistema de saúde dialogam perfeitamente com ela, que são cidades em que – muito simplificadamente – as pessoas se locomovem mais ou menos de acordo com a complexidade. Então, atividades menos complexas estão nos locais mais próximos da moradia e as mais complexas tendem a ir mais para o centro. E você

faz hexágonos que se sobrepõem – os menos complexos mais perto e os mais complexos, mais abrangentes. Lendo aquilo se vê os esquemas tradicionais de referência e contra-referência perfeitamente espelhados na teoria.

Enfim, estamos dialogando com uma cidade, incorporando-a no pensar e no planejar políticas de saúde, uma cidade que, em 1933, valia para a Europa e valeu para o Brasil por um bom tempo.

Mas, e as metrópoles atuais? Essas teorias são capazes de dar conta disso? Se olharmos a situação brasileira – e eu vou falar um pouquinho de uma política para podermos dialogar em cima de uma coisa mais concreta. Vejamos, como exemplo, o Programa de Saúde da Família. Assim, se formos pensar na história da urbanização brasileira, o que houve? Ocorreu um processo brutal de concentração urbana nas últimas décadas do século XX.

Na década de 70, no censo de 70, pela primeira vez a população urbana supera a população rural em um processo bastante rápido. E hoje, no Brasil, temos cinco mil municípios, mas temos também 34 municí-

pios com mais de 500 mil habitantes, que concentram sozinhos 30% da população. E, se pegarmos as regiões metropolitanas, temos, pelo Censo de 2000, 69 a 70 milhões de habitantes.

O que é região metropolitana? É um conglomerado de municípios? Não – uma ou outra pode até ser, mas a grande maioria não é. Estas regiões apresentam dinâmicas e lógicas próprias, sendo que as fronteiras municipais não existem para uma parcela importante desta população. Isso é uma coisa para pensarmos. Então, primeiro, a escala municipal é uma escala que eu diria insuficiente – embora não vá entrar nessa discussão agora – para pensar as lógicas dessas populações.

A outra, é que esse fenômeno no Brasil acabou se constituindo, especialmente em São Paulo, que é o exemplo mais acabado de uma “metrópole global”, em uma cidade extremamente desigual. Eu uso uma figura de linguagem de que São Paulo é uma metrópole queijo suíço: não tem queijo sem buracos, os buracos fazem parte do queijo. Então, não tem a cidade sem buracos... A mesma coisa ocorre em São Paulo e em outras metrópoles brasileiras – Brasília, Rio de

Janeiro. Locais muito incluídos – e estão incluídos, ligados ao resto do mundo, no circuito mundial, facilmente acessam qualquer lugar, não só pela rede, mas pelo fluxo de informação e de decisão – e locais que são buracos, e nos quais a cidade é uma cidade local, quase rural. Só que é uma cidade sem saída, pois as pessoas, não se locomovem, sem acesso não usufruem a grande potencialidade desse mundo globalizado. Então, é aquela dualidade: uma metrópole globalizada e que aumenta a exclusão social.

Vamos discutir um pouco a política do PSF, e pensar um pouco. Qual é a lógica dessa cidade, dessas metrópoles? Só para lembrarmos, em 2004 o PSF chegava a 80% dos municípios brasileiros, ou seja, pouco mais de 80% dos municípios tinham alguma equipe de programa do “Saúde da Família”. No entanto, a cobertura total no Brasil era de 36% da população. O que se consegue ver? Que o PSF chega em vários municípios – notadamente de pequeno porte – e não consegue chegar e se expandir para os municípios maiores.

Vamos discutir um pouco quais são as dificuldades para se implantar o Programa Saúde da Família, e

como é que isso se relaciona com a questão da cidade. Primeiro vou começar com as provocações: o Programa Saúde da Família se pauta pelo quê? Por uma lógica de adscrição da clientela em base residencial. Isso funciona muito bem em uma cidade local, em que as pessoas atravessam a cidade e ficam perto dos lugares. Em São Paulo – não sei se vocês conhecem uma pesquisa, que é a pesquisa Origem-Destina, feita pelo Metrô, que avalia onde as pessoas se locomovem, de onde elas saem e o que vão fazer – por dia, na região metropolitana, dados de 1997, que foi a última pesquisa, nos mostra 32 milhões de viagens por dia, das quais 1,2 milhão são por motivos de saúde. Então, as pessoas não ficam paradas. Em alguns lugares elas têm maiores e em outros elas têm menores dificuldades para sair. De qualquer forma, é um fluxo enorme. A população não fica em seu local de origem, com raras exceções, como iremos discutir mais adiante.

Então fazemos uma proposta, que parte do pressuposto do local de moradia e que funciona no horário regulamentar, na grande maioria das vezes, das 8h às 17h. Isso passa a ser obrigatório, pois as pessoas

não têm opção: ela tem que estar sob atenção daquela equipe e ponto. Poderíamos discutir um pouco a partir do “empírico”, em São Paulo – vocês sabem que lá a política foi, até a gestão passada, de implantar, prioritariamente, as equipes de saúde da família, em regiões, em unidades nas quais a população residente fosse de até cinco salários mínimos. E poderíamos falar: para essa população de até cinco salários mínimos, esse programa deve funcionar, pois as pessoas devem sair menos, ou seja, ficam mais por perto...

Mas, o empírico não tem demonstrado isto. Fizemos uma pesquisa no Cedec na qual estamos terminando as análises dos dados, que foi realizada “ em São Paulo, São Bernardo, Diadema e Santo André. Nesse estudo, foram avaliadas 18 equipes de saúde da família, e aproveitamos para fazer um “*survey*” domiciliar, sorteávamos uma casa que compunha a população cadastrada, em princípio com menos de cinco salários mínimos, dessas regiões de São Paulo escalonadas pelo mapa de exclusão social, e batíamos à porta para fazermos as clássicas perguntas: “quem usou serviços de saúde nos últimos 15 dias?” As respostas

foram até altas – 26% usaram serviços de saúde nos últimos 15 dias. Depois, fizemos a pergunta seguinte: “quem usou o PSF?”. Dos 26% que procurou serviços de saúde, apenas um terço tinha utilizado o PSF. Os outros dois terços buscaram outros serviços de saúde, que não o PSF. Eles seguiram as lógicas de fluxo da população em busca de serviços de saúde na metrópole paulista. Não buscaram o PSF mesmo sendo cadastrados na região. Isso é uma coisa para se discutir. Como isso acontece e funciona? Como é que essa lógica de cidade, que tem seu jeito de viver, pode e precisa ser incorporado, nas construções das políticas de saúde.

Às vezes fico brincando e me perguntando se estamos fazendo políticas de saúde para uma cidade ideal de sanitaristas. Os sanitaristas têm uma cidade ideal sabiam?

Vocês lembram daquela música dos saltimbancos, da cidade ideal? A cidade ideal para o cachorro tem um poste... Então, a cidade do sanitarista é uma cidade já toda esquematizada, que as pessoas fazem o que os sanitaristas querem, uma cidade bastante localizada, tem posto de saúde, tem hospitais, as pessoas

trabalham e moram na cidade e são felizes... E organizada, segundo a teoria do lugar central, mesmo sem saber que é a teoria do lugar central. Então, isso é a cidade ideal do sanitarista. E dessa maneira fica fácil planejar política de saúde para essa cidade.

Para provocar, trago uma frase que me falaram uma vez, foi assim: “nós não temos instrumental para pensar essa outra cidade mais complicada...”. E aí? Vamos continuar pensando política de saúde para a cidade ideal dos sanitaristas, ou vamos ver o que mudou e pensar na cidade real, e a partir disso pensar políticas de saúde?

Evangelina Oliveira

De fato, a teoria de localidades centrais não ajuda muito a pensar a organização dos serviços dentro das cidades, na escala da rede urbana para a qual ela foi originalmente proposta. Por outro lado, os pressupostos nos quais ela se baseia continuam válidos, e a distância é, certamente, um fator fundamental para explicar a distribuição dos bens e serviços, na medida em que para obter aqueles de mais alto custo, e

uso mais raro, as pessoas vão mais longe, enquanto os mais corriqueiros – a exemplo da padaria, da banca de jornal – tendem a estar disponíveis mais perto de seus usuários. E, como meu estudo visava dar um quadro de referência para o Brasil, estes conceitos foram básicos para seu desenvolvimento.

A literatura que discute as questões de acesso afirma a importância do efeito da distância, do efeito da “rugosidade” do espaço. Curiosamente, a maior parte dos estudos de problemas de acesso relacionados com a distribuição e com a distância dos serviços de saúde tem como referência o sistema britânico, e o Reino Unido tem uma área territorial pouco menor que a do Piauí... No caso brasileiro, temos um problema de escala adicional, pelo próprio tamanho do nosso território. É verdade que há estudos referidos à Austrália, ao Canadá, à área rural dos Estados Unidos, países que, embora também tenham grande área, têm outras condições de renda e de organização do sistema de saúde. A Rússia atual talvez seja mais comparável à situação brasileira, mas não consegui localizar estudos sobre ela.

Exemplo marcante é um estudo norte-americano que examina o acesso ao hospital segundo faixas de distância, no qual a maior distância de casa ao hospital era de 30 minutos – e mesmo um afastamento dessa ordem tem impacto negativo no acesso. Assim, consideradas apenas as dimensões do espaço banal, a localização condiciona o acesso. Mas a questão é mais complexa e vale a pena, neste contexto, recordar a discussão de Milton Santos sobre os dois circuitos da economia, que ressalta que a mobilidade das pessoas é condicionada por seu nível de renda, de modo que aquilo que é perto para determinado indivíduo é, ao contrário, extremamente distante para um outro desprovido de recursos. Esse é um ponto essencial para pensar o SUS, que corre o risco de se tornar um sistema cada vez mais segmentado.

Portanto, a questão real refere-se ao fato de que desigualdades na acessibilidade têm efeito expressivo na utilização dos serviços, e isso tem de ser considerado na formulação das políticas, para orientar possíveis correções.

Assim, com o objetivo de construir um “quadro de referência” geral, desenvolvi estudo comparando as condições de acesso para tratamento segundo a complexidade nos municípios brasileiros. Para o nível de menor complexidade, dado que não existia registro de residência dos pacientes de atendimento ambulatorial do SUS, utilizei informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), segundo o município de residência e o de internação, para os procedimentos mais freqüentes (como por exemplo: parto, pneumonia, infecção intestinal, entre outros). Para esse segmento, o acesso é facilitado pela difusão dos serviços, e verifica-se que a maior parte dos municípios obtém internação para seus residentes, e que tais internações se dão, em geral, perto de casa. Note-se que, como falamos na escala do Brasil, a proximidade não é avaliada em minutos, mas 80% das internações ocorrem a menos de 60 quilômetros da residência do paciente. Examinando as internações das crianças com menos de cinco anos de idade, faixa para a qual os deslocamentos são mais difíceis do que para os adultos, as redes envolvem distâncias ainda menores. Para esse nível, portanto, as indicações são de que o sistema funciona bem.

Para examinar as condições de acesso aos tratamentos de alta complexidade, tomei como exemplo a cirurgia cardíaca. Durante o ano de 2000, período de referência do estudo, metade dos municípios brasileiros não teve residentes internados por esse motivo, o que poderia indicar que, neste conjunto, todos tem um coração maravilhoso! Além disso, 97% das internações aconteceram a menos de 60 quilômetros do local de residência do paciente, ou seja, uma situação de acesso privilegiado, em que todos tem atendimento do lado de casa. Mas a observação de que as cirurgias cardíacas foram realizadas em apenas 85 municípios do País, – e de que as pessoas que moram para além do raio de 60 quilômetros em torno deles correspondem a 40% da população brasileira – aponta, ao contrário, para uma situação de exclusão de parcela significativa da população, que de fato não tem acesso ao tratamento.

Em tais circunstâncias, o mote aqui colocado, de que "a cabeça pensa a partir de onde os pés pisam" adquire maior relevância. Em termos de política de saúde, é claro que, num país com as dimensões do Brasil e, além disso, caracterizado por desigual distri-

buição da população, não se pode pensar em instalar um serviço em cada esquina. Não seria eficiente em termos econômicos, e menos ainda em termos da necessidade de alcançar um volume de pacientes que garanta a qualidade dos serviços. Entretanto, o conhecimento das implicações do território faz com que, em termos de política, seja necessário pensar – e muito seriamente – em ampliar o uso das rotinas de tratamento fora do domicílio como condição para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

Um pré-requisito de tal ampliação é a questão da “porta de entrada” do sistema. Modelando o acesso, verifica-se que o nível de consultas de atenção básica *per capita* nos municípios tem efeito positivo nas probabilidades de obter tratamento para os procedimentos mais frequentes. Entretanto, a relação entre consultas clínicas e cirurgia cardíaca não apresenta tal efeito, que é substituído pela influência das consultas especializadas em cardiologia, indicando que, uma vez avaliado pelo especialista, aumentam as chances de obter a cirurgia. Existe, assim, uma quebra entre o encaminhamento da atenção básica, e a chegada na

especialização, o que corresponde a uma brutal forma do racionamento. E um dos eixos que articula esse racionamento é o território, é o local que condiciona as possibilidades dos moradores.

Esses pontos merecem discussão quando se propõe como tema “Território: bases para políticas públicas” e sobre eles queria ouvir o que vocês pensam.

3.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Acredito que vocês tentaram trazer a questão do território para a área da saúde, e em contrapartida, nós, da saúde, estamos há muito filando um pouco dos conhecimentos da geografia. A nossa grande dificuldade no Saúde da Família aqui no DF, era justamente fazer com que as equipes transcendessem o entendimento de “limite”, e para isso buscávamos trazer para a discussão o território como um espaço dinâmico, que era: como a saúde se reproduz, e suas delimitações – área, micro-área...

Nosso entendimento de território era muito mais para que pudéssemos ter mais clareza sobre o processo de saúde que acontece naquele espaço, o qual nos possibilitaria conhecer melhor aquela realidade. A exemplo disso podemos observar que ao chegarmos em uma cidade dizemos: “aqui se tem 80% de cobertura vacinal”, e essa afirmação não pode ser tomada como verdadeira, visto que, quando olhamos para a ocupação dos territórios, encontramos vários limites sociais – e com constituições e formas de se organizar extremamente diferentes. Então, você não tem 80% de cobertura vacinal. O que temos são áreas onde temos 100% de cobertura, e outras com grandes riscos de transmissão de doenças.

A outra situação é que também estamos trabalhando a questão territorial para melhorar a garantia de acesso. E acho que a Doutora Evangelina, falou um pouco dessa nossa necessidade de delimitar melhor território, para que de fato possamos garantir o acesso aos serviços.

O que gostaria de poder discutir são as políticas públicas e territórios, que, infelizmente, hoje não são

implementadas – ou melhor, temos visto muito pouco com exceção das questões de violência – que já vêm sendo muito debatidas, no entanto, não temos visto ou visto muito pouco, estruturas de políticas públicas com relação aos territórios.

Um outro conceito que estamos trabalhando na saúde é o da equidade e acredito que para trabalhar a equidade, teremos que nos apropriar das questões dos territórios, porque eles socialmente se delimitam e entendo que, ao querermos uma sociedade mais igual, teremos que investir onde está muito desigual.

Participante B

Meu questionamento é uma questão filosófica. Para mim essa questão de território e população é uma questão profunda.

Quando estamos aqui propondo políticas públicas, diante de uma situação que estamos passando – capitalismo, imperialismo reinante no mundo. O que queremos? Mudar essa realidade. E a ocupação do território – desenvolvimento da sociedade brasileira – passa pela descentralização, por uma melhor inte-

gração das pessoas. E o capitalismo, a industrialização, fizeram o quê? Trouxe as pessoas, e as concentrou. O Brasil, nessa passagem, passou de uma economia rural para industrial. A questão do tempo – as pessoas trabalham 8 horas.

Tempo e espaço – Se você mudar essa relação, vai mudar a qualidade de vida das pessoas.

Outro ponto importante é que – acesso à tecnologia, inclusão social e qualidade de vida, não está ligado às grandes cidades. Está ligado a acesso, a todos esses bens que todos os seres humanos querem ter, certo? Então, se a gente está querendo um sistema novo, e que até possa ir contra esse sistema capitalista, acho que é importante a integração em todas as políticas públicas. Não só a saúde, que está interligada com outras questões básicas que vão influenciar na qualidade de vida das pessoas. É uma divagação um pouco filosófica que estou fazendo, mas colocando a tecnologia, acesso, ocupação do território de maneira equilibrada, que fará com que as pessoas tenham mais qualidade de vida e um sistema diferente desse capitalista.

Participante C

Gostaria de comentar que complementar o que já foi falado, que um dos fatos muito importante para a construção de políticas públicas é o compromisso dos gestores, bem como a implementação de fato de uma gestão descentralizada.

Resumidamente, poderíamos dizer que, o compromisso e a ética são o maior tropeço, acredito, em toda essa situação de território. Obrigado.

Participante D

A Ayrene Bousquat trouxe para debate a questão das cidades grandes, acredito que existam outras questões da intersetorialidade. Quando pensamos em território, estamos pensando, obviamente, no conjunto das políticas públicas, e em toda dimensão do território, o que nos leva a intersetorialidade.

Quero comentar o que se passou em São Paulo, aonde vínhamos, nos últimos anos, construindo a inserção da saúde na subprefeitura, na perspectiva da descentralização. O que, apesar da complexidade do tema e das dificuldades que a gestão enfrentou, acre-

ditamos que tenha sido uma política importante para a questão da integração das diversas áreas na Cidade de São Paulo.

Estávamos construindo a saúde dentro das 31 subprefeituras, que foram estruturadas na gestão passada. É lamentável que, na atual gestão, muito rapidamente, todo nosso trabalho de construção da intersetorialidade tenha sido desmontado de forma rápida e sem diálogo. Fato que é muito preocupante, visto que para as cidades grandes temos o desafio muito mais complexo, e perdendo esse espaço de integração, o que aconteceu em São Paulo, é um retrocesso.

Para concluir, gostaria de registrar que é muito importante para quem pensa a saúde de uma forma mais ampla, a questão dos processos sociais no território. Dessa maneira poderemos enxergar no território, a perspectiva de planejar o futuro, e conseqüentemente, olhar para o futuro e mirar uma cidade mais saudável.

Participante E

Eu estava escutando as falas das duas convidadas, e tentando me aproximar um pouco dessa questão do

real que vocês colocam. A única forma que tenho de fazer isso é me lembrar um pouco das experiências que tive quando fui gestor municipal e também quando tive oportunidade de participar de uma gestão estadual. Nessas experiências, e agora na esfera federal, pude perceber o quanto a nossa visão toma dimensões diferentes a partir do espaço onde estamos.

É importante notar que a partir das instâncias que estamos a nossa visão do território toma também dimensões diferentes, e a partir daí o nosso desafio é como tratar a política de uma maneira que a gente consiga fazer com que o cidadão brasileiro, onde quer que ele esteja, tenha acesso a tudo que dizemos que é direito dele.

Eu tive uma experiência quando fiz um trabalho num município da Paraíba. Queríamos discutir a espacialização da cidade, e para isso buscamos informações dos mapas dos setores censitários que o IBGE trabalhava. Quando pegávamos os setores censitários do IBGE e fazíamos uma relação com o desenho que tínhamos da organização espacial da saúde, observamos que as informações não casavam, isto porque,

nossos desenhos de distritos e das áreas eram diferentes. Observamos que ficava um pedaço do distrito de um lado, e o setor descentralizado de outro. E, quando a gente ia conversar com a população, o bairro que a gente achava que existia no nome, não era conhecido pela pessoa.

Eu me lembro muito bem de um caso, que era de uma área chamada Monsenhor Magno, que ninguém conhecia, porque era conhecido como “Muçumago”. Não tem nada a ver. Então, ninguém conseguia colocar essa coisa dentro do mapa, porque as pessoas não conheciam. E elas tinham uma visão de território que extrapolava aquilo que a gente queria compor como política. E a gente nunca conseguia juntar os pedaços desse mapa.

Depois, tive uma experiência em outro município, mas, não mais como técnico. O que observamos é a grande diferença de quando temos uma função técnica, de fazer o desenho da política, relacionando com instituições; e a outra é quando temos uma função de gestão, definindo a política. Nesse espaço temos dificuldades ainda maiores. E, quando estamos num mu-

nicípio, que é referência para 80% da população de um estado, onde todo mundo acha que ter direito a acesso é fazer parte daquele território, que é de todos, e onde todos vão buscar aquilo que acham que você tem que fazer para as pessoas, isso em todas as áreas da política.

Dessa maneira fica claro perceber que a visão do território além de ter de maneira muito forte o componente da gestão, tem os vieses que compõem a visão de quem toma as decisões.

Com relação ao “Saúde da Família”, não sei se o problema é na forma ou na medida em que se espelham seus princípios. Não sei se é isso, e não sei se foi isso que foi colocado. Agora, com certeza, a maneira de tratar o “Saúde da Família”, em áreas metropolitanas, tem que ser pensada de forma diferente do trato do pequeno município.

Não sei se estamos aqui buscando uma resposta – se sim, ou se não – mas, para quem trabalha com a dimensão saúde, o território é fundamental para que possamos identificar as necessidades que temos, e, de uma forma adequada, conseguirmos garantir os di-

reitos que são constitucionais. Mas, para que isso seja feito de maneira que o indivíduo compreenda que, estando ele no seu local original – aquele que ele identifica como seu território – ou em qualquer outro lugar, ele estará sendo contemplado dentro das políticas, no âmbito de um território, que pode ser município, Estado ou País, e que ele tem direito, como cidadão.

Acredito que essas coisas são dimensões importantes, e às vezes, muitos de nós, gestores ou não gestores, não conseguimos dimensionar ou colocar em alguns discursos. É por isso que a gente tenta colocar as pessoas dentro de amarras de definição territorial, que geram normas que, às vezes, não têm aplicabilidade. E elas são desmontadas pela própria realidade local, como alguns exemplos que a Noas propõe, e que os Estados e municípios, às vezes, pensam que uma norma significa uma lei maior, que, ou você faz, ou você está fora. Então, essa dimensão que hoje a gente busca na discussão do pacto de gestão, que o Ministério está trazendo como uma proposta importante, é de trabalhar a dimensão da regionalização, mas com aquilo que estamos chamando de “territórios vivos”, que, na

verdade, é aquilo que a gente quer traduzir de uma maneira diferente.

Participante F

Quando a professora Evangelina e a Sra. Ayrene começaram a falar e citaram textos da Rússia e da Austrália eu, como paraense, pensei: “opa, alguém que mora num território enorme, deve ter uma grande contribuição para nós”. Porque, quando vocês falam aqui em 60 quilômetros, para nós soa diferente – isso equivale a dois ou três dias de barco, o que normalmente pode ser feito em uma hora e meia de avião. Poderíamos dizer que as dimensões são completamente diferentes. E aí, a busca da territorialidade para nós é fundamental, porque temos visto que é difícil distribuir os serviços de saúde na Amazônia.

Precisamos de políticas que possam contemplar as nossas necessidades e fugir das amarras dos gestores. Digo isso porque tenho 20 anos de serviço público e, há 20 anos não nos satisfazia o modelo verticalizado de cima para baixo. Mas, de uma forma geral, ele chegava em algum lugar.

No entanto, observamos que o modelo não dava certo justamente porque era verticalizado, no momento nós dizíamos: “queremos falar e não temos como falar”, pois quem falava era demitido ou surrado de maneira truculenta. Chegamos até a pensar que a municipalização mudaria isso, no entanto percebemos que muita coisa está da mesma forma, porque, cada um está no centro de sua aldeia.

Vejo muita dificuldade em se criar uma política nacional para um país que tem inúmeras realidades e estas completamente diferentes. No entanto temos a clareza de que estas políticas têm que ser criadas, e para isso acredito que precisamos pensar as diferentes políticas para as diferentes realidades do País.

Participante G

Para nós, que trabalhamos na área de Vigilância Sanitária – e aproveito para incluir as questões da vigilância da saúde do trabalhador, da epidemiológica e da ambiental – o conceito de território e a incorporação da territorialidade, tem uma importância um pouco diferente.

Nossos processos de trabalho estão baseados na avaliação de riscos sanitários e na avaliação de gerenciamento de riscos. Desta maneira, esses conceitos para nós são de extrema importância, principalmente quando temos em vista a globalização cada vez maior, o deslocamento de pessoas, produtos e serviços.

Tudo isso para nós está atrelado a uma questão crucial, que é o financiamento, para as ações de vigilância. Para a assistência o repasse é *per capita*, o que no meu entender é um erro, que precisa ser superado.

Participante H

O tema trazido para o debate vem acompanhado de uma interrogação, o que é muito interessante, pois, nos permite partir das avaliações e visões que foram colocadas aqui, além de muitas outras.

A partir do local que estamos, como formuladores de um conjunto de políticas que vai atingir as várias realidades do Brasil, teremos que avaliar o impacto dessas políticas numa base populacional, que poderíamos, ou não, definir por território. É óbvio que, ao analisar isso, teremos que observar a densidade de-

mográfica, ou a dispersão dessa população que vai, e deve, definir estratégias que irão modificar ou reorientar os planos para dar conta de atingir esse conjunto de necessidades.

Participante I

Minha colocação em parte já foi contemplada quando foi colocada a questão do “território vivo”, a questão do risco, no entanto, quero acrescentar a questão da exposição ao risco, aos vários tipos de riscos. Então, dentro desse território vivo, a exposição ao risco é um fato muito importante e, para lidar com esse problema, é preciso que as políticas possam realmente alcançar seus objetivos.

3.3 Considerações Finais das Facilitadoras

Aylene Bousquat

Antes de concluir quero registrar que o estudo que falei a vocês é do ano 2000. E que gostaria de repeti-lo dentro de mais uns dois anos, após a implantação da Noas (Norma Operacional da Assistência à Saúde).

Quando falamos “território”, uma das primeiras coisas fundamentais é olhar o que acontece no mundo real. No mundo real, há uma grande diferença entre os municípios, assim como diferentes lógicas de organização das pessoas, e isso não é só para a saúde, essa lógica está para todas as áreas, e o interessante é que a população não percebe nem compreende essa lógica.

Falo isso porque tive a oportunidade de observar quando coordenei uma pesquisa – O Mapa da Juventude São Paulo. Foi uma grande pesquisa com juventude, realizamos inquérito domiciliar, mapeamos grupos de jovens, como os jovens se organizam e se reúnem... E conseguimos ver que, os próprios jovens, dependendo do tipo de preocupação, estabelecem dinâmicas diferentes. Por exemplo: os jovens que estão preocupados com a questão religiosa, o local deles é o bairro; os jovens portadores de necessidades especiais que se vinculam com essa causa, com ecologia, ou do movimento dos homossexuais, circulam pela cidade como um todo, circulam pela metrópole.

Então, o local que as pessoas se referenciam também é diferente. Pessoas se referenciam no bairro – e

quero dizer que isso é uma referência que não é total da população. A exemplo, para quantos de nós o bairro é uma referência real? O que me articula com as outras pessoas, que me fazem construir meu território, meu espaço, não é necessariamente, aquela área medida em quilômetros ou em metros quadrados. Isso pode ser visto quando observamos o Conselho Nacional de Saúde... Não há os portadores de deficiência? Os de doenças crônicas? A base para eles não é territorial, e isso pode ser visto se repetindo em um monte de lugares.

Temos que perceber é que pelo menos 70 milhões de habitantes do Brasil, que é uma parcela ponderável, não têm lógica organizativa, eles não estabelecem lógicas de proximidades de suas casas. Outra coisa é que precisamos parar de pensar que a proximidade é necessariamente boa. Só para exemplificar, há um estudo que sempre cito nas minhas conversas sobre território, porque é um estudo belíssimo.

Um estudo realizado no Nepal sobre hanseníase, identificou que o fator que mais ajudava as mulheres a terminar o tratamento era o fato do posto de saúde,

onde elas recebiam medicação e se tratavam, ser longe de casa. Isso, por conta do estigma, elas não queriam ser atendidas perto de casa porque não queriam ser entendidas pelos outros como hansenianas. Então, naqueles casos de hanseníase – que é um problema comum da saúde pública, melhor. Efetivamente, não estou usando uma valoração – se é bom ou ruim – poderia se dizer que o certo é que elas se organizassem e combatessem o estigma... Mas, não estou discutindo isso. Estou falando que, no mundo real, para elas, era melhor estar longe de seus locais de origem. Elas se sentiam mais confortáveis em estar longe, naquele caso específico. Então podemos pensar em quantas outras situações parecidas com essa existem.

Agora temos mais um grande problema para discutir território, poder e políticas intersetoriais brasileira. No Brasil, por exemplo, houve o aumento do número de municípios – atualmente são 5560 municípios – e grande parte deles não tem sequer condição de ser município, foram transformados em municípios por questões políticas, isso, sem história e tradição de município.

A outra grande questão é a relação de poder. Observamos algumas regiões metropolitanas, e verificamos que muitos municípios não querem ceder as discussões para os outros. Em uma pesquisa que realizamos em São Paulo (1997) 80% da população no distrito de São Mateus, que é um distrito de São Paulo, ia para Santo André buscar serviços de saúde. Por que isso acontecia? Porque a população trabalhava em Santo André, e a lógica dessa parcela estava em Santo André, isso está na divisa territorial, você tem um “borramento” de divisa territorial (conurbação) e ninguém quer discutir isso, porque assim alguém terá que abrir mão do poder, para pensar em uma referência metropolitana. O que temos é que os prefeitos não querem abrir mão do poder. Mas se pensarmos, qual seria a lógica? Seria de um município-sede, e isso não seria à toa. Mas os prefeitos dos outros municípios da região não querem, por questões políticas, disputa de poder ou auto-afirmação, e com isso é a população quem sofre.

É importante pensarmos em tudo isso que acontece no mundo real. Esse mundo real tem várias di-

mensões e uma delas é como é que se executa políticas que incorporem essas várias questões trazidas para o debate.

Aproveito para colocar a minha impressão do quanto esse debate é rico na história, pois vocês de vários caminhos e lugares, estão deixando à amostra o quanto o espaço é um caleidoscópio, e o quanto o território é também o que é vivido por cada um.

Antes de terminar a minha contribuição, quero falar um pouco sobre aquela coisa da proximidade, que foi falado, que a gente vê isso no dia-a-dia e que eu só encontrei num estudo do Nepal... E, pior do que isso: se eu fizer um projeto para o CNPq ou para a Fapesp, dizendo que quero estudar isso, por que as pessoas não querem ser atendidas num lugar perto de casa, provavelmente vou receber crítica. Isso porque estou indo contra um dos paradigmas de que a proximidade é boa. Então, vou ter que estar muito instrumentalizada, o que infelizmente não encontramos na literatura. Para encontrar esse estudo do Nepal, precisei fazer uma grande revisão de literatura. São pouquíssimos os estudos que trabalham nessa outra lógica da proximi-

dade. O que temos visto é que sempre se trabalha com a lógica positiva da proximidade.

O outro ponto é a vigilância sanitária e a vigilância em saúde. Eu acredito que com a vigilância sanitária era mais fácil do que agora com a vigilância em saúde, digo isso, porque quando a gente não tinha colocado ainda o termo da vigilância em saúde era mais tranquilo, dividia tudo em pedacinhos e cada um cuidava do pedacinho de seu território, do pedacinho do bairro, ou só das fábricas, ou só disso, ou só daquilo.

Hoje, a vigilância em saúde é muito mais complexa, porque você tem que incorporar a difícil questão do fluxo das pessoas e produtos. Podemos usar como exemplo, a questão da gripe asiática, quanto tempo leva hoje para uma pandemia se desenvolver no mundo? O que levava anos e anos, hoje pode ser muito rápido. Então, conhecer o fluxo, e compreender a lógica da dinâmica das pessoas é fundamental.

Realmente, tem-se que trabalhar com outras lógicas. E, para responder à questão do território-base para políticas públicas, quero deixar claro aqui que, na verdade, toda a minha linha de investigação de pes-

quisa, partiu da premissa que o espaço é uma categoria central de análise para as políticas, e, em especial, as políticas de saúde. Incorporar o espaço por categoria analítica é fundamental. Isso é o que eu tenho trabalhado pelo menos nos últimos 15 anos.

Foi falado em território vivo, e mais um monte de adjetivos. Eu prefiro “espaço”, pois espaço, para mim, incorpora tudo isso. E por que eu uso “espaço”? Alguns autores, por exemplo, ao invés de “espaço”, preferem citar “espacialidade”, porque o espaço sempre pede um adjetivo: espaço social, espaço humano etc. Eu uso espaço, porque há uma corrente importante no Brasil, e que é mundial, da geografia crítica, que retomou “espaço”. E esse espaço inclui o território.

E, do jeito que foi falado, é exatamente esse espaço, o que inclui vínculo, que inclui o Pará, que inclui São Paulo, inclui os pequenos municípios – que não têm nem estrutura para ser município – inclui pessoas que querem ser atendidas perto de casa e outras não, inclui lógicas necessariamente diferentes das distintas instituições da saúde, e da educação – porque era assim.

A lógica do olhar sobre a cidade era segundo sua lógica. Assim é que foi feito. Então, não é simplesmente dizer “vamos começar a intersectorialidade”. É difícil mesmo. Isso parte primeiro de olhar o que está acontecendo. E a gente olhando, pode começar a dialogar e pensar um pouco mais, e tentar abarcar essa extrema complexidade, que é o espaço no Brasil.

Então, um território, entendido como espaço de uma nação, é extremamente complexo, e está longe de ser homogêneo. Temos que enfrentar os desafios de pensar políticas diferenciadas para esta população. Senão, vamos ficar apenas no discurso, falando que somos equânimes, que queremos isso e aquilo, e não vamos chegar a um lugar muito diferente do que chegávamos antes. É isso.

Evangelina Oliveira

A primeira observação que quero fazer é que o meu estudo tem como data de referência o ano 2000, sendo um retrato da situação imediatamente antes da Noas, de modo que pretendo repeti-lo daqui a uns dois anos, para ver como evoluiu a questão da hierar-

quização e da regionalização dos serviços. Mas é importante frisar que se trata de um quadro “pré-Noas”.

Quanto à discussão dos riscos de focar a política no território, quero lembrar a vocês que, na verdade, o território é uma das formas de focar a política. Se considerarmos o PSF, um programa organizado nos locais, atendendo uma população residente, ocorre que esse programa vai atender idosos, crianças, e algumas mães, as que não trabalham fora, ou seja, a população que está presente naquele território nos horários do programa. E nesse momento não é preciso explicitar um foco, porque ao fazer essa delimitação, focou-se o programa pelo território. Então, é preciso lembrar que essa discussão tem sempre duas mãos: o quanto a política interfere no território, mas também o quanto o território interfere – às vezes veladamente – na política.

O que acho muito rico nesta discussão é o fato de que vocês, com vários exemplos e por vários caminhos, estão demonstrando o quando o espaço é um caleidoscópio e o quanto está condicionado pela vivência e pela visão de cada um.

E esse fato nos leva à discussão das unidades de análise. Na verdade, esse era um objetivo inicial do meu estudo sobre os deslocamentos dos pacientes – delimitar áreas de destino dos fluxos, regiões de influência de centros, enfim, unidades com alguma coerência interna, para as quais haja sentido em calcular taxas de uso de serviços, de dotação de equipamentos, em vez de usar unidades arbitrárias, delimitadas segundo critérios sem qualquer relação com nosso objeto de estudo. Tomemos por exemplo – como foi mencionado aqui – o caso dos setores censitários. O que é um setor censitário? É pura e simplesmente a área que um recenseador pode cobrir em determinado período, é uma unidade operacional do censo, só isto. A rigor, ele não é adequado a qualquer outro uso e, para análise, deverá ser necessariamente agregado em áreas que faça sentido.

Em si, não tem utilidade para análise, porque ele não é uma unidade. Falou-se aqui da identidade e de seus símbolos – nesses termos, um município é uma unidade, porque tem bandeira, mas o setor não tem bandeira...

Na mesma linha de adequar as unidades à análise, temos a contribuição da Úrsula, da Vigilância Sanitária, que fala da necessidade de um outro enfoque para o território. Dada a distribuição dos recursos *per capita*, quais as unidades com denominadores apropriados para o cálculo? Trata-se de uma outra forma de regionalizar, baseada em relações entre unidades, em fluxos, que investiga as articulações dos vários elementos. Pode-se fazer uma analogia com os conceitos de horizontalidade e verticalidade, propostos por Milton Santos e já mencionados aqui. Extensões contínuas são horizontalidades, pontos descontínuos, articulados por ligações de fluxos, são verticalidades, e os dois recortes são inseparáveis.

Pelo que tenho observado, existe uma maior familiaridade com os recortes das microrregiões do país, sendo menos conhecido o trabalho do IBGE que define os níveis da hierarquia urbana e estabelece a delimitação das regiões de influência das cidades brasileiras, com base em conceitos da teoria de localidades centrais. A partir dos centros de primeiro nível – as grandes metrópoles que dispõem de todos os tipos de

serviços – vai-se identificando os níveis de subordinação das demais cidades, hierarquizando e investigando as ligações, estabelecendo quais são os grandes eixos que conectam os pontos deste país. Como a última versão das "Regiões de Influência das Cidades" utiliza dados de 1993, o IBGE, através de sua Coordenação de Geografia, está procedendo à sua atualização.

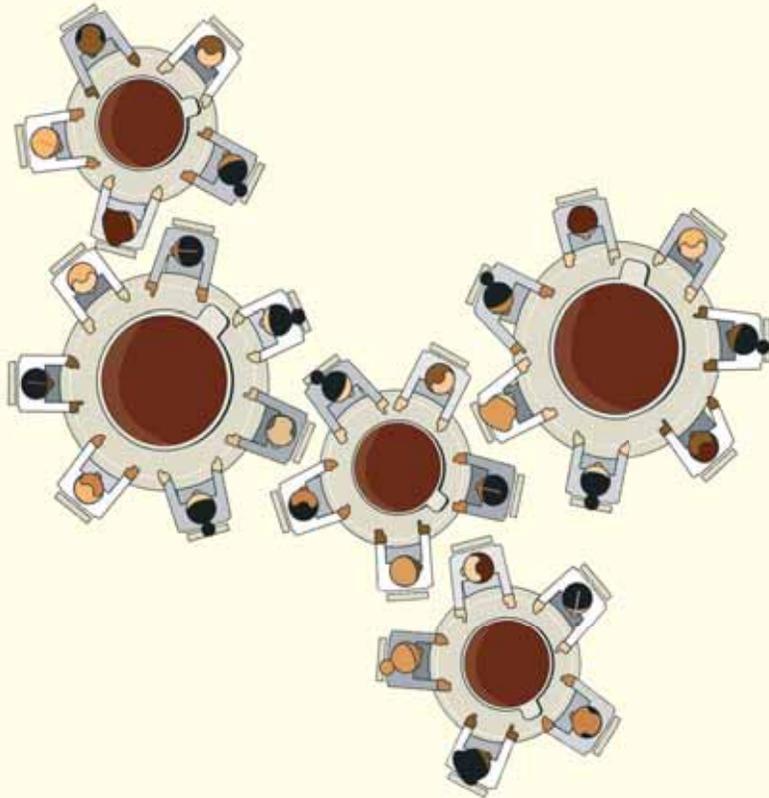
E, na verdade, foi ao levantar as informações disponíveis para esta atualização que descobri a existência de um dado riquíssimo: de origem e destino de pacientes, que está na AIH, no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). E essa informação me permitiu identificar regiões com base nas quais é possível avaliar o atendimento, porque são delimitadas em função da população que faz uso dos serviços de um determinado tipo. A fim de delimitar regiões pequenas, para as quais quero avaliar a disponibilidade de recursos – equipamentos e serviços de saúde – utilizo o deslocamento das crianças. Assim, ainda que não exista uma adscrição formal da clientela, é possível descrever a situação com base em unidades do interior nas quais as pessoas procuram, predominantemente, os mesmos serviços.

Para dar conta dos grandes eixos de deslocamento no país, para embasar a avaliação e gerenciamento de riscos sanitários, é preciso um estudo mais amplo, que me parece estaria ligado ao próprio "Regiões de Influência das Cidades", por ser um estudo mais geral, e não voltado apenas para as conexões determinadas pelos serviços de saúde. E a questão então é a mesma de sempre: quais as informações adequadas para este estudo? E não menos importante: quais as informações disponíveis? Pois, nem sempre, a informação que seria necessária existe. Esta é uma das grandes vantagens da informação de hospitalizações. Ainda que tenha problemas na qualidade do registro do local de residência, ela está disponível, e isso possibilita o estudo de questões ligadas ao consumo de serviços de saúde.

Concluindo, o que me parece que seria interessante deixar claro nesta discussão são duas questões associadas à idéia de tratar o "território vivo" aqui mencionado. De um lado, a necessidade de utilizar unidades, de análise ou de planejamento, adequadas, em vez de unidades operacionais como o setor censitário. De outro, o fato de que as divisões territoriais

genéricas, "de largo espectro", como as microrregiões e as regiões de influência das cidades, não são as únicas, e às vezes nem mesmo a melhor opção. Para cada objetivo, cada escala de análise, pode-se construir, ou adaptar uma divisão que vai se tornar mais apropriada para políticas públicas específicas.

FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS



Bruno Câmara Pinto

Rogério Carvalho

4 FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS

CAFÉ COM IDÉIAS – JUNHO DE 2005

Bruno Câmara Pinto

Assessor Jurídico da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania do Ministério do Desenvolvimento Social, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental

Rogério Carvalho

Secretário Municipal de Saúde da Cidade de Aracaju

4.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

Bruno Câmara Pinto

Quero registrar que uma das coisas que me chamou a atenção e me motivou em contribuir com o debate do Café com Idéias foi justamente o fato de o SUS – Sistema Único de Saúde, ser uma política essencialmente federativa. Os assuntos como o federalismo e pacto federativo sempre me atraem, e na oportunidade de debater essas questões de forma muito prática não exitei.

Eu começaria dizendo que tinha muito receio antes de vir para cá porque, como o trabalho de vocês tem uma vertente, tem um aspecto federativo muito forte, me preocupei em cair nas obviedades: falar de coisas que para vocês fossem muito presentes no dia-a-dia, mas que vocês talvez não percebessem a carga, o “teor de federalismo” nesse trabalho. Então, eu entendi que a minha contribuição para o debate teria o objetivo de evidenciar esses vínculos, essas ligações, entre o que vocês fazem e o caráter federativo dessa política de Estado, que é o SUS.

Primeiro, quero colocar que é fundamental superarmos essa idéia de que pacto federativo é apenas a questão da repartição das receitas tributárias. Isso tem sido uma verdadeira luta, quando os governadores falam a esse respeito, observamos que eles estão falando “eu quero o meu também, quero um espaço maior dentro da repartição desse bolo”. Entidades municipalistas muitas vezes também se comportam desse jeito.

Conceitualmente e em nossas práticas, temos uma concepção muito mais ampla dessa questão de repartição de receitas. Isso tem a ver, também, como são repartidas as competências. A Constituição, quando trata desse tema, aborda-o de duas maneiras: das competências comuns e das competências concorrentes, o que não está de forma alguma esclarecido. Então, o que observamos é que existe esta simplificação, redução, no pacto federativo, da questão das receitas tributárias.

Isso é o que eu quero colocar inicialmente, para levantar o debate, e espero que em outras questões que serão levantadas possa aprofundar a minha fala.

Rogério Carvalho

Acredito que nesses últimos anos, há um conceito sobre a federação no Brasil e a compreensão que temos dos três entes federados, é que um não está subordinado ao outro enquanto “ente”, e que existe uma regra geral para todo o território. Na verdade existem regras gerais para a União, para o território do Estado e regras específicas para os municípios, e isso é importante porque não coloca a relação entre os entes como uma relação de subordinação.

Então, esta compreensão do que está na Constituição Brasileira, de qual é a estrutura federativa do Brasil, trazida para a área da saúde, nos permitiu formular e discutir de uma outra forma nos espaços de pactuação, com mais maturidade, com mais acerto do que vínhamos discutindo. Ou seja, de repente passamos a ter mais clareza, do que são os “entes” município, Estado e União, o que melhorou e qualificou a relação entre eles.

Essa clareza tem produzido para nós o entendimento de que não é necessário criar uma outra instância no âmbito regional. Caso isso ocorra, estaremos

tornando ainda mais confusa a nossa relação, pois criaremos uma figura que é um arremedo de ente federado, sem nenhum amparo constitucional, e sem nenhum amparo legal para que isso venha a acontecer.

Em algumas regiões do país, foram criados consórcios que quase substituíram a figura do município ou do Estado. O que quero dizer é que em algumas situações, os consórcios ocupavam esse vácuo de baixa compreensão do que é a Federação Brasileira.

Acredito que a partir da compreensão do conceito de federalismo, temos espaços de gestão regional, em que todos os municípios participam em conjunto com o Estado, na definição de como serão gastos os recursos que são destinados à sua população, bem como, o poder de delegar a um outro ente que execute com clareza, uma determinada política.

O fato de compreendermos melhor o que é a República Federativa do Brasil já começa a trazer alguns frutos. No entanto, ainda percebemos uma questão muito marcante na tradição brasileira, que é o centralismo, fruto de nossa história da ditadura militar, de um império centralizador, repúblicas que nunca

construíram ou consolidaram o seu desenvolvimento. Em 1988, com a consolidação da nossa estrutura federativa, veio a autonomia para os municípios, trazendo consigo, as dificuldades de como estes iriam se relacionar entre si e com o Estado para a formulação, coordenação, indução e execução de políticas públicas.

Na área da saúde temos uma vantagem. As leis orgânicas estabelecem e dividem as responsabilidades pela execução dos serviços, quando colocam que os municípios são os executores da política pública e define o papel dos Estados e da União. Nesse sentido, o Ministério da Saúde como representante da União, vem consolidando o seu papel federativo na medida que assume o papel de agenciador, formulador e coordenador de política pública.

Acredito que demos um passo importante quando foram criadas as NOB's – Norma Operacional Básica e o PAB – Piso de Atenção Básica. Com a NOB/96 quando definimos o tipo de gestão, a que vai além do tipo de sistema, se é plena ou semi-plena, num primeiro momento, se incipiente, depois plena da aten-

ção básica ou plena de sistema. Acredito que evoluímos quando tudo isso foi estabelecido. Outra grande evolução foi quando definimos as formas de financiamento, que atualmente são praticados basicamente pelo Ministério da Saúde.

O município é um sistema de abrangência regional que se constitui historicamente. Não criamos um sistema de abrangência regional que receba população referenciada de outros municípios, e até de outros Estados por decreto.

O que quero dizer com isso? É que, a União, para cumprir seu papel como gestor do Sistema Nacional de Saúde, começa a definir o seu papel, que não é mais de executor de política, se desobrigando da execução. Desta maneira a União pactua no espaço tripartite quais são as políticas prioritárias e, através do financiamento, repassa quase 90% dos recursos da União destinados à saúde. E pelo que percebemos, é uma postura que consolida o papel da União como um ente que formula, agencia, e coordena determinadas políticas públicas.

Não percebemos o mesmo com os Estados. Eu diria que os mesmos não conseguem resolver seus dilemas, não sabem se são produtores de serviços ou se são, também, agenciadores de políticas com outro foco que seria, a meu ver, um papel muito semelhante ao papel da União mas com outra finalidade.

Acredito que os estados têm o papel de promover a equidade, garantir acesso, e diminuir as diferenças regionais e, para isso, deveriam ter as suas políticas pactuadas nas instâncias bipartite – Comissão Intergestora Bipartite – e fazer também, através do financiamento *per capita*, do financiamento dirigido e do financiamento por tipo de município, a sua contribuição fundo a fundo, e desta maneira consolidar seu papel. Seriam instâncias que se comportariam como camadas: a União coloca sua camada, os Estados colocam as suas e os municípios, como grandes executores sob controle social, realizam a aplicação desses recursos e a consubstancialização dessas políticas de forma prática e objetiva.

Acho que temos um problema, que é o de não assumir a diversidade dos municípios brasileiros e a cla-

reza como a União e o Estado, e os vários tipos de municípios conformam-se em unidades sistêmicas que precisam ser compreendidas como tal. O Estado não é o somatório de municípios, e sim um ente federado de unidade sistêmica com papel próprio, e acredito ser o agenciador de política pública, a partir de uma lógica de financiamento pactuado no espaço bipartite, bem como a União no espaço tripartite – os municípios, os grandes executores dessa política pública.

Só que há uma confusão muito grande quando se chega aos municípios e lá misturam-se um monte de conceitos, porque não tipificamos e não assumimos quem são esses municípios. Acredito que seria necessário discutir as pactuações por tipo de município. Trabalharíamos com a idéia de que todo município e todo ente federado são gestores de sistema. Isso é um grande avanço, assim como o Estado é gestor de sistema, cada município também o é. Ninguém pode excluir um ente federado de uma responsabilidade que é legal e constitucional.

Portanto, o município é responsável para além da atenção básica. Ele é responsável pela assistência à saú-

de, pela atenção à saúde da sua população, ainda que ele não consiga prestar esta atenção na totalidade, ou seja, que não consiga garantir a atenção integral ao seu cidadão, ele é responsável por ela.

Como deve ser o financiamento do município? Acredito que, primeiro pela população que possui; segundo, pelo tipo de sistema que tem. Como sistema tem responsabilidades, os municípios assumem o que dão conta e delegam, através de uma pactuação, o que não têm condições de fazer.

Então, definimos os financiamentos por população, por tipo de financiamentos dirigidos, que é para induzir a conformação de política. E dessa forma os municípios ocuparão o papel desejado, tanto na perspectiva da esfera estadual, quanto da União.

Acredito que estamos próximos de chegar a um patamar que teremos um arcabouço jurídico para a definição dos papéis dos entes federados, no qual cada um cumprirá a sua missão sistêmica. A União e os Estados teriam papel mais de agenciadores, formuladores e coordenadores de políticas nos seus territórios e os estados como entes executores.

Mas, a mesma lógica que serve para o SUS, serve para a assistência social e previdência, com uma diferença entre assistência à saúde e assistência social. Na assistência à saúde, todo cidadão tem o direito à saúde, porque é direito universal, assim como a assistência social também é universal. Mas quando falamos de assistência social para todos temos o seguinte contexto: aquele que não tem previdência, aquele que está dentro de uma determinada condição que não é compatível com o “ser cidadão” que vive num determinado País – todos aqueles que estão nessa condição delimitada, têm direito à assistência social, como política universal.

E então nós consolidamos o que chamamos de seguridade social. A conquista a ser marcada é que a assistência social tem que ser considerada como um direito do cidadão, daquele cidadão que precisa da assistência social e que precisa ser definido. Este governo tem, aos poucos, tentado consolidar o acesso universal, como, por exemplo, o Bolsa Família e o Fome Zero. Acho que caminhamos nessa direção.

Bruno Câmara Pinto

Acho que temos um diálogo. Das coisas que eu pensei em falar, o Rogério estabeleceu uma ponte com as questões práticas. Vou me sentir satisfeito se conseguir deixar dois recados a respeito dessa questão de federalismo e políticas públicas.

O primeiro é de que espaço federativo é heterogêneo, principalmente quando falamos em repartição de competências e distribuição de custos. Do ponto de vista institucional, os municípios já têm suas atribuições definidas – todas as atividades, as políticas de interesse local, aquelas que não são cobertas pela União.

Em relação aos Estados, estes acabaram ficando com o que não é feito nem pela União, nem pelos municípios. Há um espaço que chamamos de “residual” e que, na verdade, colocou os Estados em uma situação muito complicada. Na medida em que é entregue ao município um conjunto de competências, e se ele sabe bem o que fazer, isso facilita muito, ajuda a definir o que os prefeitos vêm aqui para lutar em termos de obtenção de recursos; ajuda na discussão, por exemplo, de Comissão Intergestora Tripartite.

Assim, em relação aos Estados, é uma situação um pouco mais complicada, porque nesse espaço residual, os governadores – suas estruturas – ficaram com a indefinição do que fazer... Essa questão da saúde, da política pública de saúde, ajuda muito porque as funções estão bem definidas, mas mesmo nesse espaço, os Estados não sabem ainda qual é sua praia. Imaginem como isso funciona em relação às outras políticas, por exemplo, de assistência social. Ainda está sendo construído um *modus operandi*, uma estrutura, uma definição política a respeito de onde ou em que espaços os municípios e Estados têm que atuar.

Então, meu primeiro recado é esse: existe um complicador inicial muito grande, porque os Estados têm uma situação institucional e os municípios têm outra. Isso, sem contar com a situação prática de cada uma dessas instâncias. O Rogério deu uma referência ótima sobre a situação de heterogeneidade entre os municípios. Não temos um município. Temos situações tão diferentes como o município de São Paulo, que tem mais de 10 milhões de habitantes, e do município de Borá, que também fica no Estado de São Paulo, e tem 800 habitantes.

Como é que se trata de um ente público de uma maneira genérica, mas que na verdade suas situações e suas realidades são tão diferentes? E o interessante é que a Constituição definiu que existe uma organização padrão para os municípios, como existe uma organização padrão para os Estados: tem que haver lá um prefeito, sua Câmara de Vereadores, um número “x” de vereadores dependendo do número de eleitores.

Então, isso coloca inicialmente um desafio muito grande, não só para a saúde, mas também para todos os espaços de políticas públicas. E aí nós vemos que a autonomia, prevista na Constituição, é uma autonomia relativa. Existe autonomia em relação à forma de como o município vai se organizar – ele pode ter um ou 35 secretários – existe autonomia em relação às questões tributárias – o município pode ou não instituir os tributos que estão colocados pela Constituição à sua disposição – e existe uma autonomia política, ou seja, existe espaço para criação de um direito novo – edição de leis. Mas, na medida em que há uma padronização, é de se desconfiar dessa autonomia.

São questões que temos que lidar principalmente quando o assunto é a questão das políticas públicas. E nós, do nível central em Brasília – e aí posso falar de nossa experiência, e digo isso muito abertamente, porque Brasília tem mesmo esse condão de nos isolar - e não somos nós correndo atrás de saber o que acontece no município, de quais são os problemas nessa relação de coordenação de políticas públicas, acabamos ficando isolados. Enfim, temos mesmo uma tendência de agir de maneira centralizadora.

Aqui mesmo no Ministério da Saúde, uma das coisas que eu criticava muito é que se estabeleciam relações de obrigação com o município, de cima para baixo e por meio de portaria. Isso se reproduz pela esplanada afora. Nesse momento, estou trabalhando no Ministério do Desenvolvimento Social no Programa Bolsa Família, e temos justamente essa dificuldade. A estrutura é de tal forma centralizadora e tendente à centralização – apesar do que diz a Constituição – que temos que nos patrulhar todo o tempo para não estabelecer obrigações para os municípios de maneira indevida.

Deve-se sempre considerar que existe todo um regime de políticas públicas e que as obrigações do município estão circunscritas – aqueles espaços onde eles aderiram. Essa é a primeira questão: a heterogeneidade do município e a questão da diferença nas respostas que os municípios e os estados dão aos estímulos de políticas públicas. E eu gostaria de citar alguns exemplos históricos para mostrar que essas situações não são estáticas, mas altamente cambiantes ao longo do tempo.

Quando, por exemplo, a Constituição de 1988 foi promulgada, com a República que se inaugurou a partir de então, tivemos uma situação dada pela realidade institucional, financeira e fiscal do Estado em que a União era extremamente frágil – não sei se vocês se recordam, mas vivemos aquele momento de inflação galopante e a estrutura fiscal central completamente quebrada – e isso levava à fragilidade financeira do Estado.

Por outro lado, logo em seguida à promulgação, os Estados tinham uma “república estadualista”, pois os governadores tinham muita força. Eles dispunham, naquele momento, de uma estrutura de empresas estatais que davam força, davam musculatura financeira

ao Estado, dispunham ainda do mecanismo da inflação para inflar suas receitas e desinflar os pagamentos que tinham que fazer. Então, nós tínhamos a seguinte situação: Estados fortalecidos e a União frágil. Além do que, tínhamos uma situação em que houve uma ruptura institucional, do ponto de vista da relação Estado-município, com a Constituição de 1988, que ainda não tinha entrado – e ainda não entrou – na cabeça dos governadores. Apesar da autonomia municipal, os governadores ainda tendem a ver o município como um espaço, como meras divisões administrativas de seus Estados, que era a situação que vigorava anteriormente.

Quando é que a situação mudou? A partir de 1994, 1995, com a política de estabilidade econômica – em que foi levado à frente um processo de privatização bastante severo – e os Estados que, de uma maneira geral, tinham uma empresa telefônica, um banco estadual, uma empresa de água e esgoto, e uma hidrelétrica, acabaram ficando sem nada. Com exceção de São Paulo, que ainda tem sua empresa hidrelétrica e um banco, os Estados ficaram sem. Então, toda a pos-

sibilidade de gerar caixa com recursos não-tributários, afundou.

O outro mecanismo que eles tinham, que era a inflação, para inflar receitas, também foi por água abaixo. Há uma tese bastante perigosa de que os estados hoje em dia são meros administradores de folhas de pagamento e de uma dívida. A dívida, que eles contraíram com a União, e as folhas de pagamento de policiais, médicos e professores, e que praticamente não existe manobra para espaço de execução de política pública. Então, os estados ficaram “escamoteados”.

Veja como em um espaço de cinco a seis anos a situação mudou completamente. Os estados e a União ganharam musculatura. E quando isso acontece, historicamente, o que ocorre é um processo de facilitação da centralização de poderes e competências da União.

Em relação aos municípios, eles ganharam competências – num primeiro momento ganharam receitas para desempenhar essas competências. Mas, ao longo da década de 90, quando começou o processo de criação de contribuições sociais no nível central, a receita dos municípios, num contexto geral, se esvaziou. E

hoje está bem menor, em torno de 14%, quando já chegou a ter quase 20%. Enfim, as entidades municipais – e essa é a grande luta delas – lutam basicamente para ter mais recursos, mas não lutam, por exemplo, sobre definição das competências comuns que têm que ser discutidas entre União, estados e municípios. É um processo reducionista dessa discussão.

4.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Bruno, achei muito interessante esse bate-bola de vocês. Por sermos da área da Saúde acabamos focando nossas reflexões só nessa área, perdendo muitas vezes a discussão do global.

Eu percebo essa questão: temos um pacto federativo mas há uma autonomia relativa. Esses entes federados estão separados, mas não existe, talvez, uma clareza da função – e aí vocês falaram muito da questão da função do Estado. Talvez essa falta de clareza esteja prejudicando todo o desenvolvimento de políticas públicas dentro das unidades – União, Estados e municípios no geral.

Gostaria de saber: você trabalhou nos assuntos federativos, não é? Isso está na pauta, na agenda do Governo em se definir claramente essas atribuições, essas competências? Porque fico imaginando como é que um município de 884 habitantes oferece saúde, educação, segurança pública, empregos, e como é que ele se sustenta – porque, pelo pacto federativo, deve haver o prefeito, Câmara de Vereadores... - Como ele se sustenta?

E uma outra pergunta, e acho que é parte do meu desconhecimento: como é que se tem tantos municípios com tão pouca população? Eu fico imaginando a dificuldade desses prefeitos de gerenciar isso. A dificuldade de um secretário de saúde gestar isso. Então, como isso acontece? Gostaria que você falasse um pouco sobre isso.

Participante B

Eu queria falar sobre os governos estaduais, dessa tese da incompreensão dos governadores sobre seu papel, ou o papel das secretarias estaduais de saúde.

Há vários tipos de federalismo no mundo. O tipo clássico é o federalismo americano, que se assenta num pacto entre as 13 colônias, que tinham uma autonomia relativa ante o império inglês.

O caso brasileiro é específico de um país colonial. No nosso caso, o pacto foi imposto por um governo central e se sustenta até hoje nas elites regionais, nas províncias – em um primeiro momento – na elite rural das províncias. Na década de 50 e 60, houve uma indução à industrialização, com o dinheiro subsidiado por essas elites, e inclusive, além de criarem grupos industriais ou fazerem pequenas reformas industriais, assumem grupos de comunicação também – as televisões, a TV Globo, as concessões – em todos os Estados.

E são nessas elites que se vai assentar todo o poder federativo no Brasil. São várias as teses – não preciso falar aqui – que demonstram, ao longo do século XX, o modo como essas elites regionais vão dispor do poder para fazer e alterar muito mais que o governo central, que todo o tempo vai precisar estar mediando com essas elites nesse caso.

A Constituição de 1988 vai definir, a equivalência de poderes instituídos. Em tese também não poderíamos falar mais nem em “níveis de governo”, já que não existe uma hierarquia. Estaríamos falando aqui de âmbitos de governo, de esferas de governo. Na prática, sabemos que existe esse nivelamento, em razão de uma série de outras reformas, que não aconteceram, concomitantemente com essa definição.

E, no setor saúde, mais especificamente quando vai acontecer o processo da municipalização – que inclusive foi ensaiado, no início da década de 60 e foi abortado pelo golpe militar, e a terceira Conferência Nacional de Saúde teve como tema a municipalização – não vai se ter propriamente um deslocamento do papel das secretarias estaduais, ou um não-entendimento. O que vai acontecer é que, historicamente, eles tiveram uma relação de poder diferenciada que a partir daquele momento iria requerer novas mediações.

E aí surge uma segunda questão – para eu não me prolongar muito – que são três teses sobre federalismo que precisamos discutir. Há uma tese de que o federalismo regula a competição entre os entes federativos.

Então, seria o federalismo competitivo – os EUA são um exemplo disso. Há uma tese, que foi inaugurada não no Brasil – mas a Constituição consagra isso – porque é uma tese ingênua, de um federalismo cooperativo. E há uma terceira tese que, do meu ponto de vista me parece mais ponderada, de que todo federalismo implica em relações de competição e relações de cooperação são inevitáveis.

O que vai acontecer é que, naquela concepção em que o federalismo tende à competição, o que vai se regular são os excessos, os conflitos dessa competição. Naquele federalismo que se pretende ou se intenta uma cooperação maior, o marco regulatório vai induzir a cooperação. E aí, tem um particular importante, no caso do SUS, que é – e isso não consta na Constituição, que fala em consórcio – a instituição de espaços de mediação política. Embora o discurso seja técnico, ou tecnocrático, são as comissões intergestoras do Sistema Único de Saúde.

E, ao longo desses anos, o que vamos constatar? O poder federal continua forte e contrabalanceado pelos poderes estaduais. E os municípios entram nessa

arena decisória. E isso é uma questão fundamental. É claro que nos primeiros anos – nos primeiros 10 anos – o que vai preponderar é uma certa unilateralidade do poder federal, por dispor de recursos técnicos e recursos financeiros, principalmente. Então, ele vai discutir e vai definir essa política, e, no âmbito dessas comissões, não vai discutir a pertinência, mas como se encaminham essas políticas.

Nos últimos anos, o que está acontecendo? O município entra nessa história, e tem o falso dilema – e acho que isso tem que ser dito claramente: essa história de municipalização autárquica é um termo muito bonito, acadêmico, mas é preciso ver evidências empíricas de que isso tenha acontecido de uma forma que possa ser consubstanciada.

Na verdade, o que seria a municipalização autárquica? A fragmentação dos municípios com autonomia para poder fazer e resolver como quiser, que cria toda uma tessitura desordenada no País? Onde aconteceu na prática isso na década de 90? Podemos enumerar duas ou três dezenas de municípios, todos de médio porte, onde se pode caracterizar e eviden-

ciar esse fenômeno – isso num conjunto de cinco mil e tantos municípios. Então, essa tese carece de fundamento, de evidências empíricas. É muito bonito o discurso falar em municipalização autárquica, mas, rigorosamente, o que podemos falar é de uma municipalização que não houve, pelo menos do ponto de vista de como ela estava prevista.

E a regionalização, que, em tese – e foi anunciado isso na Constituição Federal – era outra estratégia de descentralização, que regularia inclusive a idéia de municipalização, vai acontecer muito tempo depois, a partir da Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde, numa espécie de reação à tal da municipalização autárquica, à municipalização excessiva. E tem um caráter normativo-burocrático, que vai tentar regular apenas o fluxo de demanda na assistência.

Então, há algumas teses que estão colocadas na discussão do federalismo, pelo menos no campo da saúde, que, do meu ponto de vista, carecem de substâncias. Eu li muito sobre municipalização autárquica. Tem autor que fala bastante disso, repete isso. Mas, acho que não tem realmente como sustentarmos essa

questão do ponto de vista empírico. Há que se discutir, mais propriamente, “qual é a estrutura desse federalismo brasileiro”, desse pacto federativo brasileiro, qual é dinâmica que ele tem, do ponto de vista das mediações políticas e da regulação constante. E aí a saúde tem muito para dizer, porque os outros setores, inclusive, estão começando a utilizar essa possibilidade de mediação a partir de câmaras ou comissões de âmbito intergestores.

Só para terminar, acho que a questão do federalismo se inscreve em uma discussão sobre o Estado Brasileiro – que não é um Estado unitário – e é um federalismo “jabuticaba”: só tem no Brasil. Tem município com poder, em alguns países, mas não tem província e União. No Brasil, temos União, província e municípios – 75% deles com menos de 25 mil habitantes. Uma concentração enorme em áreas metropolitanas da população e de todas as mazelas da distribuição do capitalismo periférico. Então, no caso brasileiro, a complexidade está dada no seguinte ponto: não podemos ficar anunciando um federalismo puramente cooperativo, do ponto de vista de sua ingenuidade. Estamos

falando de um federalismo contraditório, essencialmente dialético, que tem que tender à cooperação. E aí, tem que haver um marco regulatório para isso.

Estamos falando só de descentralização. Na verdade, temos que falar de um complexo “descentralização e centralização”, porque temos que descentralizar a decisão política. Mas, muitas vezes, do ponto de vista da economia de escala, por exemplo, é mais conveniente centralizar determinadas posturas. E não estamos falando de hierarquia, mas de poliarquia: da capacidade de se gestar e se gerir a política pública, a partir de uma conformação diferenciada de rede – mas não vamos cair na ilusão de discutir redes como se fossem algo só horizontal e democrático em si, pois não são. As relações de poder são dadas em redes, em rodas: em qualquer lugar tem relação de poder. O que importa é discutir um marco regulatório sobre uma arquitetura democrática e sobre controle público. Acho que esse é o desafio que está dado e o SUS saiu na frente, pelo menos nesta questão.

4.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Bruno Câmara Pinto

Esta discussão do participante B é realmente bastante complexa. Temos dois autores que sintetizaram pelo menos boa parte dessa fala – o Abrucho e o Valeriano – a discussão das três teses, e principalmente essa questão do municipalismo autárquico. Não é uma questão fácil de lidar.

O Bolívar Lamonier trabalha muito com isso, a respeito de nosso sistema político. Ele afirma que vivemos o que ele chama de modelo consorciacionista. Ou seja, é uma estrutura institucional que permite a sobrevivência – aliás, bem sucedida – de minorias, por meio de mecanismos mais democráticos. E aí ele fala do sistema representativo proporcional, a própria estrutura federativa, etc.

A diferença é que, na Europa, onde esse sistema consorciativo nasceu, em países como a Suíça e a Bélgica, as reformas institucionais que levaram até a maturação desse sistema, foram trabalhadas durante anos – e até décadas – de forma que o sistema tivesse uma

organicidade sustentável. Aqui no Brasil, ele diz que chegamos a esse sistema consorciativo por meio de reformas “meia-boca”: foi sendo montado sem que se prestasse atenção na sustentabilidade, na organicidade do sistema. E isso tem tudo a ver com nosso sistema federativo.

Já houve uma discussão a respeito de que, se o caput do artigo 18 da Constituição, que fala da organização político-administrativa do país que é formada pela União, Estados e municípios, se aquele texto foi mero acaso, ou se havia mesmo, de fato, a intenção de conferir autonomia política, tributária e administrativa aos municípios. Essa discussão já aconteceu, devido justamente a essa tradição que temos de ir fazendo remendos na estrutura institucional, sem se atentar para a organicidade, para a vida longa dele.

Historicamente, existe uma diferença marcante em relação ao nosso federalismo. Quais são, dos países importantes, que têm estrutura federativa? Os EUA, Alemanha, Canadá – que tem uma estrutura federativa interessante – Rússia, Argentina, México, Índia. E a trajetória histórica da formação dessas federações

diz muito. Por exemplo, o participante B citou o caso dos EUA, em que aquelas 13 colônias originais, cada uma tinha seu nome, cada uma era um Estado. Enfim, no que declararam independência da Inglaterra, elas se uniram para facilitar a defesa contra o inimigo comum, que eram os ingleses.

No nosso caso, a estrutura federativa aflorava e emergia à época do Império. Na Regência aflorou. O Segundo Império submeteu as províncias novamente. Mas, quando houve a proclamação da República, o que ocorreu foi que as lideranças políticas provinciais – que naquele momento se tornavam estaduais – fizeram valer sua luta, seu desejo de independência. Então, houve, durante a República Velha, o momento em que o poder estadual tornou quase residual a União, o Estado Federal. Isso trouxe muitos efeitos para o que aconteceu depois: houve outro período de recentralização, em 1930, depois em 1937.

E aí vamos nessas marchas e contramarchas de centralização e descentralização, num movimento de pêndulo, como ocorreu em 1988, que foi o último período de definição, em que houve um processo de des-

centralização. E vimos emergir no mesmo contexto, no mesmo momento histórico, quando estava sendo discutida a própria regra fundamental de convivência entre poder político e sociedade, que foi a Constituinte de 1988, em que a definição sobre como ia ser a organização político-administrativa do país se deu em meio a um contexto de uma vontade de descentralização fundamental, para fazer frente, enquanto reação, ao momento anterior de centralização política, de 1964.

Rogério Carvalho

Acho que há outras variáveis que também são importantes. O Brasil se urbanizou rapidamente. Nessa urbanização, entraram novos personagens em cena rapidamente na política brasileira. Tem uma série de fatores que, não foi por acaso e precisam ser considerados para se poder dizer: “olha, o cenário do Brasil é este...”.

Tem outra questão. Acho que nenhum pacto federativo e nenhuma construção federativa vai se dar sem luta social, sem imposição social e sem que os grupos se organizem. Então, qualquer proposição, qualquer

análise teórica ou categorização serve para compreendermos quais são os conceitos, como é que as pessoas estão vendo, até mesmo para localizarmos do ponto de vista da formulação.

E veja: nós tivemos um processo... Primeiro, nossa população cresceu numa velocidade absurda nos últimos 30 anos. Nos últimos 35 anos mais que dobrou a população do País. Nos últimos 30 anos mais que triplicou a população urbana que vai para os municípios. E nesses 30 anos, a quantidade de personagens que passaram a fazer parte da cena política brasileira, trazendo outras questões para além do debate das elites, também foi uma avalanche – ou nós não vamos considerar essas questões como questões importantes para apimentar esse debate?

Então, o SUS é a cara disso. Vai ter disputa, competição, mas vai ter momentos de solidariedade. Ou seja, é esse caldeirão. O Brasil tem a vantagem e desvantagem de não ter coisas tão sólidas, porque somos um país vivo e totalmente em construção. Dependendo de como nos organizamos ou conseguimos mobilizar a sociedade, vamos para um caminho ou para

outro. Isso está na nossa mão. Depende muito mais da capacidade dos atores e de como vamos capitanear toda essa massa que foi para os centros urbanos, e que o governo assuma.

Veja: este governo, nestes dois anos e meio, consolidou na relação com os municípios um avanço significativo, ou não? Quando ele define que vai aumentar o PAB – Piso da Atenção Básica, que vai fazer política dirigida... Quando ele faz isso está fortalecendo uma determinada direção. Quando ele pontua o debate entre os governos. Ou seja, acho que temos os atores e que essa disputa é central e fundamental.

Qual é a minha crise com meu governo? É que nós não buscamos um rumo para consolidar as nossas instituições de forma clara, apontando em um rumo, com política clara.

Bruno Câmara Pinto

Agora, uma fala assim como a do participante C, pode dar a impressão de que o Estado é um bloco monolítico. Mas não o é. Isso eu vi justamente porque em nenhum momento se negou que todos esses são

processos históricos. Mas todos eles são marcados pelas influências do momento. Uma coisa que percebo muito claramente é que nesses movimentos de váivém, parte do Estado se debate.

Quando nós, lá na Presidência da República, na Subchefia de Assuntos Federativos, fazemos o possível, principalmente em função de uma visão a respeito da autonomia dos entes federativos, do municipalismo, fazemos questão e brigamos para que o governo respeite o que é pactuado com os municípios, por meio de seus representantes de entidades municipalistas. Quando a Presidência da República tem que brigar, por exemplo, com o Ministério da Fazenda, para fazer valer o que foi pactuado, percebemos que as coisas não são tão simples.

Na Esplanada temos que se debater e brigar com o Ministério da Fazenda e do Planejamento. São visões de mundo e concepções a respeito do Estado, que não permitem que falemos: “olha para uma questão de um grupo que se faz representar...”, pois a coisa muda de figura. A burocracia é, sim, muito forte. Ela tem sua visão de Estado, sua visão de mundo, e não vai entre-

gar a “rapadura de mão beijada”. Então, essas questões têm que ser vistas também, não é porque um determinado grupo chegou ao poder, que as coisas mudam de uma hora para outra.

Eu gostaria já de adiantar meu segundo ponto, que é a ausência de mecanismos de coordenação e cooperação. O participante B tocou numa tecla super importante, que é a respeito da ingenuidade de se falar em um federalismo cooperativo. Ocorre que, na minha linha de argumentação anterior, temos que perceber que, de fato, essas questões são históricas e que na nossa estrutura institucional, que foi construída aos “trancos e barrancos”, não existe uma racionalidade única a respeito desses mecanismos de cooperação.

O Abrucho comenta que um dos principais problemas que temos, para que a equação federalista fique fechada, de uma vez por todas – e aí a gente consiga encaminhar questões como distribuição de recursos e repartição de competências – é a ausência de alguns mecanismos, não só de cooperação interfederativa, mas de coordenação também.

A saúde é privilegiada na medida em que, dentro do universo de uma política pública, esses mecanismos de coordenação e de cooperação interfederativa existam. E não foram – Rogério – construídos de uma hora para outra, mas, como você falou, construídos historicamente. É um produto histórico do movimento da reforma sanitária, de tudo o que se debateu nas conferências nacionais de saúde. E, enfim, de um movimento muito rico pode ter parecido algum tipo de voluntarismo, de dizer que as coisas aconteceram na Constituinte. Mas, na Constituinte, esses grupos sociais de que você tratou, estavam lá representados, e lutaram, por exemplo, para que fosse escrita, de maneira geral, e que a estrutura do SUS fosse prevista lá.

Rogério Carvalho

E a Constituição também criando Estados e municípios...

Bruno Câmara Pinto

Sim. Aí tem as condições objetivas das quais eu tratava antes... E essa ausência de mecanismos de co-

operação e coordenação federativas é um problema sério. Vocês, na saúde, que têm as comissões bipartites e as tripartites, fica difícil de enxergar como é que ocorre nas outras políticas públicas em que esses mecanismos de cooperação interfederativa não existem ou, se existem, são meramente *pro forma* e precisam de realidade.

Eu diria que, a única experiência interfederativa importante, além dessa da área da saúde, é a do Confaz – Conselho Nacional de Política Fazendária, que reúne os Secretários de Fazenda dos municípios, e é presidido pelo Ministro da Fazenda. Ou seja, estamos num universo de políticas públicas.

Só para citar as que foram mencionadas aqui, como a de Assistência Social e de Previdência, vivemos simplesmente um deserto de mecanismos de cooperação federativa. Eu diria que a maior dificuldade é que isso gera um problema de identidade, porque em diversas partes da Constituição encontramos referência a uma função coordenadora da União, só que não existem os mecanismos para isso, porque, como os entes são autônomos, não é possível estabelecer uma relação de

“primos inter pares”, talvez de indução, mas isso é algo que tem sido tentado empiricamente...

Rogério Carvalho

Precisa de dados concretos... Por que a assistência social não pode? Por que o debate na assistência social não é a discussão de papéis entre União, Estados e municípios, e quem é que assume a competência de fazer a assistência social?

Bruno Câmara Pinto

O interessante é que isso se deseja. No entanto, temos que nos perguntar a todo momento qual é a singularidade da saúde. Por que o pessoal na assistência social não consegue? Parece-me que a última grande vitória que houve na assistência social foi a Lei Orgânica, em 1993. Não é por falta de desejo, então qual é a singularidade da saúde que faz com que se consiga montar uma política de Estado que seja federativa e que seja consenso, não importando o matiz ideológico ou qual seja a posição do sujeito político, mas que não se consegue reproduzir em outra área? Por exemplo, as

políticas públicas de educação que tinham tudo para reproduzir, com suas adaptações, um modelo de des-centralização, por que isso não aconteceu? Qual é a singularidade da saúde?

Rogério Carvalho

Pode-se especular sobre isso. Por exemplo, o fato de termos um movimento suprapartidário, de construirmos um instrumento de disputa ideológica, o fato de termos uma lógica que precisávamos contrapor... Ou seja, haviam disputas dentro da Saúde sobre o caminho – e isso é muito mais grave. Porque nós disputamos com o modelo liberal-privatista, que não queria nenhum tipo de controle, mas tínhamos um projeto, que foi construído na academia, com os trabalhadores da saúde, ou seja, construimos um movimento social com um projeto político, e que induziu e superou uma série de dificuldades.

Ele se institucionalizou, não teve medo de assumir governo, de ser Estado, de perder identidade. O grande elemento é a conformação do projeto e a disputa social.

Em determinados momentos históricos isso teve força. Com determinados governos, avançou mais, em outros, menos. Então, o governo central tem importância, desde que ele construa com clareza.

Participante A

No tripé da seguridade – previdência, assistência social e saúde. Dentro dessa discussão toda, você coloca que a previdência está carecendo mais de definições institucionais. Qual foi a diferença, em cima do que você está colocando? Foi controle social, foi uma participação popular mais organizada?

Bruno Câmara Pinto

Qualquer que seja a resposta, o meu entender é que não saímos da singularidade na saúde. Qual é o grande desafio? Acrescentarmos uma lógica federativa ou de respeito à autonomia federativa em cada política pública cujo financiamento parta da União.

Rogério Carvalho

A saúde construiu um caminho pelo movimento social. Veja: acordo na academia, acordo com movimento dos trabalhadores. Ou seja, se construiu na relação com movimento político mais amplo, de redemocratização do país. Não foi um movimento isolado, mas um movimento que produziu um saber específico sobre determinada área, que refletiu, e se produziu enquanto sujeito epistêmico dessa política.

Se tomarmos a experiência do Brasil do sistema nacional de saúde e a base conceitual sobre a qual estamos aceitando esse sistema e o compararmos com outros países que têm a saúde como direito universal, teremos uma base muito mais consistente, porque fizemos grandes acordos e esse é um fato importante. Agora, temos um outro problema: se não é este o caminho, qual é o outro? É a representação – somos um país democrático, temos parlamento – poderia ser através de um debate no parlamento. Por que essa discussão não teve uma formulação, preocupação, um estudo, uma sistematização, uma análise, e a formulação disse para fazer debate no parlamento? Isso também poderia ter sido, porque também pode ser provocado.

Mas, digamos o seguinte: temos um país onde não existe parlamento da forma como gostaríamos que tivesse, que não existe posição ideológica – ou são várias posições e não conseguimos mapear quem pensa o quê – não existe disputa de idéias no nosso parlamento. Ou seja, nesse caminho percebemos que há dificuldades de se pautar qualquer questão de grande relevância, não é? Como é que você pauta? De fora? Nós ocupamos esse espaço. Isso faz parte de nossa singularidade histórica. Nós levamos, construímos movimento. Tínhamos uma base que propôs isso, que fez plantão, que elegeu deputado. Teve movimento nas cidades. Tivemos movimentos anteriores. Ou seja, tem uma história de militância.

Acho que tem um outro problema na Assistência Social e não conseguimos ter uma formulação clara nessa área: o que é Assistência Social? Eu pergunto, para nós, petistas, qual é a nossa política? Por acaso, eu ousou dizer que o Fome Zero e a unificação das bolsas representam a coisa mais fabulosa que este país já teve, do ponto de vista de assistência social. Por quê? Porque estabelece a possibilidade de o cidadão, dentro

de um determinado patamar, ter acesso como um direito, e não como uma concessão do Estado. Percebe? Então, consolidamos um marco, que nós não exploramos, que temos vergonha de explorar, que não colocamos e não pautamos o debate na sociedade.

Definido que isso é um marco, qual é o próximo passo? Como vamos garantir que esse direito ou essa condição de direito do cidadão – porque está no campo da seguridade – como vamos construir isso? Aí nós temos outras experiências. O SUS é uma experiência, que não é uma experiência específica para a saúde, porque tem marcos que são universais – pactuação; repasse fundo a fundo; financiamento dirigido; repasse *per capita*, de acordo com a necessidade, para se garantir a equidade.

Ou seja, construímos marcos que podem ser incorporados como universais para definição de uma política. E o governo federal está fazendo isso e está induzindo. Se o governo federal faz uma aliança com os municípios e define: “vou fazer uma aliança com os municípios, e com os Estados, mas quem vai executar são os municípios”, e se ele (o Governo) toma uma

posição e orienta esse debate, faz um estrago. Nós temos aí um patrimônio de produção que poderia ser, não copiado, mas compreendido, entendido, para garantir a operação de uma política pública nacional. Acho que isso é central.

Bruno Câmara Pinto

Tomamos esse modelo da saúde, não numa reprodução dele, mas numa adaptação para essa e outras políticas públicas que estão sendo discutidas na esplanada, inclusive com equipes de Estados e municípios.

E é verdade isso. O modelo da saúde é analisado, é virado ao avesso, de cima para baixo... O que podemos aproveitar disso enquanto pactuação, enquanto forma de coordenação das ações federais, estaduais e municipais? Nós, no Bolsa Família, vemos sim como um direito do cidadão, e isso, inclusive, precisa constar em peças publicitárias. O cidadão é um sujeito desse direito e ele não pode ser visto como um favorecimento do Estado, seja de que nível for.

A execução dessa política, que nós encaramos dessa maneira, é feita no município, e no município ela

é apropriada de maneira diferente. E aí a autonomia tem que valer para o bem e para o mal. Que deve acontecer em cada um dos 5.560 municípios brasileiros.

Rogério Carvalho

Estamos disputando ideologia e precisamos entender que tudo isso é instrumento de disputa ideológica, para que se faça a disputa pela ideologia com clareza – o que não estamos fazendo como deveríamos. Qual é a nossa questão? Estamos perdendo, na verdade, é o embate ideológico.

Mais um exemplo na área da saúde: quando colocamos um profissional – médico, enfermeiro – no Programa de Saúde da Família, dizemos “ele está mal formado”. Não, ele está muito bem formado. Na hora que queremos que ele vá trabalhar no Saúde da Família, temos que, na verdade, disputar ideologia com ele. Esse profissional tem um jeito de ver o mundo, de ver o usuário, tem um jeito de ver tudo. E aí nós queremos que ele veja de outra forma. O que é isso?

A questão é essa. Temos que estar preparados para disputar ideologia com esses profissionais. O Mário

Testa diz o seguinte: “o saber fazer nas Ciências Humanas não passa de um mero instrumento para a disputa ideológica”, certo? Porque, o saber fazer da área das ciências naturais é processo produtivo, e o valor de uso estabelece se é bom, se diminui o custo de produção – ou seja, ele é incorporado de imediato. Já nas ciências humanas não: você tem que provar que aquilo é a melhor forma. E isso é disputa ideológica.

Então, é preciso ter – e nós não temos – clareza de qual é nosso instrumento para disputar a ideologia. Não é só a história que apresenta à sociedade os caminhos para mudança do rumo da sociedade. Os sujeitos, com a sua formulação, com sua criatividade, também podem conformar instrumentos para disputar a ideologia e disputar rumos históricos. Acho que esse é o debate que temos que fazer.

Precisamos responder que estrutura política queremos para o Brasil. Então, nós carecemos muito de formulação e de debates para podermos criar nossos instrumentos de disputa ideológica. Que debate estamos fazendo nesse campo? Como estamos estimulando a sociedade?

Bruno Câmara Pinto

Não basta anunciar normativamente que tendemos a um federalismo cooperativo. Há que se ter um marco regulatório para isso. Um bom exemplo é que as comissões intergestoras até hoje não foram regulamentadas, e estão tentando traficar a regulamentação pela lei de responsabilidade sanitária, pela regulamentação da Emenda 29.

Ou seja, não há uma tradição de regulamentar, de um marco regulatório. E mais que isso: a contradição não está dada entre competição e regulação. Está dada entre regulação e autonomia. Ao mesmo tempo em que precisamos de um marco regulatório, precisamos de um marco e uma proposição política produtoras de autonomias. Senão, não vamos ter o que regular, porque estamos discutindo aqui a definição de prerrogativas de poder e de margens de autonomia interdependentes. E aí vem a provocação: há dez anos criticávamos ferrenhamente a iniciativa de Bamaco, na África, de fazer co-pagamento de medicamento para gerenciar o sistema, e hoje aceitamos as farmácias populares. Eu não aceito, mas tem quem aceita.

Criticávamos há 10 anos algumas questões fundamentais que hoje aceitamos: Bolsa – conjunto de bolsas. No governo Fernando Henrique Cardoso era criticável, agora não é. O que mudou? Elas eram compensatórias e agora são indutoras de cidadania? Na verdade nós amadurecemos de lá para cá ou o que aconteceu é que está faltando, nessa discussão, a estratégia social – não só estratégia de governo – que vai dar uma conformação política produtora de autonomia para esse conjunto de medidas. Porque, se elas ficarem em si, a mãe vai ser obrigada a vacinar a criança para poder ganhar o salário no final do mês, inclui, mas para nós, há dez anos, isso era política compensatória. Por que não é mais?

Rogério Carvalho

Estamos dialogando com a sociedade. Não é uma esmola. É um direito que ele tem de não ficar completamente excluído. E se isso for consolidado, historicamente nós poderemos ter um sistema de seguridade extraordinário: basta fazer a distribuição de renda, que é outro papo. Essa é uma questão central.

A outra questão importante é que nós não entramos no centro do poder, ou seja, do ponto de vista do parlamento, continuamos à margem. Sabe por quê? Porque nós, quando assumimos o governo do PT não fizemos coalizão: ficamos em todos os lugares e queríamos governar, em todos os lugares, com 20% do parlamento. Nós não definimos o que seria o espaço da contra-hegemonia e o espaço da governabilidade. Não fizemos uma coisa, nem outra. Não assumimos nenhum espaço desse governo e do poder.

Bruno Câmara Pinto

Voltando ao segundo ponto de minha reflexão. A questão é a seguinte: por que são necessárias as bipartites, as tripartites? Por que “quebramos a cabeça” a respeito de mecanismos de cooperação? Por que são tão necessários os tais consórcios públicos de saúde. Enfim, esse é um assunto – “mecanismos de cooperação e coordenação federativa”.

O problema é que temos uma tensão entre dois elementos que são fundamentais: de um lado temos a autonomia, seja autonomia do Estado ou do municí-

pio, e ela é inviolável do ponto de vista constitucional. Qualquer ente que se sinta atingido, cerceado em sua autonomia, tem direito de recorrer à justiça para reverter a situação.

E, de um outro lado, temos uma situação real, a famigerada realidade. Qual realidade? De falta de recursos, a realidade de uma situação administrativa, principalmente nos pequenos municípios, uma situação terminal. Então eu recupero a questão da participante B: por que existem tantos municípios? Esses municípios são sustentáveis? Não, não são, principalmente do ponto de vista daquele que é o principal interessado: o cidadão que mora naquele município. Porque, quando aquela liderança política foi para aquele pequeno distrito, daquela cidade, e ele sabia que não ia conseguir ser eleito prefeito, ele fez uma campanha para que aquele distrito se emancipasse, para que ele pudesse ser vereador ou prefeito naquela nova estrutura, ele estava pensando em seu projeto particular de poder. Ele não estava pensando na sustentabilidade daquele município. Ele não estava pensando que precisaria de posto de saúde ali, de escola – secundária, inclusive – e toda a rede de serviços públicos essenciais

que o município precisa ter. Claro! Ele lançou mão da “ambulancioterapia”: “eu recebo dinheiro do SUS, compro uma Kombi aqui e mando o pessoal todas as terças-feiras para fazer consultas na antiga sede”.

Quando temos uma tensão entre autonomia e essa realidade, que é a realidade da maior parte dos municípios brasileiros, inclusive daqueles 200 que julgamos como municípios em sua integralidade – da autonomia política e administrativa – é que precisamos pensar em mecanismos de cooperação interfederativa, não só do ponto de vista vertical, e aí aprofundar esses mecanismos de bipartite, tripartite, para que haja planejamento, para que esse planejamento seja pensado no âmbito do território. Mas também do ponto de vista horizontal, ou seja, do município com o município que fica ao lado. Como é que um município vai se julgar independente e vai poder formular uma política apenas para seu território quando, toda terça-feira, chegam 200 ambulâncias de toda a região para usufruir os recursos da rede pública de saúde de lá?

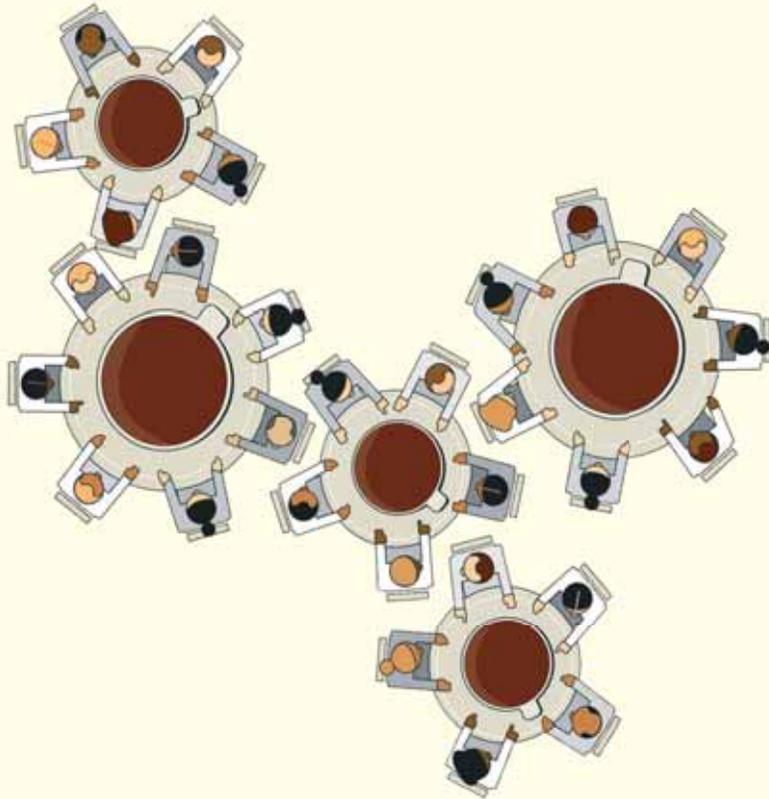
A proposta que tínhamos dos consórcios públicos, que de uma forma ou de outra conseguiu ser aprovada com a Lei n.º 11.107, não trata de criar uma nova

instância federativa. Isso iria gerar mais custos do que resultados. A idéia é que se forneçam mecanismos, instrumentos, para que outras políticas públicas, além da saúde, e a exemplo inclusive da saúde, possam ter mecanismos, instrumentos de pactuação, não só vertical como horizontal, com os municípios que ficam ao lado, com os territórios contíguos.

Para mim, esta questão não está resolvida. Na saúde é de fato um produto histórico. Mas não conseguimos reproduzir esse modelo nas outras políticas públicas e não vamos conseguir reproduzir esse modelo de uma hora para outra. Houve luta? Sim. Houve um extrato social que abraçou uma determinada missão? Houve. Mas, isso não é reproduzível.

Então, o grande desafio agora das relações federativas no Brasil, é justamente esse: de consolidarmos instrumentos de cooperação. Assim, esses mecanismos são extremamente necessários para que possamos, se não reproduzir essa experiência da saúde, pelo menos fornecer meios para que outras experiências possam ser tentadas.

COMO PARTICIPAR DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO?



Paulo Roberto de Santana

Nelson Rodrigues dos Santos

5 COMO PARTICIPAR DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO?

CAFÉ COM IDÉIAS – JULHO DE 2005

Paulo Roberto de Santana

Professor do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba e ex-Prefeito de Camaragibe – Pernambuco.

Nelson Rodrigues dos Santos

Médico, sanitarista, Coordenador de Articulação da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

5.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

Paulo Roberto de Santana

É bom estar aqui no Ministério da Saúde, e ainda por cima ao lado de uma personalidade tão histórica e com uma enorme capacidade de construir o SUS no Brasil como o Nelson. Eu tive uma experiência de doze anos dentro de uma instituição de saúde, quatro anos como secretário municipal de saúde e oito anos como prefeito. Algumas questões aqui postas, pelos colegas me colocaram para refletir, e quero iniciar a minha fala a partir dessas reflexões.

Como participar do processo de participação, me remeteu ao momento que iniciamos a nossa atuação, em 1989 em Camaragibe – PE. No momento, queríamos fazer o primeiro Conselho de Saúde daquela cidade, a primeira conferência da cidade, e criamos. A conferência determinou a criação do Conselho de Saúde. À época o governo tinha sido eleito democraticamente pelo povo. Eu me sentia muito à vontade para terminar a primeira conferência municipal de saúde dizendo que íamos criar o conselho municipal de saúde da cidade.

Então criamos o nosso Conselho em 89, ele tinha um caráter consultivo e deliberativo, o que levou o nosso prefeito, na época, a achar que isso era coisa de pedista e maluco. Ele não entendia como iríamos permitir que tudo fosse deliberado pelo conselho e pela conferência de saúde, e nesse processo, passamos um ano de embate e, para evitar maiores desgastes, optamos por nos retirar, visto que ele não entendia a importância de um conselho deliberativo, e só o reconheceria caso ele fosse consultivo, então fui para a universidade dar aulas. O conselho não tomou posse, no entanto, continuou se reunindo a cada 15 dias.

Três anos depois o nosso grupo político ganha as eleições, eu fui convidado e voltei como secretário de saúde. Foi quando o prefeito que estava para sair, me falou que ia dar posse ao Conselho de Saúde porque queria ver a cobra morder os seus criadores.

Bem, assumimos, fizemos a plenária de saúde, remontamos o Conselho, empossamos e tocamos a saúde de Camaragibe, naquele momento. O que quero trazer para o debate do processo de participação são duas questões: primeiro a questão do deslocamento do po-

der, faz-se necessário que você desloque o poder para garantir a participação, que pode ser para um grupo autoritário ou não, e esse grupo vai gerenciar todo o projeto político daquele governo ou daquela instituição.

O governo militar, por exemplo, deslocou o poder para controlar o Estado. Esse deslocamento se deu no sentido de restringir a construção da democracia. Então vem a pergunta: O que queremos com a participação? A participação que queremos tem o sentido de construção da democracia? Se for nesse sentido, temos que ir em busca de envolver os vários atores, e aí vem os riscos. No momento que você começa a deslocar o poder pode haver uma concentração em algumas pessoas que se apoderam dele em vez de fazer a desconcentração para a sociedade.

Essa seria para mim, uma questão fundamental no SUS, esse deslocamento, que deve partir do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, chegando aos atores sociais e não pode deixar de ser acompanhado, porque o movimento pedagógico que queremos fazer é muito grande, e pode ser impedido ou retido por alguns. É preciso fazer esse exercício

dentro das instituições, é preciso instituir a administração participativa.

Naquele momento em Camaragibe, começamos a exercitar e discutir o que viria a ser a administração participativa a partir do que tínhamos definido no Conselho de Saúde. Assumimos o governo em 1997, e com essa experiência, nos comprometemos com a dinâmica de fazer o debate na cidade, e promover as Conferências, as quais eram todas com caráter deliberativo.

Bom, essa experiência foi muito importante no momento de assumirmos a prefeitura, pois levamos para todas as secretarias essa prática, do que viria a ser a administração participativa. O grande nó crítico que tínhamos, era fazer com que todas as secretarias se envolvessem na perspectiva de construir esse projeto de governo, mas não apenas no olhar dos secretários, mas que eles fossem em busca desse movimento, e todas as secretarias teriam que construir os seus conselhos, suas conferências e um grande conselho na cidade que reuniria todos os representantes desses conselhos, o que chamamos de conselho dos delegados da administração participativa.

Essa foi a gestão que construímos na cidade, na qual o eixo principal era a participação da comunidade e realmente a participação se deu participando, como foi colocado pelo colega. Bom, é colocado aqui conhecer a realidade, criar identidade, ter uma visão crítica, que sempre é um tema muito explorado. O que é ter uma visão crítica? Criticar o que? Devemos ter uma visão crítica na perspectiva de sermos propositivos.

Faz-se necessário que a visão crítica apresente uma proposição, e que esta seja na perspectiva de construir consensos, caso contrário, não conseguiremos democratizar, que é o elemento chave da questão. É necessário inclusive que no debate da construção dos consensos existam pausas, necessárias para que os grupos possam abrir mão de algumas idéias tomadas como próprias, isso é o processo pedagógico, dessa maneira será enriquecedor. Bom, dizem que depois de dez minutos nem os anjos agüentam mais ouvir, e em nome do processo pedagógico e da construção da democracia, dos consensos, paro um pouco para iniciarmos o debate.

Nelson Rodrigues dos Santos

Bom, eu até estava comentando com o Paulo Santana, que a temática de hoje é infinita, e não sei se vamos sair daqui e nos dar por contentes, pois não sabemos se ao sairmos teremos feito o que poderia de melhor ser feito em nossas reflexões e conversas. Não sei se atualmente há uma temática igual a essa. Falo isso, porque parto da minha visão de observador, de testemunha do processo de Reforma Sanitária, no qual tivemos um dos maiores níveis de participação da sociedade civil. Sou testemunha que há quinze anos houve um encantamento, no entanto, com o cala boca dado pela ditadura, nós desencantamos, e a sociedade desencantou.

Durante os dez anos, de 74 a 84, houve a formação crescente de uma frente por liberdade democrática, pluripartidária, e com a participação de todas as classes sociais, até conseguirmos isolar a ditadura a ponto de derrubá-la. Foram dez anos de um treino que infelizmente ainda não é bem definido. O processo participativo, foi uma luta crescente contra a ditadura, e ele começou a partir da participação. Podemos dizer que os anos de 85 a 89 foram os anos dourados do proces-

so de participação, isso porque a sociedade tendo neutralizado e superado a ditadura, começou a discutir qual a nova sociedade e qual o novo Estado desejado.

Os cinco anos do processo participativo foram muito bonitos, para quem vivenciou. Os mais novos puderam ler, foram anos dourados, porque a sociedade participou ativamente de todos os níveis, municipal, estadual, nacional e do legislativo. Foi um forte chamado para uma nova sociedade, um novo Estado. A Assembléia Nacional Constituinte foi um reflexo desse período, no entanto, não espelhou todo o desejo da sociedade, isso porque ela é uma correlação de forças dominantes.

O que o Paulo Santana acabou de falar, não só como secretário de saúde ou como prefeito, não foi simplesmente um orçamento participativo, foi uma administração participativa, com participação de toda sociedade do município em todo processo de gestão municipal. E eu imagino, que houve até uma politização no momento, com uma diferença, de que a sociedade organizada não substituiu a tarefa do Estado, mesmo do Estado democrático.

O Estado tem que exercer suas funções, e no caso, uma prefeitura democrática para a sociedade, não é substituir o governo, é estar junto com o governo formulando as diretrizes e estratégias além de estar controlando a sua execução. Então, o que aconteceu nos anos 90? A partir da década de 90, houve um processo crescente de reversão ao ensaio, até infantil e muito alegre da sociedade, entre os anos de 85 e 89, houve uma reversão gradativa da sociedade, ela foi deprimindo, a medida que a regressividade social foi aumentando, as políticas públicas sociais foram todas entrando numa decrepitude rápida.

Os sonhos dourados dos anos 80 foram sendo apagados um a um. As utopias foram apagadas e a globalização neoliberal nos trouxe o Estado mínimo incluindo um SUS mínimo. Estamos pagando o preço do SUS mínimo dentro do Estado mínimo até hoje. A sociedade tem seu encosto anti-coletivo que consegue participar e buscar os caminhos da participação, como soube arrumar um jeito de sair da ditadura e até desenhar uma nova sociedade, um novo Estado nos anos dourados de 85 a 89.

A saúde foi brindada nesse processo, com a histórica Terceira Conferência Nacional de Saúde de 63, que foi a conferência municipalista, que antecipou a descentralizou da saúde naquela época. O processo participativo existe, e infelizmente na cultura e história brasileira, existe por espasmos, houve o espasmo dos anos de 55 a 63, o espasmo de 85 a 89, mas agora o que está acontecendo é quase que uma noite do processo participativo. Não tenhamos divisões, o motor humanista, e eu diria motor humanista e até erótico da luta social, decresceu, esse motor de que falamos é a cidadania é a igualdade, é a equidade, e decresceu cada vez mais, sendo canalizadas, em dezenas, centenas, milhares de fragmentos individuais, grupais e corporativos, nunca mais sociais e de cidadania. Isso rebate fundo no SUS, bate até nos Conselhos de Saúde, como sabemos.

Hoje temos aí uma, das políticas de saúde que se concretiza em uma única pirâmide estrutural, tem uma politização de suplementar, dos planos privados, que explodiu a partir da década de 90, foi coincidência. Exatamente em 1990, quando foi promulgada a

Lei Orgânica da Saúde, ainda com alto grau de participação da sociedade. Em 1989 houve um simpósio histórico na Câmara Federal, com grande participação da sociedade, da Reforma Sanitária, do movimento sindical, dos intelectuais, das entidades de profissionais, dos prestadores de serviços para emplacar a Lei Orgânica que foi promulgada em 1990, então o SUS nasce efetivamente em 1990 e a Lei n.º 8.142, vem logo em seguida, ainda no final desse ano.

Não por coincidência, outro fato que aconteceu também em 1990, no Ministério da Fazenda, escancara uma verdadeira explosão de criação de operadoras privadas de planos de saúde, que não eram mais que duas centenas em 1990 e acabaram em quase três mil no ano passado.

O Estado, através do Ministério da Fazenda, passa, a financiar com recurso público, com isenção de imposto de renda para consumidor, no setor privado. Subvencionando a produção de serviços, de prestadores de serviços das operadoras privadas e colocando na planilha de custos dos convênios-empresa a participação das empresas nos convênios coletivos no preço

final do produto para a sociedade pagar. Então essa é uma outra política de saúde que cresce ainda hoje no Brasil, cobre 25% da população e tem planinhos de todos os preços e tipos.

Agora o fluxo da demanda, não atendida pelos planos privados, cresce enormemente nesses quinze anos para o SUS. Ano a ano, e eles são transferidos direto dos planos privados para média e alta complexidade do SUS, congestionando e quebrando a integralidade, e a equidade, só apelando para universalidade, ou seja, fazendo um sofisma monumental para nós que somos os técnicos e dirigentes do SUS, mas para a cidadania como valor social, quebrando deslavadamente a integralidade e equidade, jogando no lixo e apelando em alto e bom som, pela universalidade como direito universal de acesso ao sistema.

Onde está o crescimento da consciência social? Onde está a nossa participação, técnicos e dirigentes, da sociedade organizada, sociedade civil, para denunciar que jogaram no cesto a integralidade e equidade? E a regionalização, onde está?

Com municipalização, só foi para frente a universalidade. Mesmo que manipulada a municipalização serviu para ser o braço operacional de uma universalização de baixo custo com subfinanciamento, que foi imposto ao SUS. Então isso cresce, ano a ano, durante quinze anos. Mas a questão da participação hoje, tem se dado com os técnicos, querendo participar com os dirigentes, isso, como o Paulo Santana falou, é ótimo, começa em casa, a sinceridade da participação começa no nosso cotidiano, nos nossos trabalhos, técnicos tem que ter alto grau de participação, na formulação das decisões e no acompanhamento da execução das decisões. E os dirigentes? Qual o grau de participação deles? Ao meu entender, abrir despojadamente e desejar a participação dos técnicos. Isso, felizmente, o Departamento de Apoio a Descentralização (DAD), é um exemplo espetacular, dentre as áreas do Ministério da Saúde, no entanto, isso não basta.

Acho essa pergunta muito provocativa, “como participar do processo de participação?”, de fato acredito que há um grau de participação nesse binômio que foi colocado, de conhecer – participar, participar – co-

nhecer. Acredito que a sociedade tem sido sonogada em relação a algumas informações, informações e conhecimentos que nós estamos detendo, acumulando ano após ano e não estamos conseguindo passar para a sociedade, ou porque estamos inibidos ou porque achamos que existem coisas mais importantes, ou até por estarmos estressados pelo nosso dia a dia. Como a sociedade forma sua consciência de necessidades em saúde? Como é o processo formador de consciência de necessidades na sociedade?

Todos nós reconhecemos, na hora do aperto em que somos colocados na parede como gestores e como técnicos, que a sociedade hoje demanda apenas serviços assistenciais, e de média complexidade para, quero dizer, é a consciência de necessidade que predomina na sociedade e sendo do reconhecimento quase geral, que em raras ilhas, não mais que raras ilhas de municípios, já forma-se uma consciência de necessidade da sociedade de uma atenção básica mais resolutiva.

No entanto, a grosso modo, a consciência de necessidades da sociedade é por ações assistenciais de medicina, odontologia, enfermagem altamente espe-

cializada. Acabo de lembrar de uma frase do século passado, que diz: “Liberdade nada mais é do que a consciência da necessidade”. E se a consciência de necessidade apesar dos quinze anos do SUS ainda está em cima do modelo da oferta, e insistentemente só se oferece assistência e a porta de entrada desejada pela sociedade, e mais concretamente oferecida como resolutive, é a média e alta complexidade – são prontos socorros, ambulatorios especializados, etc.

Internação hospitalar então, o que é que está acontecendo conosco, técnicos e dirigentes? Que parte de compromisso nós estamos assumindo ou deixando de assumir? Estamos deixando de formular e de nos organizar para criar, como foi colocado, elementos obstaculizadores do processo participativo. Ele falou elementos facilitadores e que fazem obstáculos. Então o elemento obstaculizador, acredito que talvez resida um pouco em nós mesmos. É lógico que a sociedade ao participar vai conquistar esse conhecimento mais dia menos dia. No entanto, parte que é devido a nós, técnicos, gestores e dirigentes nos municípios, nos estados e em nível nacional, diz respeito a não estarmos

interagindo com a sociedade. Qual é a nossa relação com a sociedade civil? Qual é a nossa democratização? Qual é a nossa socialização do saber em relação à sociedade civil? O que nós estamos passando para a sociedade civil sobre o porque do SUS não estar dando certo na integralidade, na equidade e na regionalização? E que consciência a sociedade civil tem hoje para cobrar isso de nós?

Como vamos entrar, olha e perceber que o SUS está ficando, SUS pobre para pobre? Para 75% da população, a política econômica e de governo, eu diria política de Estado, não é nem de governo, e digo isso porque ela atravessa dos anos 90 até agora, sem sequer ser mexida, é uma política para pobre. E o SUS classista? Pois de acordo com a capacidade de poder aquisitivo, compra-se plano privado, de vários preços, e quando é preciso, vai-se buscar no SUS a sua desoneração, através do consumo de serviços de média e alta complexidade.

Se é esse o caminho, e se a análise de tendências desses quinze anos é esta, ao projetarmos essa análise de tendência para os próximos quinze anos e não visu-

alizarmos nenhum indicador de inflexão no horizonte devemos nos perguntar: o que nós estamos construindo e o que nós estamos participando no processo de participação da população?

5.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Estou chegando há pouco tempo aqui no Ministério, a convite do Secretário de Gestão Participativa, quando então estava na Secretaria-Executiva. Como a pergunta é como participar do processo de participação? A primeira resposta que me veio foi: participando. Porque isso me fez lembrar que a minha área de origem, a saúde do trabalhador, e os trabalhadores italianos quando começaram a querer dominar o conhecimento e interferir nas condições de trabalho, começaram a buscar espaço de participação. Nesse período propuseram muitos cursos de capacitação porque era necessário conhecer. A frase que diziam era “Para participar é necessário conhecer”. Então eles fizeram cursos, cursos, e mais cursos, e um dia eles resolve-

ram inverter as palavras e colocaram “Para conhecer é necessário participar”. Que eu venho chamando de pedagogia da bicicleta: só se aprende a andar de bicicleta andando de bicicleta. E então, nesse mesmo sentido, só se aprende a participar, participando. Evidentemente que tendo também que acrescentar informações, ter capacitação dentre outras coisas, mas é fundamentalmente participando.

Participante B

Eu também tenho relações com a saúde do trabalhador e concordo com o colega, evidentemente que, como participar do processo de participação é realmente participando. Agora eu acredito que precisamos avançar um pouco, esse participando é preciso ser definido com clareza e para ter clareza não precisamos ter um atestado de clareza, é preciso que tenhamos sensibilidade, que tenhamos sentimentos e que olhemos para a realidade. Eu acredito que a primeira coisa que nos faz conjugar o verbo participar é criarmos identidade com o local ou com a situação que se está vivendo. Acredito que a participação é prima-irmã do

viver a realidade, olhar a realidade, conhecer a realidade, se sentir participante, e constituinte dessa realidade e ter uma visão crítica da mesma. Acho que o processo de participação passa exatamente por essa lógica, por esse movimento, de você construir identidades e a partir da construção dessas identidades você olhar para a realidade e ter uma visão crítica. Então, essa visão crítica é que faz com que você se sinta comprometido com aquela realidade, comprometido com a superação dos problemas, e essa superação é exatamente com o processo de articulação com outras pessoas, participando dos movimentos. Acredito que esse verbo se conjuga no gerúndio, participar é participando.

Participante C

Eu trabalho na coordenação da secretaria técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Estava discutindo aqui, como é que esses dois vão se colocar diante do tema “Como participar do processo de participação?”. Ficamos pensando por onde começar o debate, mas já jogaram a bola em campo. Eu também acredito na inter-relação, entre participação e

conhecimento, essa inter-relação você percebe participando e participa melhor se conhecer. Trago algumas questões sobre participação dentro do SUS, que são os fóruns e os espaços de participação que temos criado, e gostaríamos que os dois, pelas experiências, abordassem um pouco sobre a autonomia, porque no que diz respeito à participação temos uma diversidade muito grande. Temos a participação mais ativa, a participação conduzida, na qual o sujeito é conduzido. Hoje tenho uma preocupação com esses espaços que criamos no SUS e que ainda não estão consolidados, a exemplo dos Conselhos de Saúde.

Participante D

Vou fazer algumas perguntas, a primeira gostaria de saber que situações, mecanismos e movimentos, vocês identificam como facilitadores e impeditivos desse processo de participação. A segunda questão é como caracterizar esse processo de participação no âmbito do Sistema Único de Saúde, do ponto de vista de vocês, em um caráter evolutivo? Nós podemos afirmar que construímos espaços que têm garantido

essa participação de forma qualificada ou apenas cristalizamos de forma normativa, maneiras de aglutinar as forças sociais, os movimentos em torno de espaços como os Conselhos Bipartites, Tripartite e Câmaras Técnicas?

Participante E

Eu gostaria de colocar aqui a questão do voto. Hoje, com relação as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite (CIB's e CIT), temos trabalhado para não aprovar as decisões pelo voto, isso porque se observarmos, o voto termina sendo uma imposição da maioria. Hoje eu acho muito interessante a questão da construção dos consensos. Tem sido muito difícil, mas não ir para voto e trabalhar consensos é bastante rico. Agora, também acredito que esta questão na nossa cultura tem sido bem difícil. Não adianta simplesmente criarmos dentro e fora dos movimentos as participações, é preciso muita coragem, às vezes, muita exposição, porque nem sempre a participação é tão efetiva.

Eu acho isso super interessante porque o que temos visto nos conselhos, nas CIB's, ou em vários outros fóruns, deliberativos ou consultivos, são pessoas que estão há muitos anos nesses espaços, é um líder de bairro que de repente vira vereador, vira o deputado, ou qualquer outra coisa, mas a nossa mensagem nunca chega lá para o cidadão que é quem mais teria que participar.

A comunidade hoje participa do setor saúde, principalmente, o cidadão que vive na periferia, de uma maneira muito injusta, que é pedindo, implorando para ser atendido, como se estivéssemos fazendo um favor para ele, é como se ele não tivesse um representante lá da sua comunidade, para, participando do processo, promover para ele aquilo que nós sanitaristas e sonhadores queríamos no movimento sanitário, na Lei Orgânica da Saúde, enfim, em todos esses movimentos que temos feito. Então acredito que seja o momento de começarmos a refletir e rever as participações, e deixar que essas pessoas também participem e isso começa internamente.

Participante F

Quero pegar essa linha do participar é conhecer. Me parece que temos alguns pontos importantes aí, conhecer é participar, participar é conhecer. Concorro. É um movimento dinâmico e interessante, mas acredito que ele se assenta.

Participar é conhecer o quê? De que forma? Está conhecendo uma reprodução? Seja uma reprodução de poder, de saber que está se transmitindo autoritariamente, uma norma autoritária. Todas as questões do campo do participar e conhecer não nos darão caminho para indicar uma reflexão sobre participação. Preocupa-me profundamente a questão da participação, que é na verdade uma justaposição, você fala e eu obedeço.

Paulo Roberto de Santana

Quero falar bem rápido, o objeto desse Café não é fechar o tema, muito pelo contrário, é deixar em aberto, até porque em aberto é que vamos conseguir consolidar ou construir essa idéia que estamos propondo. Vejamos, o movimento interno de uma instituição,

deve ser muito pedagógico, porque se a instituição falar para o resto do mundo o que é participação, e dentro dela existe o autoritarismo, a mesma, não consegue envolver o conjunto, então ela começa a fazer, quem está de fora, observar essa fragilidade. Por exemplo, aqui, um Ministério imenso, com tantos departamentos, e que muitos deles não entendem o que o outro está fazendo, nem interagem, e muitas vezes nós que estamos de fora dizemos, como é que o departamento tal e qual, não se entende? Obviamente os espaços de entendimento têm que ser construídos. Outra questão importante é a inércia do cidadão comum frente ao processo de participação, precisamos encontrar uma maneira de quebrar esse quadro. Então como quebrar essa inércia para que essas pessoas, os espertos que querem o conhecer para dominar, não querem o conhecer para fazer o processo pedagógico da construção da democracia, querem o conhecer para reter o conhecimento e a partir de reter o conhecimento ele intervir trazendo para si as conquistas, o seu pequeno grupo. Então como quebrar essa inércia da sociedade?

Participante I

Boa noite, trabalho na Funai, particularmente acho extremamente interessante essa forma de organização do Café com Idéias e achei muito interessante quando foi colocado aqui um pouco sobre a questão do mercado. Aproveitando esse momento quero colocar algumas considerações: Como tem se processado o trabalho da humanidade? As pessoas começaram o processo de produção pela agricultura, depois veio à industrialização, e nesse período, começou a se processar o verdadeiro fluxo social. As pessoas saíam do campo, e da subsistência para trabalhar nas indústrias, o que gerou grandes problemas de mercado. Lembro que um economista inglês do século XIX defendia que o trabalhador deveria receber muito pouco pelo trabalho e seu capataz deveria ganhar um chicote e receber um salário muito bom. Para esse economista, o capataz deveria ainda ter o direito de açoitar o trabalhador que se recusava a ganhar pouco. Depois veio Adam Smith, que começa a humanizar o trabalho dizendo que o camarada não precisava apanhar. Se observarmos, essa é a origem do liberalismo, para eles, o que

valia era pagar menos ao trabalhador e colocá-lo para trabalhar mais, até apanhando se fosse o caso. Logo em seguida surge Karl Marx, que traz a utopia do comunismo, e essa utopia do comunismo começa a angariar alguns simpatizantes até que a União Soviética vira um Estado comunista, o que foi o grande susto do liberalismo. Ora, de repente eu tinha que apanhar, depois tinha que ganhar pouco e apanhar, a não ser que eu fosse um capataz e de repente o Estado iria me dar tudo, saúde, educação e eu precisava apenas trabalhar para o Estado. E aí surge o tal do bem-estar social promovido pelo Estado.

Com esse novo cenário o que acontece? O Estado começa a registrar o funcionário para trabalhar, começa a marcar o espaço de tempo que ele deveria trabalhar, conceder férias, ou seja, começa a dar os anéis para não perder os dedos. E até que com a derrocada do comunismo e a queda do muro de Berlim, o comunismo provou sua ineficiência, nos fazendo voltar ao liberalismo puro, no qual o capataz está de volta, só que dessa vez ele não traz mais o chicote, ele traz o salário baixo e a precarização das relações trabalhis-

tas, traz os planos de demissão voluntária, traz a não inclusão de quem tem 40 ou 50 anos no mercado de trabalho, e essa é a nova versão do liberalismo, ou seja, o homem passa a valer pela sua capacidade de produção novamente, e essa capacidade de produção vai estar sempre ameaçada, isso porque sempre haverá alguém mais jovem e mais capaz. A McDonald's é um exemplo, o funcionário tem que montar e distribuir o sanduíche em tantos segundos senão ele não serve. Nesse contexto, temos no Brasil a grande possibilidade de mostrar para o mundo que há uma perspectiva diferente de governar, o que seria uma alternativa ao liberalismo cruel. Agora faça uma outra pergunta: Como o governo pode enfrentar esse mercado cruel e devastador, que leva a nossa riqueza, nossa força de trabalho, e até, se descuidarmos, a nossa dignidade?

5.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Nelson Rodrigues dos Santos

Gostaria muito de continuar e falar sobre essa última coisa, mas, por achar essa intervenção muito rica

e muito desafiante, e até pelo nosso tempo, eu proponho fazer um desafio aos organizadores para continuar esse debate em outro momento aqui mesmo, no “Café com Idéias” nessa mesma linha, sem prejuízos de outras, é claro, e outros assuntos muito importantes, e que merece ser discutida aqui é a questão das buscas de políticas públicas democráticas e do resgate da cidadania. Esse que é o grande eixo da nossa angústia diária.

Termino me congratulando com o DAD, com um dirigente, no entanto, coletivamente dirigido, testemunhei isso, e posso falar que o DAD é o departamento mais SUS que tem hoje nesse Ministério, mais SUS, porque ele foi criado para o SUS e pelo SUS. Os outros já existiam antes. O processo participativo dentro do DAD, todos nós testemunhamos, e só podia vir dele uma iniciativa tão grande como esse espaço do “Café com Idéias”. Eu me disponho a voltar aqui para debater os rumos do SUS e o processo participativo, sobre a importância de colocarmos o SUS de volta aos trilhos que foram eleitos pela Constituição e pela sociedade brasileira em 88.

Paulo Roberto de Santana

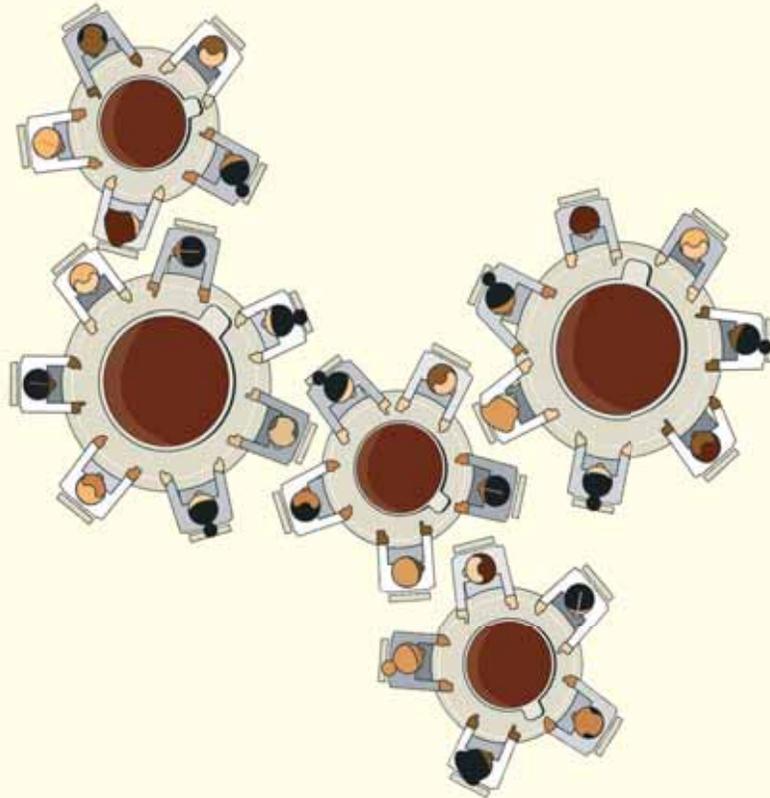
Bom, eu também gostaria de agradecer, pela oportunidade de participar desse momento de reflexão, que para mim foi extremamente rico, atualmente estou fechando o meu doutorado, no qual estou mergulhado exatamente nesse assunto, analisando o programa saúde da família, e as ações intersetoriais. E esse momento de pensar a participação, de ver a construção desse momento, se o que estamos fazendo está cumprindo esse papel. De modo que essas provocações aqui são muito importantes, porque elas nos ajudam realmente a pensar, a escrever e a debater, além disso, expor idéias, e ouvir contra-argumentações, porque eu acho essa idéia do Café, que eu não conhecia, muito enriquecedora. Obrigado, estou feliz por estar aqui com vocês, obrigado.

Participante E

Para encerrar eu sempre tenho uma poesia e escolhi uma que tem muito a ver com o momento que estamos vivendo com o processo de participação. É uma poesia do capixaba Jeir Campos. Ele diz assim:

*“Morder o fruto amargo e não cuspir, mas avisai
aos outros o quanto é amargo,
Cumprir o trato injusto e não falbar, mas avisai
aos outros o quanto é injusto,
Sofrer o esquema falso e não ceder, mas avisai aos
outros o quanto é falso,
E quando em muitos a noção pulsar do amargo,
do injusto e do falso mudar,
Confias a esse povo exausto a construção de um
mundo justo e muito mais feliz”.*

ÉTICA NA GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS



Rosana Onocko Campos

Elma Zoboli

6 ÉTICA NA GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

CAFÉ COM IDÉIAS – AGOSTO DE 2005

Rosana Onocko Campos

Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Universidade de Campinas

Elma Zoboli

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva/ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

6.1 Falas Iniciais das Facilitadoras

Rosana Onocko Campos

Aceitei o convite para participar deste Café há vários meses atrás, e enquanto preparava esta fala pensava: que presente de grego! Porque vir a Brasília falar de ética, gestão e políticas públicas nesta época é uma saia justa. Eu vou tentar, e peço a maior compreensão e tolerância, pois estamos vivendo horas muito conturbadas que nos dificultam a reflexão.

Ao lembrar de coisas que eu havia aprendido e estudado sobre ética em diferentes momentos de minha formação, pensei: “o que isso, às vezes um pouco antigo, um pouco velho, tem a ver com a nossa vida hoje?”.

Vários autores concordam em dizer que essa discussão sobre a ética é antiga e está presente na história da humanidade. Muitos deles concordam em atribuir à Aristóteles uma primeira distinção entre o que o filósofo denominava de dois tipos de conhecimento: o conhecimento técnico e o ético. Dizia o velho Aristóteles que, o homem, sabendo o que quer fazer (ou seja

os fins) quando se trata de objetos desenvolve meios para fabricá-los (*poiesis*) e, sendo as finalidades boas, a bondade dos meios decorre naturalmente. Essa fabricação de coisas, com seus métodos conhecidos e pré-estabelecidos, é a característica do conhecimento técnico. Uma técnica está pronta *a priori* e pode ser ensinada, e repetida em inúmeras situações e lugares. Eu costumo utilizar o exemplo – na saúde – da cirurgia: tendo um diagnóstico, a técnica cirúrgica decorre dele mais ou menos naturalmente. Há passos preestabelecidos e qualquer um pode apreender uma técnica com esforço suficiente.

Contudo, no mundo da polis, das cidades, dizia Aristóteles, as coisas dos homens não podem ser assim resolvidas. Por um lado porque o homem não dispõe de si da mesma maneira de que dispõe dos materiais da natureza. A outra razão é que no mundo da polis (isto é da política) a bondade dos meios não decorre naturalmente da bondade dos fins. Por isso, ensinava Aristóteles, o político, o juiz e o filósofo deveriam, ante cada situação, sempre buscar conselho consigo mesmos antes de tomar uma decisão. Isso seria patri-

mônio da *phronesis* (prudência). Ou seja, séculos antes de Maquiavel, Aristóteles afirmava que o fim não justifica os meios. A interrogação sobre quais os melhores (e os bons) meios seria uma característica do conhecimento ético. É esta, desde sempre, uma característica da política, da polis, das coisas dos homens, das leis.

Segundo alguns autores, a tomada dos meios pelos fins é o que caracteriza a burocratização, a alienação. Na política por exemplo, é clássico que a tomada do poder é um meio... um meio para quê? Quando os meios se transformam em fins - o poder pelo poder em si e não o poder para mudar algo - acabou a política, acabou a ética no sentido aristotélico, acabou a dúvida, o consultar consigo mesmo...

E agora pensemos um pouco – pulando muitos séculos – no contemporâneo. Que difíceis têm sido esses últimos meses neste país! Quanto dura o contemporâneo? Estritamente, menos do que eu demorei em pronunciar a palavra. Acabei de dizer “contemporâneo” e ela já é passado. Isso para caracterizar o contemporâneo como instável. Pst! Passou... Além de instável o contemporâneo é sempre crítico, no sentido

de – pelo menos em tese – estar aberto a um futuro desconhecido, em crise, portanto.

O contemporâneo é também fruto da história, a forma na qual (de qualquer forma) somos tocados pela história. É no aqui e agora que temos chances de fazer história, de resistir à história, de escolher quais as tradições com as que desejamos comprometer nosso futuro.

E o que tem a ver isto tudo com Aristóteles? Pois bem, a vida só acontece no contemporâneo. As coisas da polis também. A política também. Não estou tentando, com esta argumentação, negar toda a tradição de captura que velhas práticas políticas têm produzido. Um presente que parece já todo construído para sempre. Um contemporâneo que aparece como eterno repetir. Uma gestão inócua, pois abriu mão para sempre de fazer as práticas diferir daquilo que nos foi dado pela história. O que é fazer, hoje, gestão e política no Brasil? Cumprir ordens de algum chefe? De qual? Que por sua vez cumpre ordens de quem? Serve a quem?

O dilema ético nos assedia no contemporâneo. Ele nos pede decisões para já, às vezes se transveste de urgência para que não tenhamos chances de pensar.

Creio que o exercício da crítica não pode ser dissertativo, nem muito menos retórico, creio que construímos nossa crítica no contemporâneo com ações, no futuro com formas, maneiras de produzir processos, criar outras heranças e fundar novas tradições do futuro. Creio na história, mas não na que me deixaram para viver, senão na que deixarei para os seres humanos do futuro.

E, no trabalho, em cada pequeno gesto miúdo de nosso produzir mundo cotidiano, o aqui e agora se nos abre como um convite a fazer diferente, a fazer com sentido, a fazer sabendo porque e para quê. Nunca acreditei no estragar o presente em nome do futuro. E isso não quer dizer não ser capaz de fazer esforços hoje em prol do amanhã. Mas eu quero manter ativa a reflexão sobre as finalidades e os meios.

Considero-me otimista, e cada vez menos ingênua. Mas, tenho pensado que esta crise atual da política brasileira precisa de um pacto, porém não de um pacto entre partidos políticos ou poderosos. Precisa de um pacto nosso, dos de baixo. Um pacto que recupere o “pacto dos irmãos” do qual nos falou Freud para

explicar o advento da civilização em épocas primevas. Que não é o pacto na culpa pela morte do Pai, senão a aliança fraterna no compromisso de não deixar jamais a alguém o exercício do poder absoluto. E isso, penso, só poderemos fazer no coletivo e sustentar na miudeza do gesto cotidiano.

Elma Zoboli

Também passei pela mesma angústia que a Rosana. Chamaram-me aqui e até brinquei com o pessoal: “Tenho que ir lá falar de ética e gestão nas políticas públicas”.

Passei então a me perguntar como nos mantermos éticos, ou seja, como defendermos aquilo que acreditamos. E falo em “aquilo que acreditamos” enquanto partícipe da Sociedade Brasileira de Bioética e da Rede Latino-Americana de Bioética em que há um pacto – e talvez agora tenha aprendido aqui que é um pacto de irmãos – queremos uma vida digna para todos. Ou seja, que todos tenham direito de desenvolver o máximo das suas capacidades. Isto é, para mim, o *the-los*, que colocava Aristóteles. Não estou defendendo

a adoção da metafísica, mas, é essa, enfim, a finalidade que colocava. Sempre me lembro de um professor de ética, Olinto Pegoraro, do Rio de Janeiro, dizendo que todos nós queremos viver, todos nós queremos viver bem e todos nós queremos viver sumamente bem. Mas, para viver sumamente bem há um caminho para trilhar. E aí passamos pelos fins e pelos meios.

E aí comecei a me perguntar, frente a tudo isso que estamos vivendo, onde vamos resgatar um sentido? E, sem conversar com a Rosana, pensei numa mesma coisa, que é o cotidiano. Isso eu venho refletindo há algum tempo e acho que durante muito tempo, historicamente, pessoalmente, nós apostamos nas grandes mudanças, nas mudanças estruturais e como se, por milagre ou por conseqüência “quase natural”, as mudanças das opções de cada um viriam por decorrência. Mas, na verdade, talvez tenhamos que fazer o caminho inverso.

Algo me chamou a atenção quando cheguei aqui. Esse logo, a arte final do “Café com Idéias”, eu olhei de duas formas: a primeira idéia que veio em minha mente foram flores, e depois veio a questão de engrenagens. E então pensei assim: “são engrenagens num

trabalho, mas um trabalho – em saúde – que não pode ser mecânico, pois é um trabalho que lida com um sumo bem, que é a vida das pessoas, o projeto das pessoas”. Estejamos em que nível estivermos da cadeia de produção em saúde, desde a ponta da rede – e eu já estive na ponta da rede – até o Ministério, fazendo a gestão da política pública, estamos lidando com o sumo bem das pessoas, um dom. Então o trabalho em saúde deve ser regido por uma delicadeza, da gentileza do cotidiano, do acolher o diferente, de olhar o outro, do diálogo. Seria como introduzir a flor na dureza da engrenagem do trabalho: que nos pega desta forma, não só com as rotinas, mas também com essas perplexidades do que se aposta e, de repente, não o é mais.

Então, essa é um pouco a provocação: como colocar a delicadeza, a flor no mundo do trabalho. Por quê? Porque é no mundo do trabalho que faço a ética. Eu costumo olhar os textos, várias pessoas escrevem sobre ética, e é como se fizéssemos da ética uma entidade à parte do mundo de trabalho, e ela parece, muitas vezes, algo que paira. Não! A ética é algo integrante do mundo do trabalho, do cotidiano, e eu tenho que

fazê-la na dureza do mundo real. Essa é a provocação que eu queria deixar para vocês.

6.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Acho que foi muito interessante as duas facilitadoras terem focado no cotidiano, e acho que essa é uma questão importante porque nós, muitas vezes, pensamos no tema da ética como algo que pode estar em outro lugar. Uma vez eu estava lendo um texto do Cristovam Buarque em que ele dizia que uma das dimensões da ética é “qual é o projeto de sociedade que estamos buscando”, ou seja, se isto está de acordo com o que faço a cada momento, ou se isto fica para outro plano.

Para nós que trabalhamos no cotidiano de construir políticas públicas, e que nem sempre temos as condições que achávamos que deveríamos ter, enfim, ou estamos na situação que achávamos que deveríamos estar: como é que temos lidado com isso? Como é que pequenas decisões nossas do cotidiano estão nos aproximando ou distanciando dessa conquista? Acho

que é uma reflexão interessante: que possamos olhar para esse “pequeno” do dia-a-dia e trazer para ele a dimensão ética.

Participante B

Eu gostaria de destacar um aspecto, que talvez nem seja o mais importante, mas é como ponta de instigação: a questão dos meios e dos fins.

Estamos vivendo hoje num mundo político e temos em nosso país um grande susto na questão de meios e fins, e acho que o desafio é esse mesmo: as várias sociedades – não só a brasileira – que vivem séculos e gerações e gerações com valores, que de um lado mantêm uma dominância e uma injustiça social de uma minoria, contra grandes maiorias.

Por outro lado vemos que essas sociedades acabam assumindo, mesmo que inconscientemente – vamos chamar isso de “inconsciente coletivo” – uma escala que é a de valores da injustiça, como se aquela maioria injustiçada, assumindo essa escala de valores, pudesse enxergar uma escadinha por onde ela subiria de injustiçado para justificado. Ou seja, é uma escalada que só

uma minoria consegue cumprir mas, a maioria, acha que um dia poderá estar entre os 3 ou 4% que chega.

Então, essa escala de valores, paradoxalmente e drasticamente, acaba sendo assumida pelo conjunto da sociedade. E aí vem a questão: como é que vamos fazer um SUS justo, um modelo que atenda à cidadania, independente de classe, raça, etc, usando o instrumento da tabela de pagamentos de valores por produção? Nós herdamos um instrumento dos dominantes de interesse de mercado e queremos, com este instrumento, construir o pagamento de serviço de saúde para a cidadania, para direitos de todos.

Como vamos querer fazer um SUS justo, de cidadania para os 180 milhões de brasileiros com repasses federais, com 110 “caixinhas” submetendo Estados e municípios a meros executores de caixinhas federais. Começamos então a fazer uma série de perguntas: como é que podemos pensar numa ética, que eu diria “ética social” se a sociedade tem uma ética onde ela mesma acoberta a injustiça contra ela mesma, sem tomar conhecimento e sem se posicionar nessa base dos irmãos contra o pai autoritário?

É uma crise de valores da sociedade, que coloca todo o quadro político-partidário do país, e todo o quadro dos aparelhos do Estado, como malfeitores da sociedade porque todos estão assumindo que vão fazer o bem com instrumentos do mal. Vamos transformar a sociedade com os instrumentos herdados contra a sociedade?

Que instrumentos vamos adotar para uma ética social justa, igualitária e de solidariedade na humanidade? Que meios e instrumentos seriam esses, imaginando quase que utopicamente, para podermos, com esses meios, começar a mudar a realidade desde já, para transformar a sociedade com os meios do futuro, e não com os meios do presente? É utópico? É um sonho? Acho que não. Acho que é uma busca.

Mas, o que está provado até agora não é o acerto dos instrumentos que temos que inventar – temos que inventar e aplicar. O que está provado é que com os instrumentos herdados do Estado dominante, dos partidos dominantes e da classe dominante, não vamos transformar nossa sociedade. Pelo contrário, inconscientemente, ao assumir esses meios, na escalada político-partidária ou na escalada de poder do Estado,

vamos acabar gostando de aplicar esses meios para reproduzir o poder, e não para transformar a sociedade, como está acontecendo em todas as escalas de partido e em todas as escalas do aparelho do Estado.

Só quero terminar e falar que, na minha idade, na minha geração, há uma certa perplexidade de passar a vida inteira buscando os meios para transformar a sociedade, porque com os meios dos dominadores não estamos conseguindo transformar: passamos a ser novos dominadores.

Participante C

Fui gestor nos últimos dois anos no Sistema Municipal de Saúde, em Minas – Uberlândia, cidade de 600 mil habitantes – e constatei algo com a minha experiência: entre tantas dificuldades que no sistema de saúde tem, temos uma situação de grande tensão na linha de frente do sistema, entre os servidores do sistema e a comunidade – os usuários. E, quando ouvimos isoladamente um lado ou outro, acabamos dando razão para cada um mas, na verdade, permanece uma situação de grande tensão.

Não são raras as ocasiões em que funcionários são agredidos fisicamente e são também muito freqüentes, infelizmente, as situações inversas, em que as pessoas são maltratadas, mal conduzidas, enfim, rejeitadas ou se sentem rejeitadas, etc.

Há razões de sobra. Se as razões são causa ou consequência, podemos analisar melhor. Mas, se entrarmos em qualquer unidade do sistema de saúde brasileiro, com raras exceções, vamos encontrar um ambiente extremamente inóspito: grades nas janelas, ambiente pouco apropriado do ponto de vista estético – paredes sujas, descascadas, chão sujo. E vamos encontrar uma quantidade incrível de cartazes – depois da era dos computadores e das impressoras ficou fácil fazer cartaz – em que na sua maioria tem uma palavra-chave: “não”, “não pode”, “não tem”, “acabou”, “semana que vem”.

Então, hoje, só de visitar uma sala de espera de uma unidade comum – não estou falando das melhores mas, infelizmente, as melhores são minoria – percebemos um ambiente de rejeição quando o paciente chega lá e, esse paciente também, ao chegar, nem sem-

pre tem um comportamento à altura do que se espera. E é muito freqüente também hoje – eu já vi em vários lugares – um desses cartazes ser um artigo da lei do estatuto do funcionário público que diz que quem desatentar funcionário público pode ser preso. Ou seja, isso não é um ambiente que favorece um relacionamento harmônico e adequado entre as pessoas.

O que tudo isso me faz constatar é o seguinte: primeiro – e eu já falei – é um lugar de tensão. Em segundo lugar, como é que vamos reciclar isso? É uma grande preocupação. Seria bom que a sociedade fosse como uma máquina, que apertássemos aquele botão, como o do computador, e começássemos tudo de novo. Mas a sociedade não é assim. Temos que encontrar realmente a palavra “pacto” – que me parece adequada, embora seja vaga, pois não sabemos bem como se faz esses pactos – pois estamos diante da extrema necessidade de um pacto amplo em que, de um lado da linha, estejam os servidores do sistema de saúde – que são muito sofridos – e, de outro lado da linha, os usuários, e que os mesmos possam começar a se entender.

Outro dia, uma dessas personalidades das CPIs, e eu prefiro nem citar qual delas, falou algo que achei muito correto: ele disse que está havendo uma “tribunalização” da vida brasileira. Então, hoje se tem o seguinte: os usuários saem do sistema de saúde e vão direto para o Ministério Público, polícia e imprensa. Ou seja, o sistema de saúde perdeu, inclusive, essa capacidade que ele deveria ter, de ser também um sistema onde se pratica uma advocacia dos interesses do cliente. O cliente não sente que foi atingido: ele corre para outra instância, é promotor, é juiz receitando, a imprensa fazendo seu “sensacionalismo” e, principalmente o Ministério Público, atrás dos holofotes da ribalta, para mostrar seu desempenho.

Então, acho que o fundo do poço provavelmente está próximo, e a saída para isso é um pacto ético. Nós, que somos servidores públicos e os outros, que são membros da política, do Ministério Público e as corporações profissionais deveriam, no meu entendimento, estar mais empenhadas na busca desse pacto do que na ação corriqueira corporativa, que eles vêm desenvolvendo até agora.

Participante D

Sou o Diretor do Departamento de Regulação, da SAS – Secretaria de Atenção à Saúde. Não tenho tanto cabelo branco, mas tenho que reconhecer que os dois anos que estou aqui contribuíram bastante para o aumento daqueles que tenho.

Considerando a conjuntura em que vivemos, as pessoas têm medo – medo de ir à rua, de brincar na rua, medo de se relacionar – e até daquelas pessoas que votamos e elegemos, as pessoas têm medo de aparecer junto delas. Porque as pessoas vão se fechando em grupos cada vez menores, até chegar ao indivíduo, procurando, dessa forma, a garantia de seu espaço?

Vou usar um exemplo de serviço. Fui secretário por muito tempo de uma determinada unidade, onde havia uma pessoa que morava na região e era militante e que brigava muito na porta das unidades, dizendo que os funcionários estavam fazendo isso e aquilo. De repente, ela passou num concurso e foi trabalhar em uma outra unidade. Ela foi para o outro lado do balcão, e a reação dela foi o oposto, ou seja, de oprimir, de colocar o cartaz de “não pode”.

Quando vamos começar a superar isso? Outras vezes em que debatemos aqui a participação popular, eu usei o mesmo termo: vamos para a escola e ensinamos o menino a ter medo, a ser egoísta, a disputar a sua sobrevivência de forma que ele tenha que derrubar alguém. Quanto tempo precisamos para superar essa relação de ética na sociedade?

Então, a preocupação que tenho é que estamos em uma situação que pode até ser o fundo do poço, ou não, e conseguimos enxergar que ele é fundo mesmo, ou que vai ser muito difícil voltar mas que não é o fundo ainda. Pensando nessa perspectiva, quando é que vamos mudar? Levará mil anos para isso? – pois há mais de dois mil anos alguém falou o que era ética, e não conseguimos superar.

Participante E

Estou chegando num setor de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Gostaria de tomar alguns pontos que foram levantados. Primeiro, que o participante C e depois o participante D fizeram referência ao poço – estar no fundo do poço. Outro dia ouvi al-

guém falar o seguinte: “Não reclame que o buraco está fundo. Agradeça que ainda não tem terra por cima”. Então, às vezes essa imagem de estar no fundo tem outra versão.

Eu gostaria de falar de dois aspectos: um, é a questão do profissional de saúde, que foi bastante tocado aqui, e pensar em algumas das imagens que a televisão veicula, as músicas, que retratam um profissional de saúde desumano. Numa cena acontece um acidente de verdade, vai passar na televisão, e depois o profissional fala “bom, estou indo embora porque vai começar a novela e já deu meu horário. Vou chamar um profissional para limpar o chão...”. E é isso que, muitas vezes, as pessoas reclamam de quem está na unidade de saúde.

Tenho tentado discutir isso pela perspectiva do sistema defensivo. Os profissionais de saúde, diante do sofrimento da população que chega a uma unidade de saúde, se ele for se sensibilizar e se condoer com cada um desses sofrimentos, ele chora, se mata, mata alguém, enfarta... Então, ele cria um sistema de fazer de conta que aquilo não existe, que quem está na frente

dele não é um ser humano. E aí ele consegue conviver com aquela situação.

Se não admitirmos que isto está acontecendo, como é que fica a discussão de gestão do trabalho e educação em saúde em relação a isso? Como é que estamos efetivamente enfrentando essa questão? E aí o participante B colocou algumas pontuações sobre a necessidade de pensar o novo. Estamos utilizando velhas fórmulas.

O segundo ponto, então, é o seguinte: da mudança no pequeno, no varejo. Por exemplo: essa questão do medo na sociedade – que também foi colocada – e os condomínios fechados. Vamos combinar que ninguém vai para um condomínio fechado? Vamos combinar que não vamos fechar o vidro do carro quando alguém chegar? E uma série de outras combinações e ver se conseguimos romper com essa tendência? Ou vamos fazer uma crítica do macro, dos grandes comportamentos e reforçar essas práticas que questionam todos esses valores?

E então vou usar um exemplo de uma discussão sobre medicina do trabalho. Observamos o compor-

tamento de um médico do trabalho, fazendo absurdos com relação à gravidez de uma mulher ou um trabalhador portador de uma doença, então imaginamos que esse profissional, quando pegou o diploma, esfregou as mãos e disse “Bom, agora vou *sacanear* a população. Agora vou fazer trabalhador sofrer...”.

O que fez com que esse indivíduo se transformasse naquele vilão, que fez aqueles absurdos? E eu tenho defendido o seguinte: é como se nós, ao sairmos, decidíssemos em que faixa vamos caminhar, entre o branco e o preto. E eu opto, então, em caminhar pela faixa preta. Estou caminhando eticamente, profissionalmente, na faixa preta, e alguém vem e pergunta: “olha, estamos precisando... Você não quer ficar um pouquinho aqui na faixa cinza escuro?” E aí a pessoa diz “não vou fazer...”. E, dali a pouco, mais uma insistência, vai para a faixa cinza escuro. Fica um pouco e volta, fica mais um pouco e volta... E depois fica bastante tempo, e alguém chega e fala “olha, o cinza escuro não tinha tanto problema, agora é o cinza médio que estamos precisando que você fique um pouquinho”. E fica um pouquinho, e vai e volta... E aí ele está em um tom de

cinza em que ele não sabe mais o quanto ele está perto do preto, que ele disse que nunca iria abandonar, e do branco, que ele disse que nunca iria chegar.

Então, o que eu tenho defendido é a questão de ser intransigente – não pode transigir – e a questão dos grupos de referência, do coletivo, questionando cada ato nosso. Temos que verbalizar e tornar transparente, colocar no papel, seja nos meios de comunicação, falar abertamente sem medo de ser mandado embora. Porque alguém vai falar: “espera aí, companheiro! Você está fazendo isso! Você se lembra do que a gente combinou? Você se lembra dos nossos princípios?”. Então vejo esse ponto, de fazer com que as nossas ações sejam públicas, abertas, e o coletivo nos ajudar formalmente ou informalmente, a encontrar o rumo que muitas vezes vai se perdendo.

Participante F

Acho que é fundamental que estejamos indignados com tudo que está acontecendo, nesse desvio da ética, no sentido do mau uso da coisa pública. Mas, o que me impressiona é não termos – e estou me incluindo

nisso – ficado com a mesma indignação quando o uso da coisa pública não mudou a desigualdade social e não fez transformar o país.

Acho que – e para mim este é um dos grandes riscos da crise atual que vivemos na política – não podemos ver a discussão da ética apenas no sentido do seu mau uso, do desvio dos recursos – que é absolutamente grave, obviamente – mas, que para aceitarmos esse desafio que você colocou, Rosana, de a gente começar agora com esse pacto de irmãos, tínhamos que fazer alguns acordos nesse pacto: o que não dá para aceitar. Não quero uma sociedade que só não roube ou que só não tenha “caixa dois”. Eu quero uma sociedade que mude as desigualdades, onde todos tenham acesso àquelas questões que são importantes no cotidiano.

Então, penso que a discussão da ética tinha que trazer também essa reflexão: como é que posso, a cada dia, me aproximar daquele fim que acho justo? É importante refletirmos se o que estamos fazendo aqui está nos aproximando, e onde não está e por que não está, e como me coloco nisso. Acho que só este incômodo já seria, talvez, uma parte do pacto de irmãos.

E a outra provocação que eu queria entrar. Quando foi citado o pacto de irmãos – eu conhecia do Freud em outro contexto – o que me incomoda um pouco no termo é que “irmãos” pode parecer igual. Sabemos que não, mas pode parecer um pacto do mesmo grupo. E acho que cabe uma reflexão sobre o lugar que tem a diferença entre nós, da maneira que vamos construindo as relações. Nosso sistema de saúde colocou os tuberculosos para fora, coloca os loucos – ainda hoje, por mais que estejamos tentando, e estamos avançando muito – em outro lugar, bem longe de mim. E quando há diferenças: toma as escolhas sexuais e coloca-se num crivo de certos e errados. Enfim, fazemos sempre um crivo das diferenças e colocamos as diferenças num lugar que não é aquele que gostaríamos de estar. Acho que avançamos muito, pois já temos várias movimentações de defesa para que haja a inclusão da diferença.

Agora, pensando no nosso cotidiano de trabalho. Temos tentado – acho que a maioria que está aqui trabalha em estratégias concretas nessa direção – integrar a ação do Ministério. E nos deparamos, todo o tempo, com a disputa das diferenças: “porque a diferença

de tal área... Eu tenho que diminuir aquela área para a minha área aparecer...”

Então, tudo isso faz parte dessa provocação da ética. É interessante fazer esse pacto, se for um pacto de irmãos que podem ser absolutamente diferentes. Lembro-me uma vez, em que fui fazer um trabalho de apoio numa escola, com os professores, e a direção pedagógica pediu para trabalhar a questão da diferença. E a diferença, enfim – talvez por ter militado muitos anos no setor manicomial – é uma coisa boba. Que bom que tenha a diferença. E você chega para trabalhar com os professores, e a primeira coisa que eu fiz foi que eles representassem o que a diferença, o diferente, trazia para eles, de imediato. Eram 35 professores, e foram 35 palavras negativas. Ninguém representou o diferente como algo positivo: era o problemático, etc. E penso que às vezes reproduzimos um pouco isso, nas pequenas diferenças, enfim, no cotidiano.

Participante G

Estou na assessoria da secretaria-executiva. Eu queria falar sobre a nossa reflexão, mas meu ponto de

partida é antes de eu estar no Ministério da Saúde. Eu sou do Tocantins e, quando era menino, me lembro muito de, no final da tarde, ver todo mundo sentado na porta das casas, nos bancos. E nós ficávamos escutando histórias e, à noite, ia ainda escutar outras histórias, de assombração e outras coisas.

E, na verdade, isso acabou. E muitos de nós reclamamos por ter acabado, e nos queixamos mas, sem procurar substituir isso pelos momentos atuais. Estou vendo por exemplo, aqui no Ministério da Saúde, essa proposta do “Café com Idéias”: é o banco do final de tarde para sentarmos na porta de casa e conversarmos. E estamos atualmente submetidos a um volume tão grande, não só de informações, mas de reflexões, e, vendo a complexidade das mudanças que temos que operar, às vezes, ficamos mais desanimados que animados com o a realidade.

Eu, até uns cinco anos atrás, me angustiava muito sobre qual o rumo que íamos – a sociedade como um todo – mas, principalmente a relação da população mais jovem com o meio ambiente, a natureza, o local de trabalho, o local de moradia, as ruas, o respeito en-

tre os vários – carros, pedestres, animais e tudo mais. E, de dois anos para cá, estou muito aliviado porque estou vendo que os meninos de 10 anos, 12 anos, estão com uma consciência de preservação e de solidariedade, identificados com o meio ambiente, muito mais que os de 30 ou 40 anos, que tiveram, naturalmente, uma fase pós-ditadura e foram proibidos de experimentar a solidariedade.

Então, todos os aspectos que vários de nós apontou agora, em relação aos serviços de saúde, a nossa postura, a nossa conduta, que é muito mais no sentido do tanto que temos que fazer ainda, não podemos negar o que temos – não só produzido – representado para outros setores.

E não vamos lutar e nem vencer tudo isso com medo de pessoas. Por mais idealistas que sejamos, por mais resistentes, por mais competentes que sejam os cabelos brancos de todos aqueles que ainda estão na luta – e muitos estão na luta. Temos que ganhar os corações e as mentes, não só dessa juventude. Saúde não é mais só questão de cidadania, de integralidade, é a própria sobrevivência, não só individual, mas da famí-

lia, do grupo, do planeta e, para isso, precisamos ter outras formas de organização, outras formas de comunicação. Não vai poder ser a comunicação lá do banco – apesar de ser uma delícia você ficar no banco à tarde: quem vai ainda ao interior... e que delicioso que está este café. Aliás, eu já falei hoje na avaliação do Café com Idéias: isso aqui é uma delícia – não só as comidas, os sucos – ver tantos companheiros angustiados como estamos – e às vezes nos sentimos sozinhos nos corredores do Ministério.

Então, eu queria trazer muito mais esse alento de que nós, por mais que achemos que estamos fazendo pouco, só com o testemunho e a persistência que estamos tendo, inspiramos outros. Dom Élder Câmara falava, já há uns 20 ou 30 anos: o que está faltando mais é a articulação das minorias.

E temos um instrumento poderoso agora, que foi criado até para nos dominar mas que pode ser revertido a nosso favor, que é a comunicação através da internet. Aliás, tem mais pessoas ouvindo e nos acompanhando pela internet, do que nós mesmos aqui presentes. Então, temos que pensar essas outras formas.

Não dá mais para os técnicos, diretores e secretários do Ministério da Saúde fazerem reuniões técnicas e financeiras, de discussão, com os gestores estaduais e municipais, se não levarem para lá os professores, os prefeitos, os deputados, os pais-de-santo e os padres, para se discutir o que está acontecendo naquela realidade, e não em Brasília, São Paulo ou aonde mais.

Participante H

Só para aproveitar aqui o texto que foi colocado ou que a coordenação do evento deixou nas mesas: “É realmente muito difícil separar a ética do cuidar da saúde, da ética empresarial”. Essa frase, pinçada e isolada do contexto, é extremamente problemática, pois sempre trabalhamos – nós todos – na perspectiva de que há uma diferença entre o cuidar da saúde e o que faz empresa ou a ótica empresarial: a empresa visa lucro, não tem finalidade igualitária ou equitativa e está inserida no mercado. Mas, esse autor aqui – que eu não conheço – está afirmando justamente o contrário.

Essa frase ilustra bem uma situação antiga, em que nós, da saúde, também nos refugiamos em certo terri-

tório, que é o território do SUS e da defesa do interesse social. Na medida em que nos isolamos, nos exilamos e também deixamos de perceber outras coisas, de outros territórios, que também nos interessam. Eu pergunto e já respondo: será que dentro do território das empresas não tem nada que nos interessa? Essa questão, por exemplo, da eficiência – e eu sou de um tempo em que a palavra “eficiência” era tratada com uma certa fobia, porque todos que procuravam discutir eficiência para o setor público eram vistos com maus olhos.

No entanto, hoje eu acho que temos que discutir eficiência dos nossos serviços, sim. Nossos serviços têm que ser bons, inclusive em gastar recursos de maneira eficiente, produzindo o melhor resultado possível, fazendo a coisa certa e com o menor custo possível. Assim, também, é a questão da “meritocracia” – essa palavra talvez seja um pouco pesada. Mas, até que ponto vamos conviver com a ausência de uma carreira de Estado, com pessoas que não têm, muitas vezes, qualificação, e que vão tomar o lugar de outras que são muito bem qualificadas. Isso é algo que está lá na empresa capitalista há muitas décadas.

E o foco no cliente? Se analisarmos, esse nasceu na empresa, a empresa é que se preocupou. A Coca-Cola começou a fabricar o refrigerante de dois litros quando ela verificou que as famílias queriam consumir coca-cola não em garrafinhas, mas em “garrafonas”. E depois reduziu de novo para coca-cola de meio litro, um litro e meio, exatamente porque ela percebeu que as famílias estavam reduzindo de tamanho, que havia pessoas morando sozinhas, e que estas não iriam comprar uma coca-cola daquele tamanho e que não iriam comprar garrafa de vidro. E os carros passaram a ter duas portas, três portas, cinco portas, enfim... Acho que não podemos nos isolar tanto no nosso mundo.

Vamos colocar do que não podemos abrir mão, como por exemplo, do igualitarismo, da equidade, de que não somos empresas sujeitas a lucro, não estamos disputando vagas no mercado. Inclusive eticamente, a questão da eficiência e do foco no cliente – para não falar em outras, a questão do mérito nas promoções – devemos colocar isso, no meu entendimento, como requisito ético do nosso empreendimento de saúde e do serviço público, inclusive.

Participante I

Eu vi uma pesquisa, há algum tempo atrás, que eu uso até em uma transparência e que é muito interessante. Numa cidade americana de porte pequeno, foi feita uma pesquisa colocando dez sintomas como tosse, dores no corpo... E foi feita uma pergunta para a classe “A” e para a classe “D” e a avaliação do que significava o sintoma para as diferentes classes era absolutamente diferente.

Então, o indivíduo, o trabalhador, que tem uma gripe, trabalha o dia todo na picareta, gripado, com febre, debaixo de sol. Um executivo com gripe não vai trabalhar por dois ou três dias. E é a mesma doença, o mesmo sintoma.

Além da solidariedade e da generosidade, que tem que fazer parte de nosso trabalho na área da saúde pois foi isso que escolhemos, tem outro fator que é importante, que é a compreensão do aspecto psicológico, não só na questão do sintoma – o que representa para um e para outro – mas, o aspecto de que todo indivíduo que está com algum sofrimento, seja físico ou psíquico, seja adulto ou criança, está regredido psicologicamente. Se

ele está regredido, ele passa a ver, sentir, pensar e agir como já viu, pensou e agiu quando era criança ou em determinada fase.

Então, nós, profissionais de saúde, temos que lidar com uma pessoa que não está no nosso nível, do ponto de vista cronológico e do ponto de vista afetivo. Se vamos lidar com uma pessoa que está vulnerável – porque ela está regredida – se somos agredidos e reagimos, é como se estivéssemos brigando com uma criança – uma criança nos agride e agredimos de volta.

Quer dizer, tudo o que se passa numa relação profissional de saúde/ paciente – o nome já diz – tem que ser entendido, do ponto de vista intelectual e afetivo, e tem que ser percebido no momento em que está acontecendo. E é isso que está faltando para nós, profissionais de saúde: entender essa relação, nesse nível psicológico. Se a gente não entender isso, será uma pessoa lidando com outra pessoa, sem nada de diferente. O diferencial está em entendermos o nível de regressão da outra pessoa.

E acho que isso deveria ser mais difundido em trabalhos e outros. Entre na internet e peça “relação médico-paciente” e vejam o que vão encontrar – eu já fiz

isso. Há pouquíssimas coisas escritas a respeito.

Trazendo o foco um pouco mais para a saúde, essa compreensão é fundamental para agirmos com ética, porque a ética de um adulto que lida com uma criança é uma ética diferente da ética de adulto para adulto.

Participante J

Trabalho na GGSAN – Gerência-Geral dos Saneantes da Anvisa. Do ponto de vista da contribuição para o tema de “ética”, quando o participante H falou a respeito da parte das empresas, nós trabalhamos em contato com as empresas quase o tempo todo.

A contribuição de ética que temos com esse lidar diário, é lembrar constantemente da relação assimétrica que existe entre a população e o poder econômico de quem coloca os produtos no mercado. Essa relação de assimetria precisa ser preservada e precisa ser cuidada muito atentamente.

Então, como contribuição para a ética, com relação à saúde, temos uma situação que é limítrofe: todo mundo trabalha e todo mundo gosta de ter seus produtos devidamente regulados, com uma garantia de

risco adequada. Só que trabalhamos quase o tempo todo com informações que são prestadas sempre *a priori*, e não *a posteriori*.

Nosso Brasil não faz algo que talvez outros países façam, que é monitorar o que efetivamente tem. A ética é construída, no meu modo de entender, na intenção em produzir algo e nos responsabilizarmos por isso. Nós fazemos um papel bem feito de controlar a parte do “dizer o que queremos fazer”. Agora uma parte do que estamos efetivamente fazendo e o risco ao qual estamos expondo as pessoas, ainda deixamos bastante a desejar.

Participante B

Quando comentei, anteriormente, sobre o “dom de buscar”, a Rosana falou algo que me pareceu muito interessante: para fazermos uma grande revolução, precisamos fazer pequenas revoluções diárias.

Talvez na organização dos serviços, uma revolução possível de fazermos é a do cuidar. O cuidar não é tratar. É outra coisa. Acho que discutir o “cuidar” possa ser uma alternativa, do ponto de vista da indução de mudanças cotidianas na organização de serviços. E o

cuidar pressupõe muitos aspectos para interpretarmos: reconhecer diferenças, perceber e entender o trabalhador de saúde. Do ponto de vista da relação social, o trabalhador de saúde tem as mesmas dificuldades de transporte, salário, que um conjunto de outras pessoas têm. A condição social dele não é diferente da condição social da grande maioria – a não ser que ele não tenha emprego – daquele outro que está lá dentro e que vai procurar o serviço.

Participante K

Essa questão da pequena revolução, de mudarmos nossa forma de pensar primeiro para depois agir, é fundamental. Penso numa outra questão, que é de como podemos fazer isso. Várias vezes nos remetemos à questão da educação, à forma de construirmos e conquistarmos corações e mentes para essa causa justa – e vamos fazer isso através do ensinar. E, no momento de ensinar – “olha, você tem que fazer isso, fazer aquilo...” - nós temos aquela idéia do “faço o que eu mando, mas não faça o que eu faço”. Essa é a maneira com que nós, de maneira geral, praticamos a educação.

Então, voltando a falar dos gregos em 300ac. Ele não eram professores nesse sentido, mas eram profissionais que cuidavam de outras pessoas. E, nesse ato de cuidar, trocavam conhecimentos, e conquistavam corações e mentes de pessoas. Essa dimensão, por muito tempo, por conta da educação de massa, dessa educação de produção, se perdeu. E é talvez – eu não sei – o principal resgate que se precisa fazer para começarmos a pensar nessa formação coletiva.

6.3 Considerações Finais das Facilitadoras

Elma Zoboli

Algumas idéias chave parecem ter permeado o “Café” e gostaria de destacar algumas: A universalidade do sistema de saúde; a interface possível entre as estratégias e os procedimentos típicos do modo empresarial de produção e a ética na gestão da saúde a necessidade urgente de se aliar cura e cuidado no mundo do trabalho cotidiano da saúde.

A incorporação de inovações tecnológicas e a possibilidade de tratar e curar doenças torna necessário mais

recursos para o financiamento do setor saúde, exigindo mudanças na sua organização administrativa, com a introdução da forma empresarial de organizar e estruturar o trabalho nos serviços e na gestão em saúde. Conseqüentemente, passam a integrar o dia-a-dia desta área novas preocupações antes tidas como exclusivas do mundo empresarial, por exemplo, eficiência, eficácia, qualidade e satisfação do cliente.

Para o setor privado da saúde, existe também a preocupação com o lucro e com a sobrevivência financeira da instituição. Entretanto, o papel, socialmente aceito e esperado, para os serviços de saúde é o de cuidar da saúde e da doença das pessoas, ou seja, lidar com o dom mais precioso que é a vida das pessoas e, na maioria das vezes, no especialíssimo momento do seu sofrimento. Esta lida, apesar de todas as mudanças e transformações pelas quais passa o setor saúde, continua sendo seu elemento fundamental. À primeira vista, os conceitos que acompanham as novas preocupações que chegam com as modificações organizacionais e administrativas observadas e adotadas parecem se opor a este papel social, interferindo na relação de

cuidados que se estabelece entre os profissionais da área da saúde e as pessoas que sofrem.

Se a dimensão empresarial na organização e estruturação dos serviços de saúde não modifica as expectativas sociais acerca dos profissionais que neles atuam e que continuam tendo a mesma obrigação ética de sempre: buscar a excelência técnica e ética de seu trabalho, muda o caminho para alcançar esta excelência, que passa obrigatoriamente pela gestão eficaz, eficiente e efetiva das organizações sanitárias. As decisões administrativas, algumas vezes, podem entrar em conflito com as dos técnicos de saúde. No entanto, hoje em dia, a relação dos profissionais de saúde com o usuários dos serviços de saúde, como o próprio termo já denota, dificilmente ocorre fora de uma instituição, ou seja, é geralmente mediada por um complexo com características empresariais e pelos atos administrativos. Esta situação leva a alguns questionamentos sobre a natureza ética das decisões e dos atos administrativos que ocorrem na gestão em saúde. O gestor reconhece sua responsabilidade e o papel ético do setor saúde, com seus serviços e instituições? Quais os critérios, valores e princípios que o ges-

tor leva em conta no processo de tomada de decisões? Influenciam mais os aspectos econômicos, financeiros e gerenciais ou o usuário, enquanto pessoa, com dignidade e direitos? O gestor reconhece e dimensiona o âmbito ético de seu trabalho? Por mais que sejam difíceis as respostas a tais perguntas, o que é claro é que um gestor ético é aquele que se conduz eticamente o tempo todo e não apenas quando lhe é conveniente.

Sem dúvida, contrabalançar a eficiência dos custos com as considerações sobre as conseqüências, os direitos, o respeito às pessoas e a justiça constitui situação, por vezes, dilemática para o gestor da saúde. Se toda decisão administrativa, por envolver terceiros, tem uma dimensão ética intrínseca e inexorável, as que ocorrem no âmbito da gestão em saúde são ainda mais especiais, neste aspecto. Isto porque o terceiro envolvido é uma pessoa ou grupo vulnerável por sua enfermidade, por sua situação de exclusão social ou pela necessidade de cuidados. O gestor na saúde não pode, jamais, perder de vista esta especificidade da administração dos serviços de saúde no exercício de suas atividades e na tomada de decisões.

Isto requer que todos nós, na área da saúde, aliemos ao nosso trabalho o cuidado e a cura, ou seja, que nos movamos não apenas pela lógica do trabalho, mas também da cordialidade e do cuidado. Cuidado é a atitude da qual emanam atos e ações que geram vida, ou que ao menos, carregam em si, esta potencialidade germinativa. O gestor que se move pelo cuidado reconhece que os valores compartilhados em uma organização conformam dois grandes grupos: o dos valores finais e o dos instrumentais. Os primeiros estão associados à visão e à missão organizacionais. E os instrumentais, também chamados operativos, vinculam-se às formas de pensar e de atuar a partir das quais a organização pretende afrontar as demandas de seu entorno e integrar suas tensões internas, a fim de atingir sua visão e sua missão. Ambos os grupos devem estar em consenso, pois é isto que confere coerência à organização. Também a missão organizacional apresenta este caráter de duplicidade. Ela é socioeconômica, ou seja a missão de uma organização comporta em si duas dimensões: a econômica e a social. A segunda ao mesmo tempo em que depende da primeira, a justifi-

ca. A missão econômica refere-se à necessidade crítica de ser rentável. A social abarca aspectos inespecíficos, como gerar emprego ou desenvolver profissionais e específicos, segundo o setor ou a atividade econômica: ensinar, transportar, limpar, assegurar, cuidar e tratar.

Os valores também podem estar voltados ao sistema, isto é, à própria organização ou à pessoa. Em caso de prevalecerem o primeiro, a sobrevivência e o crescimento da organização tem preferência sobre a liberdade e a autonomia das pessoas. Já na situação contrária, a liberdade individual tende a dominar em detrimento da sobrevivência e da excelência da organização. Pode-se afirmar que uma das chaves para o sucesso da gestão encontra-se na adequada alternância e integração entre os valores orientados ao sistema e aqueles voltados à pessoa.

Gerir impulsionado por valores é justamente dirigir com base nas pessoas, é apoiar a capacidade diretiva em um compromisso de valores que reconheça e priorize as pessoas. Na saúde, poderíamos dizer que é conferir a mais que merecida centralidade ao usuário no nosso Sistema de Saúde. É dar vez e voz à sua ci-

dadania, reconhecendo sua vocação para autonomia e emancipação. E isto, como alerta a filósofa espanhola Adela Cortina tem implicações específicas frente a universalidade na saúde, porque supõe a participação dos que são afetados pelas decisões político-administrativas no processo decisório. Sendo a pessoa, sujeito de direitos, deve assumir no âmbito político a perspectiva da universalidade e com isto os expertos hão de comportar-se como assessores e os políticos como gestores, enquanto que são os afetados pelas decisões quem deve decidir.

Desafio e tanto para a ética na gestão em saúde, não?!

Rosana Onocko Campos

Eu estava pensando nessa questão que o participante C coloca – não tenho a ilusão de ter respostas, pois quero mais perguntas nessa linha. Mas, eu, na verdade, cansei de procurar os meios e de estudar teoria. Posso dizer onde há teoria e não é por falta delas.

O participante B tem razão quando traz essa estruturação extremamente desigual, que é a sociedade brasileira, nós naturalizamos isso. Não é assim no res-

to do mundo. Não precisa ser assim. E é normal que o Brasil seja cheio de pobres e miseráveis. Para o Brasil – para a Suíça não, nem para o Chile. O tempo todo colocamos a responsabilidade em alguém, um suposto alguém que não fez o que deveria ter feito mas, se ele tivesse feito, estaria resolvido.

Então, me parece o que o participante D estava dizendo: que escola escolho para enviar minha filha? Em uma que comece a preparar para o vestibular com sete anos de idade ou em outra onde ela aprenda a conviver com seres humanos? Não adianta eu me dizer uma pessoa revolucionária, pró-igualdade, distribuidora de renda e criar, por exemplo, esquemas em nossas faculdades como a de nossos alunos de medicina. Onde eles vão resolver problemas, trabalhar fraternamente, construir, ou um esquema de quem tirou 50 centésimos a mais, porque isso depende depois de quem vai poder pleitear no sei quê.

Assim, estamos realimentando isso ativamente. Isso é ativo, não somos inocentes, nenhum de nós. É única idéia que me veio à cabeça é a da proposta de uma resistência ativa e vigilante. Vigilante no sentido

do que eu digo: manter ativa a reflexão sobre o que estou fazendo, para que estou fazendo e por que estou fazendo. O porquê é às vezes para nos perdoarmos, pois também fazemos coisas que não gostaríamos de fazer. Nós somos produzidos nesse contexto, então vamos errar, e muito. Se há alguma chance, me parece que é com a ativa. Os nossos atos têm conseqüências: se eu peço um café e o faço mal, sem olhar para a pessoa que me serve, sem respeito – isso tem tudo a ver com o que ocorre no planalto central, não está desconectado. O miúdo integra o todo.

Precisamos aprender a mudar, porque estes gestos dependem de nós. Lavamos as mãos e falamos: “está vendo, erramos de novo e votamos mal. Aqueles caras lá não se emendam”. E nós não nos emendamos. Parece que queremos continuar a atribuir a responsabilidade a alguém: na população, nos estudantes, nos outros, no FMI, nos políticos, nos coronéis... E nós, agora? Por isso é que eu provoquei essa idéia do pacto de irmãos. O pacto de irmãos começa com uma micro-revolta cotidiana como “não vou suportar isso, não vou engolir, não vou agüentar ser maltratado”.

Uma vez na faculdade, propus uma jornada do “bom dia”. Porque as pessoas não se cumprimentam. Perceberam? Passam pelo mesmo guichê onde está a mesma pessoa todo santo dia, das sete às cinco da tarde, e não olham para dizer um “bom dia”.

Um estudante de psicologia fez uma tese, acho que na PUC de São Paulo, que vestiu um uniforme de gari e foi mostrar a invisibilidade, pois nem seus colegas o reconheciam. Então, é isso que temos que mudar. Comece dando um “bom dia”.

Com relação à contribuição do participante K, acho que pensarmos na questão da educação é importante desde que não nos isolemos novamente. Então, vamos nos ocupar disso na hora que formos dar cursos, especialização, capacitação. Um colega de São Paulo fala de “ensinagem”, ao invés de aprendizagem. E acho que essa “ensinagem”, se trouxermos para o cotidiano, todas as nossas relações de trabalho poderiam ser pensadas como potenciais produtoras de mudança, de ensino, de aprendizado.

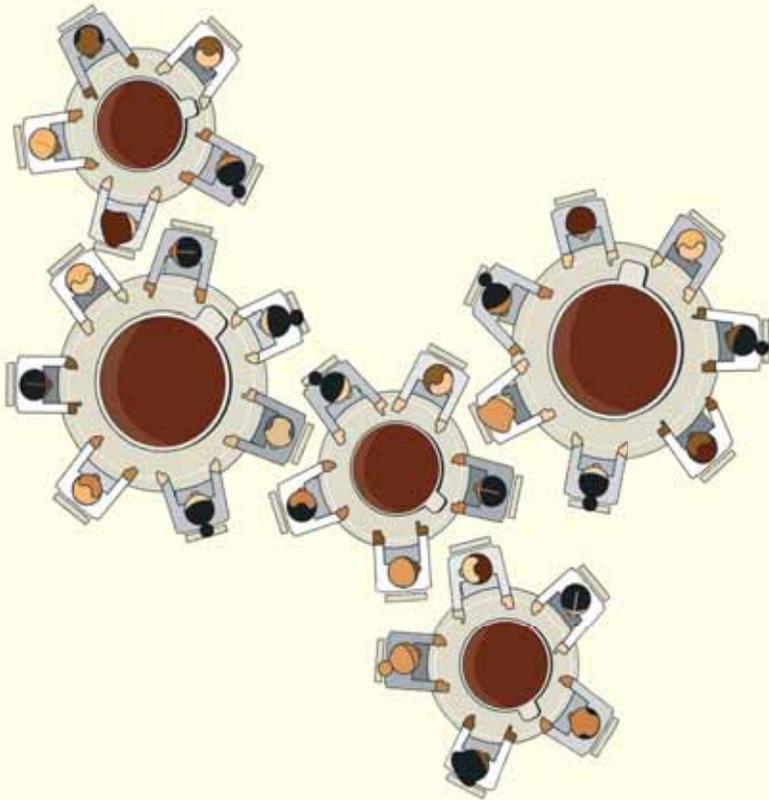
Parece-me que isso caracteriza a capacidade de não cristalizarmos na nossa função. Poderíamos abrir: o

que é ética com as empresas? Poderíamos criar “especialismos” dentro da ética, mas a idéia hoje é pensar mais amplamente. Como cobramos, né? Se você fura o sinal e diz para o seu filho “que sorte que ninguém me viu...”, e depois o filho faz alguma coisa errada e o pai fala “filho, você não deveria...” – o que é isso?

Nesse sentido, a idéia do pedagogo é: fazer junto e ensinar também pelo exemplo. Então, o gestor tem que ensinar pelo exemplo. Quantas vezes alguns secretários vão ou não visitar o pior centro de saúde, que está na periferia? Quantas vezes o Ministério desce lá para tomar cafezinho com as pessoas? Não faz!

Quando eu digo “exemplo”, é não ser tão vertical e ficar mais no horizontal para entender os contextos, porque nós não percebemos tudo, não temos a sensibilidade o tempo todo aguçada. Às vezes precisamos ser avisados pelos outros: “olha, você não percebeu que passou na minha frente, quase me atropelou e não me disse bom dia”. Posso não ter percebido um dia e somente me dar conta quando o outro disser – precisamos desse espaço.

DIÁLOGO



José Francisco de Melo Neto

Lindemberg Medeiros de Araújo

7 DIÁLOGO

CAFÉ COM IDÉIAS – SETEMBRO DE 2005

José Francisco de Melo Neto

Professor da UFPB – Universidade Federal da Paraíba e Doutor em Educação pela UFPB

Lindemberg Medeiros de Araújo

Coordenador do Apoio à Implementação de Políticas de Saúde – o CEGAIPS, do DAD/SE/MS

7.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

José Francisco de Melo Neto

Vamos começar falando sobre cultura. Há um pensador da educação, e possivelmente vocês devem ter ouvido falar bastante sobre ele, que se chama Paulo Freire. Ele diz o seguinte: nossa sociedade é uma cultura pautada para o silêncio. Então, a cultura para o silêncio é a cultura para o não-diálogo. Toda a formulação teórica do Paulo Freire, toda a sua educação popular, tem a perspectiva de contrapor-se a essa estrutura de sociedade de cultura em que somos formados – e nesse aspecto cito vocês, que estão envolvidos com o compromisso da descentralização do SUS – Sistema Único de Saúde.

Esse compromisso é de um grupo envolvido com o setor da saúde, mas não estamos aqui falando de um setor, ou da sociedade brasileira, estamos falando da sociedade mundial, porque esse silêncio também permeia e fundamenta todas as outras sociedades: temos um grande problema para nos atentar.

Então, é essa a perspectiva. Cito cultura aqui numa compreensão mais ampla, entendendo-a como marco

da produção. Tudo aquilo que é produto humano, marco da produção, é considerado um produto cultural. Assim o são esses copos que estão na nossa frente, a embalagem das frutas, os nossos óculos... tudo isso são invenções humanas e, portanto, são entes de cultura.

Assim, a grande tarefa é demonstrarmos essa cultura do silêncio, o monólogo. Diálogo é grego, não é? – *diai e dialegstain*: são duas palavras que compõem e formam esse exercício, quer dizer, dialogar como um exercício humano, de se relacionar e se comunicar com o outro. O diálogo é o pressuposto da comunicação e historicamente foi sendo construído pelos gregos.

O exercício de dialogar foi apresentado, sobretudo, por Sócrates. Este filósofo inaugurou uma técnica que passamos a chamar de educação grega, a “Paidéia” grega, que consistia em não responder às perguntas a ele dirigidas, mas devolvê-las na forma de uma nova pergunta que questionava os pressupostos da primeira.

O diálogo é um envolvimento entre os sujeitos, as intersubjetividades. Ele é também uma unidade pensante, um ato de reflexão. Quando expressamos o que

pensamos em palavras, o diálogo passa a ser um ato comunicativo. Então, esse diálogo do silêncio, autoritário, que diz: “olha, estou dialogando, mas, ao final, é o que estou dizendo inicialmente...”, é um monólogo e não um diálogo.

Há porém que considerarmos outro silêncio, aquele que precisa ser escutado, e sobre isso há um poeta pré-socrático que dizia: “precisamos escutar o silêncio...”, atentemos: antes da filosofia ou do pensamento, vieram os poetas. Escutar o silêncio é uma tarefa difícil, porque estamos também acostumados com: queremos impor e temos justificativas educativas para fazermos isso, para dizer e ponto final.

Quando pensamos então em instrumentos de diálogo para a promoção da descentralização, há alguns complicadores, inclusive para esse Governo que está pautado pelo diálogo e pela democratização. Isso porque podemos, a todo tempo, insinuar a existência do diálogo, mas dizer como deverá ser o produto final.

O verdadeiro diálogo só é possível quando estamos abertos às possibilidades de caminhos que podem se abrir. É um passo importantíssimo e, se eu me con-

duzo por essa possibilidade há um risco profundo: o outro também poderá me convencer e o problema se dá quando entendo a possibilidade de ser convencido, como perda. O que acontece porém é que, na verdade, vale a pena eu ser convencido, porque eu cresço no convencimento do outro.

Então, a disponibilidade para dialogar é uma atitude difícil e arriscada, porque posso ser convencido – porque esse é o pressuposto do diálogo, e que não significa chegar a um consenso. O diálogo não pressupõe consenso, pelo contrário: estamos é no dissenso e precisamos nos cercar do diálogo.

O pressuposto do diálogo não é o consenso, e nem seu ponto de chegada. E aqui, que é um campo de tocar políticas, imagino a angústia de quem está atendendo a um país inteiro, onde em cada canto e lugar há uma política diferenciada que muitas vezes nem está em concordância com as propostas deste Ministério. Mas, quem se propõe a fazer política, e se propõe ao diálogo, tem que encarar essa diversidade – imagine a saúde, lá na Amazônia, no Sul, no Nordeste, enfim, a saúde nestes diferentes Brasis que a gente tem...

Em síntese, resalto a importância do dissenso para a exigência do diálogo, e que isso não significa a chegada ao consenso. Segundo, é que o diálogo é perigoso: políticos que se arriscam para isso, se arriscam a reformular suas políticas – mas aí está a capacidade da democracia.

Na sua acepção, a palavra “diálogo” nos abre um duplo movimento: o *diai*, um prefixo grego remete a um conhecimento a partir de duas coisas. Para os gregos, o diálogo passou a ser um método, uma técnica, com uma dupla dimensão. A primeira é a de eu poder falar com o outro, argumentar com o outro, tentando apresentar as melhores justificativas para tal, tendo, portanto, a dimensão da argumentação.

Mas o diálogo tem uma segunda dimensão: é a de extrair do outro todas aquelas proposições que ele tem consigo. No caso, com Sócrates, ele desejava demonstrar que a pergunta que o sujeito estava fazendo, ele já tinha resposta, sendo ele apenas um facilitador para que o próprio sujeito encontrasse em si mesmo a resposta a tal.

Então, há esse duplo movimento no diálogo: a dimensão da argumentação e a dimensão que os gregos

chamavam de maiêutica, isso é, de “entrar extraindo” no sujeito. Diz-se, simbolicamente, que a mãe do Sócrates era uma parteira, e ele falava que “o sujeito tem que parir sua própria resposta, que estava nele mesmo”.

Em Platão, vemos que esse diálogo se apresenta e como um “Iluminismo ético” – poderíamos falar isso. O diálogo, portanto, como um percurso ético – ninguém é obrigado a dialogar – é um princípio, uma opção de fazê-lo. Por isso que é ético. O fundamental na idéia da autonomia do sujeito é a ética do discurso.

Mas quando Platão fala da comunicação, muda um pouco esse cenário. Quem vai tratar melhor isso são outros pensadores mais contemporâneos, que costumam chamar de Escola Frankfurtiana, e mais particularmente, um sujeito chamado Habermas, que está vivo ainda e que congrega com ele uma série de pesquisadores em Frankfurt.

Esses pensadores da Escola de Frankfurt fazem uma crítica à razão humana: afirmam que essa vida que temos foi arrastada para um domínio da razão, uma dimensão instrumental da razão. E então, vocês

que estão trabalhando num Ministério, imagino um paiol de burocracia existente, vocês tem que responder 24 horas por dia, e ainda é pouco. Não há um minutinho de fôlego para até fazer um Café com Idéias, um momentinho para pensar... Porque a mecânica e a rotina te arrastam para aquilo que você tem que responder: já tem gente cobrando, “chegou atrasado”, “a reunião já pifou”... Ufa!

Essa razão instrumental nos rotiniza, nos dá uma tal dimensão e, segundo esses pensadores, foi nos tornando instrumentos também. E aí o diálogo é fundamental nessa crítica que eles fazem da modernidade, para contemplar uma outra dimensão, também da razão, que é a razão à emancipação.

Eu diria que há exigências para que a gente promova, processe e realize o diálogo. Uma delas é termos bastante clareza do que dizemos ao outro: é a inteligibilidade do meu discurso, e o dele também precisa ser inteligível em relação a mim. São pressupostos para eu começar a dialogar. Eu não posso falar grego, e o outro, latim: onde é que vamos nos encontrar?

Há outras proposições éticas. Por exemplo: eu tenho que, no propósito de dialogar, falar a verdade e o outro também, necessariamente, deverá falar a verdade comigo. Esse discurso que estou implementando tem que ter veracidade, senão, o diálogo está comprometido. Mas isso não implica, necessariamente, que o diálogo deva caminhar para um consenso e sim que no processo dialógico é possível descobrir as mentiras e os desvios. Por isso, não é pelo diálogo que vamos chegar ao consenso, nesse caso o diálogo já não vai nos servir para isso e vamos cair em outras formas de fazê-lo.

Portanto, o diálogo não é um instrumental, não é um método que resolve tudo. Tem pressupostos. Exemplo claro: a burguesia nacional, desconfio, que ela não está muito simpática, e nem disponível a um diálogo com as representações das classes trabalhadoras, para que resolvamos a questão da fome nesse País. E esse Ministério caminha, *a posteriori*, à mercê desta problemática da fome: se eu não estiver com a barriga cheia, não tem saúde que resolva, e um País que está com quase 40 milhões de pessoas com dificuldade de

alimentação, não é uma brincadeira, meus compadres... – vocês são técnicos da área tentando resolver um problema, e o problema é outro.

Isso, só para mostramos também os limites e as necessidades, para que continuemos com o diálogo como um método, como um valor ético.

Lindemberg Medeiros de Araújo

Não sei se fui o único, mas propus, há alguns meses atrás, creio que logo na sessão inaugural, que o *diálogo* fosse tema do Café com Idéias. E propus o tema porque ele se encaixa perfeitamente no espírito e na proposta desse evento serial do DAD – Departamento de Apoio à Descentralização. O Café com Idéias é possibilidade constante de diálogo, desde a sua primeira sessão. Mas, propus o tema principalmente porque considero que vivemos numa sociedade crescentemente antidialógica, apesar da globalização da informação, da comunicação e dos seus meios. Mas é preciso, antes de qualquer coisa, que não confundamos diálogo com comunicação e com informação pura e simples, mesmo que esses

dois elementos sejam fundamentais para o diálogo. O diálogo pressupõe a comunicação e a informação sim, mas antes de tudo pressupõe entrega, troca, confiança, postura ética e honestidade entre os homens.

Somos ainda uma sociedade autoritária e o autoritarismo é avesso ao diálogo; somos crescentemente individualistas e o individualismo provoca em nós a retração, a evitação, a escusa do diálogo. Tornamos, principalmente com o advento do capitalismo, seres da competição. Refiro-me aqui à competição predatória, astuta, manhosa, conscientemente planejada onde cada um dos competidores se esmera para alijar o outro, para tirá-lo do seu caminho com o fito de alcançar seus objetivos.

Somos igualmente uma sociedade opressora. Parece haver, em frações muito bem definidas da sociedade mundial, uma necessidade, eu diria quase que doentia, de dominar o outro, de subjugar determinados grupos, povos ou nações para impor as suas idéias, as suas ideologias ou os seus interesses, sejam eles de que espécie forem. Por isso, essas frações são cada vez mais arrogantes e narcísicas. E como vivemos um grande

processo de globalização, estas atitudes vão aos poucos se reproduzindo para outros campos e povos, o que representa uma ameaça à humanidade e conseqüentemente às relações dialógicas, as quais dão sentido ao nosso caráter de humanos.

Essa postura que estou descrevendo aqui e agora, acreditem, não é exagerada nem descabida. Basta que cada um de nós, por alguns momentos, faça uma rápida revisão do que vive e do que vê acontecer no dia-a-dia das relações familiares, das relações no trabalho, das relações sociais, em geral, entre pessoas, entre estruturas, entre povos, entre nações e etnias. Há uma clara aura de *apartheid* nesse momento em diversas áreas do nosso planeta; há beligerância explícita e declarada e recusa ao diálogo e a paz. E isso tem feito prosperar sentimentos e atitudes que denotam cada vez mais o ceticismo e a desconfiança entre os homens, de que possamos construir ou transformar as nossas estruturas e as nossas relações. Temos nos tornado cada vez mais fragmentados e fragmentários, desiguais e indiferentes. E aqui a desigualdade e a indiferença de que falamos não é apenas econômica, social,

cultural, mesmo que essas conotações sejam as que mais aparecem e são realçadas. Na realidade, tudo isso parece provar que vivemos um processo crescente de desumanização, que somos menos humanos do que já fomos um dia, principalmente se considerarmos os avanços que temos alcançado em todas as áreas da ciência e do conhecimento.

Mas, tentemos atingir o centro do nosso tema de hoje: diálogo. Nessa discussão assumirei a visão freireana do diálogo, visão certamente construída através da sensibilidade da pesquisa e do conhecimento da história humana. O diálogo era, todos sabemos, uma realidade presente na Grécia antiga com os seus famosos dialogantes. Quem não conhece ou já escutou falar dos famosos e célebres diálogos atribuídos a Platão e aos seus discípulos e contemporâneos. Pois bem, o diálogo em Freire, como veremos, não é a retomada do diálogo grego tal qual o conhecemos, é um exercício que se funda no homem e na realidade que o circunda, mas, também é algo que se funda no conhecimento, na teoria e na perspectiva histórica que nos construiu como homens da contemporaneidade.

Antes do diálogo a palavra. A palavra está no centro do diálogo. Ela é o veículo, o instrumento, o substrato fundamental pelo qual o diálogo se realiza. Ela é o símbolo da nossa humanização, é ela que de certa forma nos dá o “status” de humano. A palavra é estrutura, processo e resultado de um conjunto de relações que envolvem o homem e natureza, o homem e o mundo, os homens entre si. O diálogo tem a sua gênese nestas relações. Foi observando a natureza e tudo que nela está, inclusive o próprio homem, que os próprios homens inventaram a palavra; e foi fazendo dela relação de troca que os homens inventaram a si próprios e o mundo que os rodeia.

Antes do diálogo a leitura do mundo. A reflexão sobre a realidade. Portanto, o diálogo não se constrói do nada. O diálogo se inicia numa construção prévia e individual de cada um dos dialogantes, que tem por base um conjunto de relações com a natureza, com os outros homens, com o mundo enfim. É, assim, um conjunto de relações que forma e conforma a sua reflexão sobre a realidade que lhe é circundante. É a partir desse conjunto que ele se exprime na palavra. O

homem diz a palavra e dizendo a palavra pronuncia o mundo que nasce junto com ele, com a sua consciência, consciência do mundo. O diálogo é, portanto, a expressão individual e coletiva da consciência do mundo formada pelo homem. Consciência e mundo na visão de Freire não podem ser vistos e entendidos separadamente, dicotomizadamente.

O diálogo se faz entre sujeitos. Para que haja diálogo é preciso que haja nos participantes do diálogo, além da consciência do mundo, a consciência do outro. O diálogo se dá na relação de alteridade, onde o outro é parte tão importante quanto o “eu”. Por isso, no diálogo o “eu” e o “outro” a um só tempo se afirmam, se confundem e se constroem enquanto consciência do mundo, enquanto possibilidade e circunstância.

O diálogo se dá a partir de determinadas condições; não se confunde com a conversa ou a polêmica pura e simples. Não é espetáculo, monólogo, performance ou retórica. Diálogo é abertura respeitosa ao outro e no outro. É disponibilidade curiosa à vida. É desafio e troca de saberes. É possibilidade de uma práxis permanente em que a atitude crítica dos sujeitos em diálogo é

motor permanente de comunhão e construção de novos saberes. É vivência e troca de experiências.

Diálogo é atitude de partilha, de busca do outro; Diálogo é reflexão crítica, é inquietação, é curiosidade e reconhecimento da nossa inconclusão. É busca da liberdade e da autonomia. Diálogo é movimento permanente na história humana. O diálogo é relação horizontal, é aposta na esperança. Funda-se na amorosidade, na humildade, na solidariedade, na confiança e na fé entre os homens, no crescimento democrático. O diálogo é contradição entre diferentes, convivência entre dessemelhantes. Em sendo assim, exige tolerância, para que a pura diferença não seja razão de ser decisiva para que se rompa o diálogo.

Como afirma Freire, em *Pedagogia do Oprimido*, diálogo é o encontro dos homens para *ser mais*, portanto não pode fazer-se na desesperança. E se chegamos a conclusão que diálogo é tudo isso e exige tudo isso dos dialogantes, precisamos mostrar que somos capazes de manter o diálogo mesmo entre pensares diversos, entre sonhos opostos e ainda assim concorremos para o crescimento entre diferentes, para o

acrescentamento de saberes. Afinal como sentenciar o grande mestre no texto já citado: “Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu quefazer, já não pode haver diálogo, o seu encontro é vazio e estéril, é burocrático e fastidioso”.

7.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Participei agora, no começo da tarde, de uma reunião na Presidência da República com o Secretário de Assuntos Federativos. No final do mês de outubro, haverá um grande encontro sobre o tema da descentralização, com uma rede de apoio intergovernamental que envolve países do Mercosul. Nessa reunião foi colocado algo interessante, que é a discussão entre os povos e que, não adianta que todos achem que o caminho é o diálogo, no sentido de resolver os contenciosos, de encontrar saída para os problemas ou de, efetivamente, criar uma nova cultura de relação intergovernamental.

O que ele colocou, e acho que com certa propriedade, é que o importante é aprofundarmos essa questão do diálogo para que, efetivamente, possamos descobrir aquilo que nos une, o que é comum, o que é consenso. Em que nós podemos trabalhar, sem consenso, no sentido de se transformar uma agenda de articulação – uma agenda positiva. O outro elemento, que é aquilo que efetivamente é dissenso, é contencioso, como isso pode ser tratado no sentido de que o que seja preservado seja a busca de um grande projeto de nação, de região, de país, do que seja.

Do ponto de vista do nosso trabalho, estamos hoje travando uma discussão ou construindo um processo de pacto interfederativo entre gestores estaduais, municipais e o Governo Federal, em torno de um pacto pela saúde, onde efetivamente estamos buscando três linhas efetivas de defesa do SUS, que tem um forte caráter de “repolitização” e defesa de todo o sistema de organização, financiamento do sistema e mobilização social. Um pacto em defesa da vida, que tem um centro importante, que é a defesa do acesso e dos direitos do usuário, sendo mais a cultura de paz e não

violência como um eixo norteador e articulador, além da busca da identificação de marcadores de gestão ou indicadores de saúde que possam ser perseguidos por todos, no sentido da melhoria de vida. É um pacto de gestão que tem como centro a rediscussão das relações interfederativas, tendo como espaço concreto a construção de regiões vivas, onde a saúde se apresente de forma qualificada, onde o cidadão possa buscar o acesso e onde os gestores possam, efetivamente, ir identificando responsabilidades. Construir uma agenda de saúde que seja positiva, pró-ativa.

Acho que, no centro de tudo isso, está o diálogo. Efetivamente, é impossível construir qualquer movimento desses sem se trabalhar o diálogo, que não significa o consenso, é o diálogo. O diálogo é a possibilidade de você compartilhar idéias, de você compartilhar ou construir consenso, mas também de identificar diferenças, dissensos e situações que não se resolvem.

Dialogar não significa apaziguar ou harmonizar, mas significa encontrar um caminho para que a gente possa conhecer as diferenças e as possibilidades de crescimento. Muitas vezes não conseguimos, mesmo dialogando, che-

gar a um consenso. Mas, acho que nesse espírito, da conversa que presenciei hoje, e no dia-a-dia em que vivemos – e trabalho no Departamento de Apoio à Descentralização – tem um componente de um amplo exercício dessa prática, e o Ministério como um todo, mas estou falando um pouco do espaço em que convivo.

Esse é um ponto importante para que vocês, como facilitadores, pudessem tentar explorar: como é que podemos, a partir desse componente importante de relações intergovernamentais entre pessoas e instituições, projetos, podemos dar concretude a esses movimentos que qualificamos como positivos, para a mudança da qualidade de vida e das ações de Governo em ambientes que, na verdade, são permeados por muitas dificuldades, até de relacionamento mesmo.

Participante B

Ouvindo um pouco o que o participante A coloca, e nós que trabalhamos com a gestão pública – estamos acostumados a falar de instrumentos de gestão. Que instrumento é esse, do diálogo, que estamos utilizando para construir essa gestão?

Eu participei também de uma palestra agora à tarde, na qual se tomava um segmento populacional que buscava uma contemplação, ou que falava “estou aqui e preciso ser atendido por esse sistema e ser inserido nesse sistema”. E aí, ouvindo o participante a falar... sabe aquelas histórias que ficamos no monólogo e que não é diálogo?

Então, minha preocupação é: nós, enquanto formuladores de instrumentos de gestão, até onde estamos utilizando esse instrumento fundamental, que é o diálogo, na construção dessa gestão, desse sistema? Como é que utilizamos isso na prática?

E então ouvindo as queixas pensei: será que estou ficando doido, conversando só comigo e não estou parando para ouvir o outro, perceber o outro e identificar quais são as outras necessidades que há nesse sistema, que precisamos ouvir e discutir?

Participante C

Sou da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Antes de começar aqui, eu já estava esquentando o diálogo com o Lindemberg e estive pensando a

questão do diálogo no silêncio. Porque, normalmente, pensamos muito na comunicação verbal. E aí, como é que se estabelece uma comunicação não-verbal ou extraverbal, permitindo, às vezes, algum grau de comunicação? Não sei se neste caso se caracteriza um diálogo.

E há também o diálogo que é monólogo, no sentido um pouco do que o participante b falou. Mesmo às vezes na conversa *tête-à-tête*, há a comunicação verbal e não verbal. A pessoa vai concordando ou discordando do argumento do outro, quase que dirigindo o que o outro vai falar com expressões como “você não está indo pelo caminho certo...”, e então a pessoa fala outra coisa e aí vem aquele olhar de aprovação, ou palavras ou expressões que reforçam – dirigindo, portanto, o que a outra está falando.

Lembrei-me de um exemplo de uma pessoa, um pai, cuja família reclamava muito que ele era muito autoritário, dono da verdade. E um dia, ele tentando se explicar, disse: “olha, aceito o ponto de vista do outro. Sei reconhecer quando estou errado. O problema é que sempre estou com a razão. Mas, na hora que eu perceber, vou admitir o falar, o pensamento do outro”.

Então, são essas algumas das inquietações em relação ao tema do diálogo.

Isso tudo interfere na nossa prática, seja dentro de uma equipe – trabalhando com colegas – seja em outras instâncias, nos pactos, com o usuário do sistema, paciente ou consumidor – seja qual for o nome em relação ao trabalho que a gente faz.

Participante D

Vocês citaram Paulo Freire e eu tive a felicidade de fazer uma disciplina com ele no mestrado, em “práticas de educação popular”. Na época, eu estava muito preocupado com a questão da educação para trabalhadores, da saúde do trabalhador, prevenção de acidentes e doenças. Por exemplo, uma vez fui fazer um programa de educação em saúde, na periferia de Campinas, e falei a uma senhora que ela tinha que – estava errado na época, era boa vontade – ferver a água, porque sua água estava cheia de bichinhos. Ela falou: “eu sei”. Aí eu pensei “ela já deve ter tido alguma explicação sobre isso”. E ela disse “eu já vi”. Mas estávamos falando de “bichinho” com sentidos dife-

rente pois descobri que, provavelmente, era girino o que ela estava vendo como “bichinho” e que ela tinha resolvido fazer um coador de flanela e, ao usá-lo, a água ficava “alvinha” no final, segundo ela.

Outro exemplo de minhas experiências nessa época foi quando numa outra atividade na área rural, perguntei se tinha fossa na casa, a pessoa falou “tem sim, vou lá buscar”, e me trouxe uma caixa de fósforos. Então, a pronúncia que eu estava dando à palavra “fossa” era muito parecida com o que ela chamava de fósforo.

E a própria questão de que a gente às vezes, para se comunicar, usa outros meios de comunicação como, por exemplo, a imagem. Numa tentativa de fazer prevenção de Doença de Chagas, o pessoal com um projetor de slides projetou, numa área rural, em um lençol na parede, uma imagem do bicho barbeiro. Então o profissional perguntou: “vocês já viram esse bicho na casa de vocês?”. Ficou todo aquele silêncio e um deles disse: “parecido já vi, mas desse tamanho, nunca vi não”. Então, muitas vezes utilizamos instrumentos para a comunicação mas há a dificuldade de como o outro está olhando, ouvindo, é barreira que nós, téc-

nicos, muitas vezes temos que ultrapassar para tentar passar uma informação para um paciente, por exemplo. E aí tendemos a infantilizar, ou a usar algumas figuras para substituir o conceito, o que às vezes causa mais dificuldade, mais confusão, do que esclarece.

Participante A

Eu estava aqui pensando, não no sentido de tecer nenhum comentário sobre as falas, mas, de ver como vocês poderiam abordar, por exemplo, a influência e a importância dos inúmeros instrumentos e das tecnologias que temos hoje que aproximam – pelo menos é o que dizem – os seres humanos: como é que esses instrumentos, efetivamente, na visão de vocês, facilitam, e em que ponto dificultam essa questão do diálogo?

Por exemplo, o computador, o uso da internet: ele, rapidamente, coloca as pessoas em contato. Mas, efetivamente, você se comunica através de coisas muito cifradas. Eu recebo alguns *e-mails* em que as pessoas estão transformando as palavras em códigos: você, é “vc”; beijos, é “bjs”; também, é “tbm”. Entendeu? Na perspectiva da comunicação rápida, você vai transfor-

mando uma linguagem que acontece naturalmente quando vocês se encontram, e que não seria feita dessa forma se você escrevesse uma carta – inclusive carta é algo que acho que está se acabando, mas, pelo menos mudando o sentido de “escrever”. Ninguém mais escreve carta: mandamos *e-mail*. E as cartas não são longas: é meia lauda, é um bilhete.

Então, na perspectiva da rapidez em que as coisas ocorrem, a gente tenta reduzir essas formas para se comunicar mais rápido, se fazer entender. E eu acho que se perde muito.

E tem outro ponto: o telefone celular. Eu estava um dia desses com um amigo meu, e ele atendia ao telefone e logo desligava. O que está acontecendo? E ele disse: “é que a gente descobriu que os sete primeiros segundos da ligação não são cobrados”.

Outro exemplo importante é a televisão. Se vocês notarem, quando chegamos em casa, a primeira coisa que fazemos é ligar a televisão. A televisão é importante, mas ela focaliza você no ambiente de imagem e de transmissão de informação, e, de certa forma, ela reduz até a capacidade de você estar em momentos

conversando. Tanto é que tem gente que diz “estou com o maior problema do mundo: minha televisão está queimada e não consigo fazer mais nada”, porque não sabe viver sem aquele instrumento.

7.3 Considerações Finais dos Facilitadores

José Neto de Araújo

Eu penso que todas essas intervenções estão no mesmo campo, que é a relação com a comunicação. Estou recentemente participando de uma pesquisa nacional, com a Secretaria Nacional de Economia Solidária e estamos aplicando o questionário no país inteiro – eu estou responsável por esta pesquisa lá na Paraíba.

Pois bem, tivemos de re-arrumar o questionário, porque o que é dito no sul, ou no centro-oeste, na Bahia, ou aqui, lá na Paraíba pode não ter o menor significado. Quer dizer, é essa padronização, e precisamos tratar essa relação do centro com os outros Estados de forma muito igual: difícil. Temos problemas nisso porque os momentos são muito diferenciados.

Vemos que Platão e Sócrates já faziam, pelo diálogo, a discussão sobre virtude. Os livros de Platão são todos chamados de diálogo: são uns 40 ou 50 livros. Tem um célebre diálogo de Platão, chamado Protágoras, em que ele discute se era possível ensinar a virtude. Há um outro diálogo em que ele fala sobre o amor, em que vai mostrando como se formou primeiro o caos. Ele fala também do conhecimento, da justiça, a célebre caverna dele, não é? Então, uma dialética ascendente do mundo das experiências para o mundo das idéias e depois, uma dialética descendente, um diálogo entre as idéias com o mundo das experiências.

Mas, nós vemos, dentro do que foi colocado nas intervenções, que também estamos hoje inventando necessidades. Concretamente, não preciso de televisão preto e branco para assistir o que queira assistir: agora, me diga quem quer uma televisão preto e branco para casa, com um mundão de televisões coloridas?

Então, hoje estamos criando e inventando necessidades. E aí, penso que podemos disparar para o campo da cidadania. Esta é uma tarefa para quem está na saúde, na educação, porque vejo essa coisa muito

junta. Acho que a saúde tem espaço para fazer muito mais educação do que quem está envolvido só com educação. Todo mundo fala de cidadania por aí, como se isso fosse a mesma coisa. De Paulo Maluf a Lula, todo mundo fala de cidadania. Então, todos falam a mesma coisa? Absolutamente, não podem estar falando a mesma coisa.

E o que estamos falando, então, de cidadania? Um para que o sujeito seja capaz de pensar o seu mundo. E aí, pensá-lo com essa dupla dimensão: de ver as coisas positivas e negativas dele, para eu, então, tomar minha decisão em cima disso. Aí, temos uma difícil tarefa. Tanto faz estar de gravata, com ou sem paletó, com roupa rasgada, suja ou limpa... O sujeito pode ser um cidadão, se ele aprendeu a fazer esse exercício. Mas isso é uma posição de quem vê um cidadão pensando no seu mundo e pensando para mudá-lo. Também é uma opção de cidadania.

Então, assim sendo, acho que podemos ajudar para que o sujeito possa discernir até onde vai realmente uma necessidade ou uma indução de necessidade. Na área de saúde vocês falam muito de anamnese, não é?

Isso é socrático, isso é de Sócrates, que não foi médico, nem nunca trabalhou na área de saúde. Mas, o que é isso? Para quê anamnese? É uma palavra para eu dizer de mim, para que vocês tenham um quadro de mim mesmo, não é? Fico pensando em vocês lá naqueles atendimentos de saúde... Um exercício de introspecção: é você conduzir o indivíduo para dentro dele e ele externar o que sente para, a partir disso, eu começar a pensar sobre esse “ele”.

Voltando, então, a grande tarefa me parece ser essa construção de cidadania. Do mais, vamos sendo arrastados, feito um rolo compressor danado, que não sabemos onde vai cair. É a mesma discussão que vocês têm dos clones, a discussão dos transgênicos. É dessa potencialidade humana de estar fuçando: podemos dar 200 leis proibindo de ponta a cabeça, mas vai ter um cara lá que vai estar fuçando. Quando abrirem um pouco, ele já fez, já estão aqui os resultados... E aí lá vai o confronto permanente com a ética, mas ele fica lá, não pode divulgar, mas está fazendo. É, como se diz, impedir que a chuva caia. É dessa força introspectiva dos humanos. Penso que o investimento em

cidadania, quem sabe, pode ajudar um pouco. Não vejo outras perspectivas, outras possibilidades.

Vejam só: é muito difícil você educar esse país. É muito difícil fazermos saúde nesse país. É difícil também percebermos do outro se ele está realmente querendo dialogar, se está por dentro das bases possíveis do diálogo. É difícil você sair de Brasília, representando o Governo Federal, e chegar nos Estados, onde as pessoas já te olham meio diferente e dizem “lá vem o povo de Brasília”. E você dizer: “Não....venho de Brasília sim, mas é outro assunto”. Eles não vão se convencer com facilidade.

Enfim, mexer com essa cultura desse País não é fácil. Mudar esse País é muito difícil. Mas, não temos muitas opções, não. É isso que estamos querendo. Obrigado.

Lindemberg Medeiros de Araújo

Gostaria de dividir as minhas considerações em dois blocos. Vamos ao primeiro. A primeira intervenção está muito voltada para uma observação que devemos fazer do nosso diálogo cotidiano. Ela está se referindo a nós, profissionais de saúde, gestores e técnicos

do Ministério da Saúde, nós que em diversos momentos estamos em relação com os outros gestores. Concordo com a indagação se o que estamos construindo é diálogo ou apenas um monólogo. A preocupação da pergunta foi exposta claramente: “será que estamos preocupados com o outro?” Creio que já nos referimos a isso na fala inicial: para que exista diálogo, é preciso que haja a busca do outro.

Essa é uma questão fundamental que percebemos, por exemplo, na pedagogia freireana e no diálogo que Paulo Freire propõe, quando diz que “é preciso que o diálogo seja, antes de tudo, um diálogo entre sujeitos”. E, para que sejamos sujeitos, é preciso que trabalhemos um conjunto de relações: relações entre o homem e a natureza, o homem e o mundo e as relações entre os homens. É nessas relações que criamos e adquirimos consciência: a nossa consciência é consciência do mundo. É a partir dessas relações que se vai construindo o diálogo. Diálogo que, normalmente, se dá entre dessemelhantes.

Somos diferentes “mas é preciso que a diferença não seja razão suficiente para acabar com o diálogo”,

nos ensina Paulo Freire. É preciso que em sendo diferentes, consigamos construir e comungar saberes, mesmo considerando a diferença. Não queremos o monólogo, não queremos que as coisas sejam homogêneas, por isso torna-se necessário que o entendimento com o outro se dê a partir da consciência da alteridade. O outro é que é fundamental para mim no diálogo: o outro que também sou eu, enquanto consciência do mundo.

A nossa consciência do mundo se fez a partir da visão do outro. Quando éramos simplesmente irracionais, não ouvíamos nem víamos o outro, ou seja, não tínhamos consciência da relação com o outro. O que havia era instinto. Ganhamos consciência quando ficamos em frente ao nosso espelho. Não necessariamente esse espelho que conhecemos e que temos em casa. Fala-se do primeiro espelho como a consciência da nossa imagem na água refletida através da luz do sol. Ao olhar o espelho d'água tomamos conhecimento de nós mesmos, nos reconhecemos. E nos reconhecemos porque tínhamos a consciência, a memória da imagem do outro. Nos reconhecemos no outro, a

partir desse outro que formáramos a partir dos nossos sentidos. A imagem que vejo, aqui e agora ao olhar para cada um de vocês me dá a dimensão humana daquilo que sou. Essa perspectiva é importante, porque traz o diálogo, a possibilidade de busca do outro, a articulação com o outro e disso a possibilidade de troca de saberes, de construção coletiva.

Na medida em que dialogamos, trocamos informações e impressões, pronunciamos o mundo que nasce junto conosco. Então, temos a consciência do mundo e a partir dessa consciência construímos os nossos argumentos, a nossa relação com o outro. O diálogo é isso essencialmente: relação com o outro. O diálogo só existe na perspectiva da alteridade. Não existe outra perspectiva para o diálogo que não essa.

O diálogo é uma práxis permanente, é uma atitude crítica. É atitude diante daquilo que os sujeitos colocam como matéria para o diálogo. O diálogo é motor permanente de comunhão e de construção de saberes, a partir de perspectivas diferentes. Numa das intervenções alguém falou de consenso, de dissenso, falou de dessemelhantes. Mas é necessário que mes-

mo reconhecendo essa dessemelhança busquemos a perspectiva de construção dialógica porque nos construímos nesta perspectiva. Paulo Freire coloca muito claramente: diálogo é contradição entre diferentes, é convivência entre dessemelhantes.

O diálogo exige tolerância. A tolerância é o que faz com que não abandonemos o diálogo; com que percebamos a nossa inconclusão, a nossa diferença, a nossa dificuldade, a nossa contradição. Contradição que ficou clara numa outra intervenção: a dificuldade de reconhecer o outro quando acho que sempre eu é que estou certo. A perspectiva que faz com que eu ache que estou certo o tempo todo e não veja o outro, é na verdade a atitude antidialógica. E isso é a regra na nossa sociedade. Somos uma sociedade voltada para o “antidiálogo”. Somos arrogantes, céticos, fragmentários, fragmentados, somos tudo o que o individualismo gerou em nós. Somos a competição o tempo todo, somos narcisistas, opressores. E por isso vivemos em situação de profunda desigualdade, desigualdade que na sua base é econômica, mas que gera um sem número de outras desigualdades.

Gostaria ainda de insistir em aspectos da minha fala inicial, quando pontuei qualidades humanas que devemos cultivar e expressar nos nossos diálogos. Qualidades como a amorosidade, a afetividade, a humildade, a fé nos homens, ou seja, na fé no outro, no crescimento democrático nas relações humanas. E quantas e quantas vezes discursamos sobre essas coisas e elas ficam simplesmente nas palavras, não vão à prática. Por quê isso acontece? Porque o que poderia ser diálogo é apenas conversação, apenas uma retórica. E a retórica, a conversa, ou a pura polêmica – onde não há a consideração pelo outro – não produzem diálogo.

Então, nisso tudo que vocês consideraram e que estou recuperando agora, diz do nosso compromisso com a sociedade da qual fazemos parte e que ajudamos a criar e manter no cotidiano das nossas vidas. Creio que temos que provar para a sociedade, como um todo e para nós mesmos, que somos capazes de manter o diálogo entre pensamentos diversos, que somos capazes de construir a partir de sonhos opostos e que somos capazes de construir o crescimento dos diferentes, mesmo na dificuldade de se fazer o diálogo.

Mas para fechar esse primeiro bloco, eu queria trabalhar o diálogo, pensar o diálogo como busca da liberdade, como busca da autonomia. Acho que é esse o caminho que aparece para nós: o desafio de construir o diálogo na perspectiva da liberdade, da libertação de todos nós e da autonomia de todos nós. É nesta perspectiva que o diálogo se faz como um movimento permanente na história.

Tratando agora do segundo bloco de considerações, creio que todas as falas, principalmente as duas últimas, trazem e questionam no que a tecnologia interfere, por exemplo, no diálogo. Penso que essa relação encerra uma profunda contradição: a tecnologia, o avanço tecnológico e o consumo dessa tecnologia trazem profundas contradições para a nossa vida. O exemplo foi muito claro, é o exemplo dos que vivem aqui em Brasília e moram sozinhos. Os que estão sós – excetuo aqui aqueles que vivem só por decisão livre e consciente – buscam mais o outro, valorizam mais a companhia. Quer dizer, primeiro sabem que ao voltar para casa vão estar solitários, não há remédio, mesmo que prolonguem o tempo no trabalho, em alguma

hora vão voltar para casa e aí a única perspectiva de outro que têm é a TV ou o telefone. A televisão, para escutar notícias, ver as pessoas falando nos diversos programas e o telefone para ligar para casa, para ligar para alguém, para tentar sair da solidão, abrir um diálogo com alguém que está do outro lado, mas muito distante.

Temos necessidade do outro. É uma necessidade ontológica. Somos seres humanos e nossa perspectiva natural é de buscar, cada vez mais, os nossos iguais humanos, nossa humanidade, nossa humanização. Nesse sentido, porque sentimos uma necessidade muito grande de proximidade com o outro, porque queremos ter as pessoas de quem gostamos ou as pessoas de quem necessitamos, em determinados momentos, por perto, tentamos aproximar a comunicação via instrumentos criados através das tecnologias que inventamos. Aí elas nos prestam um grande serviço, pois nos aproximam dessas pessoas.

Mas, por outro lado, a produção de tecnologias se dá sob o capitalismo. Capitalismo que também nos desumaniza e em certa medida nos separa uns dos outros, mesmo querendo nos aproximar com os seus produtos. Elas, as tecnologias, criam necessidades e nesse particular dificultam as nossas relações com elas e com os nossos “iguais”, ou seja, fazem relações pela metade, contraditórias. Vejo a contradição pela via do consumo, por exemplo, do computador, da internet, na comunicação; a contradição do celular, onde é preciso “ter” para atender a uma necessidade, a uma moda do consumo. E você muitas vezes sofre, prejudica a sua integridade física, moral e ética em função dessa necessidade. É aí que o capitalismo e sua produção nos pegam muito bem: estudam as necessidades humanas e jogam com seus produtos auxiliados por uma semiótica cada vez mais sedutora.

E por falar em semiótica, lembro de um fato interessante. Há mais ou menos 25 anos tive oportunidade de participar de uma palestra com o dramaturgo Plínio Marcos. Naquela época, tempo da ditadura, as organizações estudantis e populares promoviam

eventos em que os intelectuais iam às universidades dialogar. E era diálogo mesmo, porque havia horizontalidade entre aqueles intelectuais e a platéia que com eles debatia, carente de troca e de encontro. O Plínio Marcos falava sobre o poder da propaganda, o poder da semiótica, que estudava as necessidades, os desejos humanos e lançava seus produtos. Ele falava naquela oportunidade de uma certa peça de propaganda que pretendia vender uma determinada marca de geladeira às camadas mais pobres da população. E quem é que anunciava a geladeira? Uma mulher seminua, linda e de curvas perfeitas que abraçava a tal geladeira ressaltando as suas vantagens numa cozinha. Os homens que assistiam o comercial então ficavam mais entusiasmados com a imagem da mulher do que com a própria geladeira.

Ele ficava feliz desejando aquela geladeira e seduzido por aquela linda mulher, pensava lá com seus botões: “vou chegar em casa, vou fazer todas as contas possíveis, conversar com minha mulher, para ver se ela pode pegar mais uma lavagem de roupa, mais uma faxina e a gente comprar essa geladeira”. Ele chegava

em casa e a desilusão era completa, porque caía na realidade que não podia comprar a geladeira e mais: na sua casa tudo era o inverso do seu sonho, inclusive a sua mulher que, maltratada e maltrapilha, nem de longe possuía os encantos da mulher que vira na TV. Ele sonhava com a mulher e com a geladeira, e as duas eram igualmente inacessíveis. É um pouco essa a relação que temos com a maioria dos produtos que a tecnologia nos oferece. Ela, a tecnologia, cria as necessidades, os desejos de consumo na sociedade, sociedade que é como conhecemos desigual e que desigualmente vai satisfazer desejos e criar frustrações e infelicidade naqueles que não as pode consumir.

Portanto, se nós queremos ser felizes, a felicidade só será plena na busca da igualdade, na busca do outro, na busca da horizontalidade, das relações de todos os tipos, inclusive nas relações econômicas, sociais, educacionais, em tudo. A busca da harmonia é o que precisamos e o diálogo poderá revelar possibilidades e tentar construir saídas. E, voltando a questão das tecnologias e suas contradições, digo que elas até são capazes de aproximar pessoas, mas será sempre uma

aproximação possível apenas para os que podem consumi-la.

Bom, mas vamos continuando. Eu queria insistir ainda um pouco na questão da desigualdade e como construir diálogos na profunda desigualdade que se vive no nosso país. Enquanto vocês falavam dessa cruel opção entre o celular e o feijão que nos é quase que imposta pelas necessidades criadas pelos produtos da tecnologia, eu estava me lembrando de uma passagem vivida e relatada por Moacir Gadotti de uma certa vez em que assistiu Paulo Freire falando sobre diálogo com operários. Depois de sua exposição inicial em defesa do diálogo como expressão da afetividade, de busca do outro, de humildade, de acolhimento, de valorização do outro, enfim, de todas aquelas coisas que sempre fizeram parte das suas pregações. Ele já falara uma meia hora quando um operário tomou a palavra e disse mais ou menos assim: enquanto o senhor falava, eu fiquei aqui pensando que o professor deve ter uma casa. Na sua casa, fico imaginando – o senhor falou na sua conversa que tem três filhos – então em sua casa deve ter pelo menos três quartos, sendo um

para cada filho. O senhor deve ter também um quarto maior para o senhor dormir com sua mulher. Mas, além da casa, estou imaginando que o senhor deve ter – se o senhor tem uma casa grande com quartos – uma sala de janta, deve ter uma sala de visita e sua casa deve ter também muitos móveis. E foi descrevendo a casa que ele pensava que fosse a de Paulo Freire. Deve fazer muito calor onde o senhor mora. O senhor mora no Nordeste. Então, o senhor deve ter, em cada quarto, no mínimo, não vou dizer ar condicionado, mais deve ter um ventilador. E continuou descrevendo e descrevendo... Então, fazer diálogo nas condições que o senhor mora, que o senhor vive, deve ser mais fácil. O senhor pense agora na casa que eu tenho. Tenho sete filhos, e minha casa é um vão que serve para tudo: é quarto, é banheiro, cozinha; é tudo ao mesmo tempo. É bem diferente!

E quando o senhor chega em casa se os filhos estão fazendo barulho o senhor vai para seu quarto, se isola e não escuta mais barulho. Eu trabalho de oito a dez horas por dia. Gasto duas horas para voltar para casa. E quando chego, morrendo de cansado, os meus

filhos estão todos aperreados e minha mulher está nervosíssima porque passou o dia aturando aqueles meninos naquelas condições em que vivemos. Eu preciso dormir logo porque tenho que acordar cedo no outro dia para pegar duas horas de ônibus para voltar à fábrica. E o senhor está me falando de diálogo? O senhor acha que consigo ter diálogo com minha mulher e meus filhos nessa situação? O senhor falou muito do diálogo e do papel do pai e da mãe no diálogo na família. O senhor valorizou muito a família. Como é que vou conseguir? Eu quero valorizar minha família, mas, é inevitável que eu dê um cascudo num menino que está gritando o tempo todo e eu querendo dormir. Então, sinto que na sua casa o senhor pode fazer diálogo, o senhor se aproxima mais de sua família, de sua mulher, de seus filhos. Mas o senhor tem que entender que o meu mundo é diferente do seu. Não dá para fazer diálogo igualmente com esses dois mundos.

Gadotti diz que depois disso Paulo Freire se calou, não falou mais nada porque ali se indignou profundamente e percebeu a questão colocada por aquele homem. E todos sabemos que o tempo todo, uma das

indignações do Paulo Freire foi justamente essa relacionada à profunda desigualdade que existe no nosso país. E a gente não pode esquecer que tudo isso que ele pensou, que ele escreveu, que ele trabalhou, infelizmente, teve que ser fora do País, porque, naquele momento, ele era proibido, inclusive, de falar para o País.

Além do mais, o diálogo estava cortado não só na família, mas nas relações outras: as relações de poder daquele momento excluía-nos a todos. Não podíamos, duas ou três pessoas – quem aqui viveu o tempo que eu vivi sabe – muitas vezes ficar numa esquina conversando. Ou seja, o diálogo era impossível porque era proibido aglomerar duas ou três pessoas. Em alguns momentos da ditadura, em algumas áreas era proibido, mesmo que não fosse o tempo todo, toda e qualquer manifestação. Um verdadeiro estado de sítio em algumas cidades. Lembro-me que lá na minha cidade pequena, do interior, as pessoas eram obrigadas a ir para dentro de casa a partir das 10 da noite e não estávamos em estado de sítio. Os poderosos de cada região, de cada município, exponenciavam seus poderes e evitavam o diálogo. É muito difícil pensar o diálogo na desigualdade, de qualquer espécie.

É contraditório. Falamos de diálogo, mas, ao mesmo tempo, temos que compreender que ele é apenas uma possibilidade, uma construção que precisamos fazer. É preciso que com o diálogo também construamos, pensemos saídas, soluções para os inúmeros problemas que hoje vivemos. A grande conclusão é que a desigualdade social, a desigualdade que hoje vivemos, é inibidora, apartadora das pessoas. Ela não possibilita, ao contrário, muitas vezes evita o diálogo. Eu me lembrei dessa passagem do Paulo Freire e vemos que tudo isso de que estamos falando ainda é muito difícil de ir à prática, em plenitude. O diálogo fica mais fácil entre nós, pois entre nós a desigualdade é menor. Mas, mesmo assim, há também muitas possibilidades de diálogo que deixamos de fazer, apesar das condições dadas.

Gostaria de retomar uma intervenção quando se falou de pacto. Estamos vivendo, nesse momento, um pouco em torno desta questão. O Ministério está se articulando de forma tripartite, ou seja, governos municipal, estadual e federal, na perspectiva de construir um pacto envolvendo as questões de saúde. Pergunto:

que pedagogia a gente está colocando nessa perspectiva de pacto? Quais são os elementos pedagógicos que poderíamos introduzir nesse pacto intergovernamental, nesse pacto intergestores?

Quero também retomar uma pergunta do bloco inicial, não na perspectiva em que ela foi colocada, mas na perspectiva do pacto: que diálogo estamos nós construindo? Qual diálogo quer o Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde? Quais são os pressupostos, os elementos básicos que a gente quer construir? Acho que está carecendo de a gente começar a pensar quais são os elementos pedagógicos, que pedagogia está colocada para a efetivação do pacto intergestores que está sendo proposto.

Penso que a reflexão sobre diálogo tem muito a nos dizer em momentos como esse. Acho que é importante que a gente comece a pensar qual é a nossa disposição para o diálogo, quais são os elementos que queremos introduzir. Estou aqui pensando nas nossas coordenações e departamentos. Temos um diálogo

interminável com os estados, com os municípios. Daqui a pouco vamos ao Acre. Amanhã temos uma perspectiva de diálogo com a Secretária Estadual de Saúde, com o presidente do Cosems – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, com o controle social. Queremos buscar uma perspectiva, uma pauta de discussões dentro do Estado do Acre. Qual é o diálogo que o Ministério está propondo? Quais são os elementos que estão sendo colocados pelos municípios do Acre ou pela secretaria estadual? Estamos pensando em diálogo ou num monólogo? Estamos querendo compreender o outro, ou os outros do Acre, ou queremos simplesmente passar a proposta do Ministério da Saúde? E qual a perspectiva do Cosems? Isso pode ainda ser transposto para diversos outros Estados. Como nos colocamos diante desses outros? Que perspectiva estamos querendo construir?

Acho que essa é uma reflexão importante que precisamos fazer. O Ministério da Saúde precisa dialogar consigo mesmo até mesmo para ter mais clareza de quais são os elementos que levará para o diálogo. E nesse particular a fragmentação da nossa estrutura é

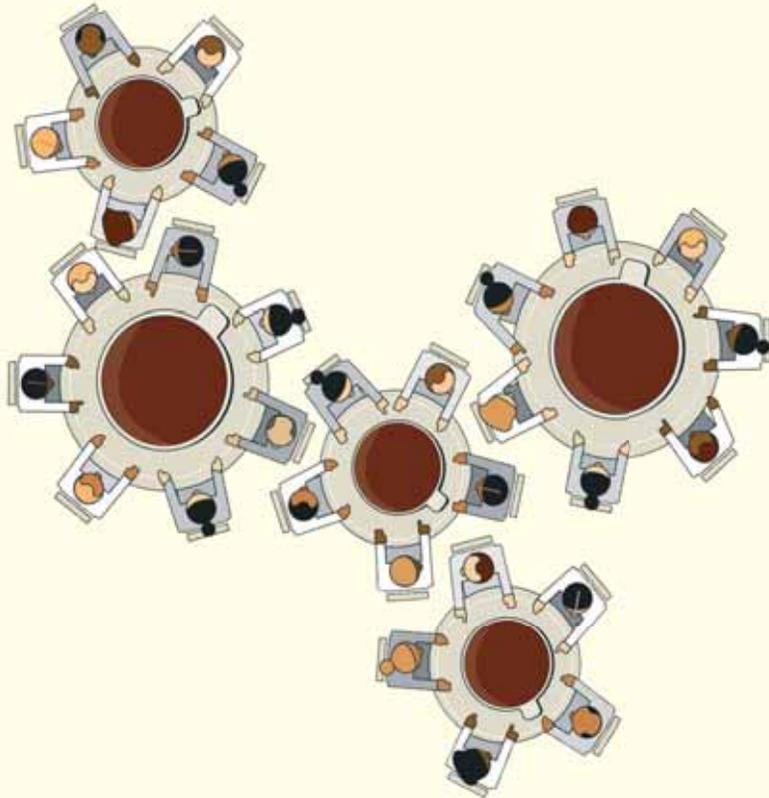
clara, percebe-se isso. Por outro lado, temos uma Estratégia de Apoio Integrado para estados e municípios, mas sabemos ao mesmo tempo o quão desintegrados somos, enquanto Ministério da Saúde. Mesmo assim queremos levar uma proposta de integração para os Estados e municípios. São reflexões que precisam ser feitas e o diálogo é justamente para isso: é reflexão crítica o tempo todo. O diálogo é práxis, a eterna contradição/integração entre teoria e prática. Até que ponto o nosso diálogo não é na verdade muito mais teórico que prático? E até que ponto a prática que termina existindo não está contaminada por uma série de amarras, de cegueiras, em relação àquilo que dizemos que queremos construir? Até que ponto o nosso diálogo não é um tanto ingênuo? Falsa consciência? Acho que são essas reflexões que precisamos fazer, precisamos pensar todas essas coisas.

Se quisermos buscar a integração, o diálogo com o outro é preciso que olhemos, realmente para esse outro. É preciso que se faça a reflexão necessária. Se quiser assumir uma perspectiva de diálogo, tenho que olhar para dentro de mim mesmo e ver como estou

internamente construindo os elementos para esse diálogo. Penso que precisamos dar uma “chacoalhada” nos atores que fazem o pacto – Conass, Conasems, Ministério da Saúde. Talvez precisemos fazer essa reflexão, para a partir daí, quem sabe termos uma atitude mais crítica em relação a nossa própria práxis dialógica.

Bom. Eu queria fechar, definitivamente a minha participação neste Café com Idéias agradecendo mais uma vez o convite e o convívio com todas as pessoas aqui presentes e parafraseando o Paulo Freire numa citação que acho exemplar: “*o diálogo é o encontro dos homens para ser mais*”. Então, não pode fazer-se na *desesperança*. Vamos construir o diálogo e vamos construir a esperança. Muito Obrigado!

DESAFIOS ATUAIS DO SUS



Luiz Odorico Monteiro

8 DESAFIOS ATUAIS DO SUS

CAFÉ COM IDÉIAS – OUTUBRO DE 2005

Luiz Odorico Monteiro
Secretário Municipal de Saúde do Município
de Fortaleza

8.1 Fala Inicial do Facilitador ¹

Luiz Odorico Monteiro

O tema proposto para o debate é sem dúvida um tema bastante palpitante, e gostaria de registrar que vou tentar construir algumas idéias e reflexões à luz de alguns artigos que temos publicado e debates que temos feito.

Primeiramente quero trazer um pouco da história do SUS – Sistema Único de Saúde, visto que esse histórico é muito importante para que possamos compreender seus desafios atuais. De 1985 até hoje, são 20 anos que se passaram, e nesse tempo tivemos 17 ministros, sendo o primeiro em 1953, a partir daí podemos observar que Ministério da Saúde ainda é um Ministério novo, tendo pouco mais de 50 anos.

Quero ressaltar os aspectos ocorridos nas últimas quatro décadas da saúde no Brasil (1970 a 2000). Pensando na década de 70 – que eu chamo de a década do

¹ Para este “Café com Idéias”, contávamos com a participação da Professora da UFBA Carmem Teixeira como facilitadora, mas imprevistos impossibilitaram a sua presença.

movimento pré-SUS, observamos que foi uma década muito importante para o que viria a ser o Sistema Único de Saúde brasileiro, visto que foi justamente nesse período que se produziu o discurso do SUS e da reforma sanitária brasileira, que nasce não só no Brasil. Esse movimento de inspiração marxista, teve fundamentos importantes em vários países da América Latina. Contou com contribuições da Argentina, com produção de Juan César García, Mário Testa; Chile com a produção de Carlos Matos; da Venezuela de Maria Urbanez; do Equador; do México; e do Brasil com a grande produção do Sergio Arouca, da professora Cecília Donângelo, e da professora Madel Teresinha e Luz.

Como podemos perceber, a década de 70 foi um momento importante porque, à luz da inspiração de movimentos socialistas, nasce uma crítica ao sistema de saúde colocado em prática no pós-guerra. No pós-guerra tivemos dois movimentos importantes na sociedade ocidental: de um lado a Europa, com a sociedade trabalhadora, mergulhada num estado de bem-estar social no campo da saúde e da educação,

conquistado pelo acúmulo de força do movimento progressista na luta contra o nazifacismo. Do outro lado, no continente americano, fizemos um processo contrário ao europeu: a influência americana, que praticamente se tornou hegemônica no pós-guerra, nos levou a construir um modelo liberal-privatista. E esse modelo, a partir de 1943, se tornou hegemônico praticamente em todos os países da América Latina, materializando-se no Brasil, na década de 60, e fortalecendo-se com o milagre econômico.

Enquanto estávamos vivendo um momento de restrição política, imposto pela ditadura ao país, os nossos intelectuais foram capazes de produzir um sistema de discurso muito forte, por isso costumo dizer que a década de 70 foi à década do discurso.

Na década de 80, chamada por mim a década do parlamento, foi muito importante para nós, visto que fomos o único país da América Latina que aproveitou o momento da redemocratização para cravar na Constituição reformas sociais extremamente importantes, como o SUS, que nasce desse processo de acúmulo.

É muito interessante fazermos um paralelo entre as conquistas européias e as conquistas na América Latina, e no Brasil, especificamente. Enquanto na Europa temos conquistas sociais que foram se consolidando ao longo do século XIX e durante toda a metade do século XX, no Brasil criamos situações interessantes, foi o nosso momento de criar leis ousadas, como o SUS, o Estatuto da Criança, e o Estatuto do Idoso. Se pegarmos o Estatuto do Idoso, observamos que ele é um propósito que não tem um método de organização do Estado. A mesma coisa aconteceu com o Estatuto da Criança e do Adolescente: criamos os estatutos, e não queremos dizer se é bom ou ruim, simplesmente é uma característica de como as nossas conquistas se dão.

No SUS, tivemos uma importante conquista, com base no discurso. De todas as políticas públicas brasileiras é a mais sólida, do ponto de vista discursivo e a que tem métodos, propósitos e organização mais consistentes. Na década de 80, tivemos essa conquista importante no parlamento, que foi a aprovação da Constituição, e nela a definição do SUS. Logo em seguida, conseguimos publicar as Leis Orgânicas 8.080 e a 8.142.

A década de 90 foi a década da descentralização. Tudo que estava na constituição não podia ser aplicável por si só, por isso criamos duas leis orgânicas, que por sua vez também não são auto-aplicáveis, e então criamos as Nobs – Normas Operacionais Básicas. Em resumo poderíamos afirmar que a década de 90 foi o momento em que começamos a descentralizar e a ampliar a base de apoio a partir do processo da municipalização.

A década de 2000, que é esta que estamos vivendo, é a década dos dilemas. Por isso o tema – os desafios do SUS – cabe tão bem. Eu gostaria de colocar os desafios sem entrar no debate das Nobs, e entendo que na década de 2000, ou na década dos dilemas, os principais desafios estão colocados como o que chamo de “ordem subjetiva” e “objetiva”, ou o que tenho chamado em alguns artigos de “SUS pós-Nob”.

O que chamo dos desafios do SUS no contexto subjetivo? Primeiro, o grande desafio de construir uma política pública universal, numa sociedade de subjetividade escravocrata. É importante que a gente tenha clareza que é muito diferente construir um sistema universal na sociedade inglesa, que lá em 1200,

no João-Sem-Terra, já tinham feito vários pactos da relação do Estado com o cidadão, e fazer uma política pública universal num país de 500 anos, que tem 400 anos de escravidão profunda. Então, essa subjetividade que está embutida na elite, da separação, do gueto, do *apartheid*, é muito perversa.

Se olharmos o sistema de saúde das nossas capitais – falo das capitais porque são as cidades, com mais de 500 mil habitantes – se fizermos um corte na cidade, teremos um verdadeiro *apartheid*. Temos o sistema da elite, que está nos bairros ricos, e um cinturão, composto por um sistema de pobre para pobre, na periferia. Uma situação é uma inglesa, filha de classe média na Inglaterra – de um professor universitário, de um funcionário público – que vai parir e se dirige para uma enfermaria. Mas não há a menor possibilidade de alguém da classe média, aqui no nosso país, uma mãe da classe média ligar para a sogra, ligar para a tia, irmã, mãe e dizer que a filha está na enfermaria. Isso não se admite: ou seja, não está na subjetividade a idéia da universalidade.

Então, isso é muito importante porque contextualiza um grande paradoxo nosso: nós defendemos o sistema que não usamos. Esse paradoxo tem que ser assumido, e eu chamo a atenção para dois grandes fenômenos. Um, por exemplo, a classe trabalhadora mais organizada do Brasil, historicamente, que é a do ABC paulista, não usa o SUS: defende o SUS, como bandeira política, defende o SUS como um princípio democrático, defende o SUS como um princípio socialista, mas na hora de discutir o dissídio coletivo, querem discutir qual é o melhor plano para eles. Esse é um paradoxo que tem que ser enfrentado, porque isso está na nossa subjetividade. Isso é o “não dito” o tempo todo: “Eu não uso, ele não presta...”. Então, produzimos uma ideologia, produzimos um sistema que ideologicamente defendemos, mas não usamos. É o paradoxo dos funcionários públicos. Os funcionários públicos não usam o SUS.

E aí nos perguntamos, por que não usam? Porque, na cabeça das pessoas, o SUS é um sistema ambulatorial e médico. É por que isso que precisamos começar um outro discurso e iniciar um novo debate – de que

100% da sociedade brasileira usa o SUS. Em Fortaleza, por exemplo, tenho feito esse debate, e é impressionante como as pessoas se deram conta de que são usuárias do SUS. Por quê? Quando a pessoa vai para a padaria comprar pão, o SUS está por trás, desde a linha de produção do agrotóxico, desde a fiscalização agrária... Quando vai para o chuveiro, está tomando banho com o SUS, porque estamos dosando os coliformes fecais da água. Quando vai para o frigorífico, é o frigorífico do SUS. Quando vai para o motel, vai para o motel do SUS, porque estamos garantindo a vigilância sanitária. Quando vai para a clínica de estética, vai para a clínica de estética do SUS.

Ou seja, precisamos construir o desenho de que o SUS não é um sistema de assistência médico-hospitalar, não é um plano de saúde, o SUS é uma política pública universal. É importante que ele seja discutido e debatido como contraponto a essa subjetividade que está embutida entre nós e na nossa elite, que acredita que o SUS é um sistema de pobre para pobre. Esse foi o grande debate que fizemos na década de 90, para não aceitar os pacotes, os pacotes de cestas básicas que contami-

nou a maioria das reformas da saúde na América Latina – e vencemos.

Em 1996, tivemos pressões internacionais enormes para tirar a universalidade do sistema, e apesar de ninguém ter tido a coragem de defender, de termos ficado quietos diante da onda neoliberal, conseguimos consolidar – pelo menos na lei, pelo menos como princípio – esse desafio.

Essa cultura de um sistema de pobre para pobre é um aspecto muito importante. A descentralização, num país continental como o Brasil, se revela como um caminho para a superação dos desafios na implementação dos princípios do SUS, e as experiências municipais hoje, exitosas, começam a romper com esse paradigma. Algumas capitais começam a apresentar um sistema bonito, decente, universal, que se difere do paradigma “de pobre para pobre”. Mas se tomarmos como exemplo o sistema de saúde de Fortaleza, ele sustenta esse paradigma e, por isso, todo o meu desafio em dois anos, é o de,

pelo menos, deixar um sistema decente. Mas essa cultura é muito forte, está impregnada, porque, não usamos o sistema: fazemos um sistema para os outros.

Outra questão importante é que a nossa visibilidade é muito pouca. Não temos a visibilidade... é impressionante. Por exemplo, toda clínica de oftalmologia, por mais “chique” que seja hoje, quer ser credenciada pelo SUS. Isso se dá porque a catarata, com o esquema de mutirão e de caixinha que temos hoje – aqui 101 caixinhas – é um dos procedimentos mais lucrativos do SUS: custa em torno de 600 reais, e se gasta 130 a 200, no máximo, dependendo da depreciação. As clínicas querem se credenciar ao SUS mas, porque são chiques e estão nos bairros chiques, querem que o SUS seja credenciado pela porta dos fundos: tem a entrada dos pobres e tem a entrada dos ricos. Temos que inverter essa lógica: colocar uma placa bonita, como você tem em qualquer lugar da Inglaterra, um NSH – Sistema Nacional de Saúde; temos que aumentar essa visibilidade do SUS em todos os espaços, e isso depende da criação de uma cultura, um sistema de informação e comunicação social na

saúde, que dê visibilidade ao sistema como uma política pública universal.

Não estou querendo levar a questão para o outro lado, porque enquanto estamos aqui discutindo o sistema, o outro lado da Esplanada faz a renúncia fiscal, para que você garanta o sistema suplementar. Não acho que temos que fazer uma cruzada contra o sistema suplementar, acho que o importante é não deixarmos de reconhecer a superação do paradigma “de pobre para pobre”, como um dos processos importantes que estão como um desafio do sistema. E esse debate precisa ser feito.

Bom, agora saindo um pouco da subjetividade e entrando na racionalidade, encontramos alguns dilemas, e aqui apresento para o nosso debate três desafios que estão no campo mais objetivo: da gestão, do campo financeiro e outro que chamo de controle social.

No campo da gestão, acho que o participante a² já levantou questões que considero importantes, e

² As considerações do Participante encontram-se, nesse texto, no Item 8.2 “Considerações dos Participantes”.

destaco a questão da superação do modelo das Nobs. As Nobs cumpriram um papel importante, que foi de habilitar e construir um sistema de pré-requisitos e prerrogativas para os 5.562 municípios brasileiros serem municipalizados, cumprindo um papel importante: criar mecanismos de descentralização..

O repasse fundo a fundo foi um dos maiores avanços nas políticas públicas brasileiras, mas encontrou entraves. O município no Brasil é um ente abstrato, mas muitas vezes isso se dá porque tratamos o município como se fosse único. Não se teve uma preocupação maior de trabalhar o nível de complexidade dos sistemas municipais de saúde, e se usou, inclusive, a palavra “complexidade” de forma equivocada, confundida com densidade tecnológica.

Temos quatro mil sistemas municipais de saúde com menos de 20 mil habitantes, 1.300 que têm entre 20 e 100 mil e 231 sistemas municipais de saúde com mais de 100 mil habitantes, dos quais 31 com mais de 500 mil – todos com níveis de complexidade. Ao invés de trabalhar a estratificação de sistemas municipais de saúde, numa perspectiva de que essas

complexidades de porte necessitariam de tratamentos diferenciados, fizemos o mesmo sistema de prerrogativas e pré-requisitos para habilitar um de 10 mil, um de 5 mil e um de 10 milhões. De certa forma, isso terminou trazendo várias distorções que agora estamos tentando corrigir.

A outra questão que coloco é que há uma necessidade de se rever o conceito de gestão do sistema. Fazemos a pactuação bipartite – Comissão Intergestora Bipartite e tripartite – Comissão Intergestora Tripartite, mas tínhamos que pensar que em algum momento estivesse presente, pactuando, quem vota e quem tem voto, que são os prefeitos, governadores e o Presidente da República. Ou seja, acho que nós assumimos demais, em algum momento nessa pactuação, a defesa de um sistema, mas muitas vezes quem tem a caneta para decidir não está presente.

Não é fácil um secretário de saúde estar numa bipartite, decidindo sobre o gasto que o prefeito vai ter que fazer na saúde, se o prefeito não estiver presente ou se a representação não estiver presente. Isso é um reclame dos prefeitos, e eu, sem dúvida nenhuma hoje

– e fiz isso como presidente do Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – entendendo que é chegada a hora de que esse pacto, em algum momento, seja verdadeiramente pactuado com os gestores do sistema, que são os prefeitos, governadores e o Presidente da República.

A gestão do trabalho é hoje um grande desafio: como fazer essa “desprecarização” e essa “desterceirização” – talvez esses termos não existam – trabalhando por uma carreira do sistema, o que chamo de carreira nacional de base municipal, porque isso é um corpo novo, é uma nova terminologia que precisaremos pensar e aí temos, apesar dos avanços, um desafio grande na área de ciência e tecnologia.

Do ponto de vista financeiro, vejo duas grandes questões que estão colocadas. Primeiro, temos que trabalhar melhor a questão dos condicionantes dos determinantes da saúde que está, inclusive, colocado no artigo 197 da Constituição. Ou seja, quais são as políticas intersetoriais, os mecanismos de debate na esfera federal, esfera estadual e na esfera dos municípios, que temos que construir para que os determinantes e os

condicionantes da qualidade de saúde da população sejam exercidos em políticas intersetoriais. E aí temos que fazer esse debate para se antecipar, inclusive, a essa tentativa de, em nome da intersetorialidade, você ter que tirar dinheiro daqui para colocar acolá porque aquela política é determinante e condicionante.

O desafio e o dilema dos condicionantes e determinantes não foram solucionados ainda, e um exemplo disso é estarmos tratando muito mal uma das maiores epidemias de violência que temos hoje no Brasil. O setor saúde, ao meu ver, se mobilizou muito pouco ou quase nada frente ao plebiscito, em que tivemos a oportunidade de mostrar à nação, de ir às ruas e se manifestar, colocando que para essa epidemia de violência a solução não é arma ou a polícia, mas é a construção de uma cultura de paz e de não-violência. Esse debate precisa ser feito e temos a responsabilidade ética de fazê-lo, porque os dados estão em nossas mãos – nenhum setor da sociedade tem tanto mapa da violência, do homicídio, do suicídio por arma de fogo, como o setor Saúde.

Então, eu considero hoje um imperativo ético que a saúde se mobilize na questão da construção de uma cultura de paz e de não-violência. Tivemos o referendo, o “não” ganhou, mas a necessidade desse debate permanece e deve ser cada vez mais aprofundada, apesar de já representar um grande ganho o Brasil ter discutido isso da forma como ocorreu. E isso eu coloco também nos condicionantes e determinantes das condições de saúde: os transtornos do ponto de vista financeiro, os transtornos emocionais, o sofrimento embutido na vida de milhares e milhares de famílias nesse país, vítimas da violência, é uma questão imensurável. E isso não é uma epidemia atual do planeta, é uma epidemia atual do Brasil. É bom que tenhamos clareza disso.

Outro desafio que está colocado é com relação à questão do financiamento da emenda constitucional 29. Essa mobilização recente que o Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conasems fizeram, acende uma esperança importante, sem deixar de entender que vamos travar uma grande batalha com a área econômica do governo, por isso é muito

importante que a democracia e a tolerância sejam vividas nesse momento.

Das três questões anunciadas – gestão, financiamento e controle social – faltam as considerações sobre esta última. Retomando o resgate histórico, acho que aqui, no controle social, paralelamente com aquela discussão da década de 70, 80 e 90, fizemos esse mesmo trânsito.

Quando concebemos a idéia de participação popular, lá no movimento da reforma sanitária na década de 70 e 80, havia uma certa confusão de como seria essa participação. Depois amadureceu certa subjetividade bolchevique na nossa formulação, e nasceu a idéia de controle social muito próximo da de Conselho – a palavra “conselho” vem do termo soviéticos. Esse termo foi criado inicialmente nos soviéticos das fábricas, nos conselhos de fábrica, e se consolidou no stalinismo como sendo um espaço onde o Estado, o partido e o movimento social se confundem. É por exemplo o caso do Conselho de Defesa da Revolução de Cuba em que, em Havana, toda esquina tem um posto de saúde da família e um CDR – Conselho de Defesa da Re-

volução, sendo que o médico é avaliado pelo Conselho de Defesa da Revolução, que faz o controle social.

Vivemos fortemente este dilema do controle social na década de 90. Sem dúvida nenhuma, a última grande contribuição do companheiro Arouca foi agregar ao conceito a idéia de gestão participativa. Estamos vivendo agora esse outro momento, que não é o controle social aos modos do bolchevismo, na lógica dos soviets, mas é uma gestão participativa em que não há o domínio de um sobre o outro – do usuário, o trabalhador e o gestor – porque não há um partido único, um Estado se confundindo com o partido: há espaços democráticos de debate.

Isso, de certa forma, reflete hoje numa necessidade urgente de revermos o debate sobre o controle social no sentido positivo, de consolidar e dar mais substância, e até de repensarmos a sua própria forma, como estamos fazendo nas nossas conferências. Ainda que temos conseguido debater sem problemas, eu temo pela vulgarização, pois produz-se muito material e demanda, e construímos trincheiras enormes de debates nas deliberações, que geram conflitos decisórios.

Eu sou muito simpático a essa contribuição fantástica que o Arouca nos deixou – o conceito de gestão participativa. Cabe hoje uma reflexão profunda, dentro dos desafios do SUS, para a consolidação do desenho – controle social, participação popular e gestão participativa.

Então eu queria, com isso, pontuar essas questões, essa âncora histórica, fazendo essa reflexão e chamando a atenção para os desafios subjetivos e objetivos, e espero que com isso possa contribuir para o debate aqui no *Café com Idéias*. Muito obrigado.

8.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Se pensarmos em termos de desafios atuais do SUS, temos muitos, e se levarmos em consideração o que estamos vivendo no momento temos a franca discussão de pactos – pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e pacto de gestão. Só aí temos três linhas de desafios, que são enormes, fora outros tantos que podemos lembrar.

Eu gostaria de ressaltar nesse momento essas três linhas do pacto, e acho que há um aspecto que se resume um pouco nessas três linhas: a questão da atenção ao usuário. Um dos grandes desafios desse conjunto de pactos talvez a necessidade de chegarmos, definitivamente, ao destinatário das ações do SUS, do usuário e de cada um daqueles que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Enfim, há um conjunto de aspectos que demonstra claramente a inconclusão que vivemos em relação ao Sistema Único de Saúde: a dificuldade que temos com a resolutividade, com a humanização, a dificuldade que temos de aportar às pessoas que utilizam o sistema as melhores técnicas, a melhor abordagem. Nosso grande compromisso junto a esses atuais desafios é exatamente com a busca da solução da inconclusão do Sistema Único de Saúde. Obrigado.

Participante B

Esse ano, a sociedade brasileira viu claramente uma das maiores provas de descaso com a saúde pública no Brasil, que foi a questão da intervenção federal no Rio de Janeiro.

Parece-me que a intervenção federal no Rio de Janeiro não foi simplesmente porque o governo queria ajudar a população do estado, porque se assim o fosse, ele teria feito uma intervenção federal em todos os estados brasileiros.

Eu tenho duas perguntas a fazer. A primeira: qual é o problema do SUS? É o descaso, é a corrupção, é a enorme demanda de pacientes, é a falta de médico, é a falta de capacitação dos próprios médicos, é o baixo salário dos médicos ou é tudo isso? E qual seria a maneira de solucionar esses vícios?

A segunda pergunta é: aqui no Distrito Federal temos um exemplo de hospital público para todo o Brasil, que é o Hospital Sara Kubitschek. Eu sei que agora, nesse momento, nesse governo, não é possível implantar um Hospital Sara Kubitschek em todos os Estados do Brasil, mas quero saber se, ao longo dos anos, começando pelas capitais, depois indo pelas cidades que possuem mais de 20 mil habitantes, mais de 30 mil, se seria possível implantar o Hospital Sara Kubitschek em todos os Estados brasileiros. Só isso. Obrigado.

Participante C

Sou da Assessoria de Relações Internacionais do Conasems. Eu queria cumprimentar o Odorico pela brilhante exposição – como é de hábito – e fazer uma consideração em relação ao que foi exposto por ele: a importância de nós, que estamos dentro do SUS, levarmos essa experiência brasileira para os demais países, tanto da América Latina quanto da África, nessa relação sul-sul, do empoderamento do hemisfério sul, como resposta à questão da globalização, que é um tema que viemos trabalhando bastante já há dez anos, dentro do Conasems, no sentido de criar redes de intercâmbio, para construir esse empoderamento.

Acho que, apesar dos problemas e dos desafios que temos no SUS, as nossas conquistas são muito grandes, e num espaço de tempo relativamente muito curto. É uma conquista que em 15 anos construímos praticamente uma política pública, e muitos países já têm 50 anos, 100 anos de sistemas universais e não conseguem. Estamos em um processo em construção, mas nossas conquistas já são muito grandes.

Por isso considero essa importância de vermos o

lado construtivo desse modelo contra hegemônico – no sentido do empoderamento, da participação social e da saúde como direito – que estamos construindo em períodos difíceis, de crise econômica,

Participante D

Eu concordo com todos os desafios que ele colocou como questões de enfrentamento para a consolidação do SUS, mas penso que estamos aqui há quinze anos – 15 anos em 19 de setembro, da Lei 8.080, e 15 anos vai fazer da Lei 8.142, no dia 28 de dezembro – então penso realmente que o SUS é adolescente, apesar dos 30 anos para a construção das suas bases.

É uma conquista imensa, do ponto de vista da concepção e da prática atual, mas quero também cumprimentar e destacar a questão que ele coloca hoje, corajosa, que é o debate sobre qual participação e controle que queremos para a melhoria da qualidade de vida, de acesso, de acesso ao serviço e de atendimento e atenção às pessoas nesses serviços.

Nós discutimos muito mais a questão da gestão, do acesso, mas a questão da participação começou

basicamente há 10 anos. Acho que temos hoje 5.600 conselhos de saúde no Brasil, por uma pesquisa recente que fizemos, a Secretaria e a Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz – desculpe, esqueci de falar que sou da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Nós estamos fechando a questão do perfil dos conselhos no Brasil, e as dificuldades são imensas, temos conselhos em 5.600 municípios faltando só um em Sebral, no Maranhão, que ajudamos e apoiamos na sua implementação. Mas, penso que essa discussão de qual participação queremos, para quê e como, temos que ter a coragem de fazer. Muitas pessoas que estão aqui são os construtores, tanto das bases do Sistema Único, como também das práticas.

É muito positivo para nós, brasileiros, ter conquistado e gestado um sistema mundialmente avançado, e a cada dia nós temos demanda. Por exemplo, o Uruguai nunca fez uma conferência em saúde e, agora com um governo de esquerda, já estão contatando conosco para apoiá-los. Mesmo quando colocamos para eles as dificuldades, o grande número de legislações, o número grande de conferências, juntas, mesmo as-

sim, somos referência hoje para apoiar o início dessas práticas.

Penso que nossa contribuição é continuar aprofundando e tendo coragem de discutir esses espaços conquistados. É isso. Obrigada.

Participante E

Sou do Departamento de Apoio à Descentralização. Queria trazer para o debate um movimento que estamos fazendo: a construção da integralidade. Ao longo desses 15 anos estamos buscando a construção da universalidade, da descentralização, mas pouco pensamos na integralidade – sob o ponto de vista da organização do sistema e sob o ponto de vista da forma que a gente oferta as ações em saúde nas suas várias dimensões.

Então faço uma pergunta direcionada para o lugar de onde você fala, que é de secretário municipal de saúde, e que vem, ao longo dessa construção de 15 anos, se responsabilizando muito mais pelo contexto – e até porque o munícipe está muito mais perto do prefeito e do secretário do que de qualquer outro lugar

– do empenho que as prefeituras vêm fazendo nessa construção, e do limite que os municípios chegaram, em termos de investimento financeiro e de custeio do próprio sistema.

Outro ponto que eu queria trazer para o debate é a questão da gestão do trabalho. Precisamos elaborar outros movimentos que tragam para o trabalhador uma construção de vínculo com o sistema, porque não adianta ficarmos colocando para o trabalhador que ele tem que construir vínculo com a população e com os próprios trabalhadores da unidade se ele não consegue fazê-lo junto ao seu contratado – vamos dizer assim – independente de quem for.

Um outro elemento – a formação dos trabalhadores em saúde, vem sendo determinada por um modelo “hospitalocêntrico”, o médico centrado, curativista, vinculado muito mais à cura de doenças do que à construção do que estamos buscando fazer ao longo do tempo, que é a promoção e prevenção à saúde. Então, eu queria trazer esse elemento como um debate importante, e dizer que o gestor está lá colocado na Constituição de 1988. Os gestores são ordenadores

da formação dos profissionais de saúde, seja ele de nível universitário, ou de nível técnico. E até um tempo atrás, o gestor imbuía o espírito da formação só para universidade e escola técnica, sem uma discussão articulada, inclusive com o movimento social, que, *a priori*, é quem utiliza o sistema.

E o segundo ponto, que me parece ser um grande desafio, é organizar um sistema de saúde e ações de saúde centrados no usuário. Hoje, temos experiências de serviços de saúde: médico centrado, profissional centrado, procedimento centrado, mas não o usuário centrado. Acho que o grande desafio na construção do sistema é no campo relacional, no campo das atitudes das pessoas, e isso tem a ver com o que você trouxe no início da reflexão, que são as subjetividades na construção de uma cultura, que é essa que estamos chamando de Brasil. Era essa a contribuição que eu queria trazer.

Participante F

Sou do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Eu queria levantar mais uma questão para o

debate, e retomar um pouco o que o Odorico colocou – a questão da década de 80 com as discussões trazidas para dentro dos plenários da Câmara e do Senado, do Congresso em si, e da materialização de um sistema que surge da discussão pública de um movimento sanitário que se conforma por 10, 20 anos.

Então, eu queria levantar algumas questões. O quanto se poderia ganhar e o porque não se consegue levar algumas discussões para dentro do Congresso Brasileiro, discussões que seriam importantes, de repente, para o próprio Sistema Único de Saúde – a despreciação, a regulamentação da Emenda 29, a própria regionalização e o pacto de gestão, que está colocado como necessidade desse próprio sistema. Que ganhos poderíamos ter nessa discussão, não só dentro da área técnica da saúde, mas dentro da área política do cenário nacional, como está colocado?

E aí eu resgato um pouco da necessidade que o Odorico coloca de trazer os gestores, prefeitos, governadores e o próprio presidente na discussão do sistema de saúde, seja municipal, estadual ou nacional. E aí eu queria tentar delimitar ou imaginar que tipo de

benefícios isso poderia trazer para o próprio Sistema Único de Saúde, e o porquê de não conseguirmos nos favorecer esse tipo de discussão.

Participante G

Gostaria de colocar uma questão, que é: que elementos você acharia fundamentais para o fortalecimento de um pacto federativo em torno de princípios mais solidários e cooperativos?

Participante H

Sou da Secretaria de Gestão Estratégica Participativa e fiz parte de toda essa história da reforma sanitária. Essa análise que você fez foi realmente brilhante, porque você conseguiu resgatar toda uma história e com um olhar que realmente devemos ter, porque na maioria das vezes fazemos uma análise destorcida do sistema, de como ele está sendo ou não implantado.

Quando me falam que o SUS é um jovem de 15, ou 17 anos, segundo alguns, eu procuro resgatar justamente essa história, porque eu tive a satisfação de participar dela. E esse problema do SUS não vem da

década de 70, esse movimento começou lá na década de 60, justamente em toda aquela efervescência pela qual passamos em 68, e depois no pós-ditadura.

A maior dificuldade do SUS é que ele é um sistema e um projeto contra-hegemônico, ou seja, o SUS é realmente um projeto ideológico que traz no seu bojo toda uma ideologia de esquerda – e precisamos fazer essa análise, porque do contrário nos perdemos ao discutir se ele foi, ou não, bem implantando.

Até me lembro do companheiro Gentile – não sei se você conheceu ou conhece de nome – o Carlos Gentile. Ele dizia mais ou menos o seguinte: “nós somos um bando de doidos em estudar e discutir o Sistema Único de Saúde dentro de um país como o nosso: um país capitalista, periférico, com uma elite escravocrata... com uma elite realmente desinteressada, de costas para esse Brasil. Somos um bando de loucos”. E como um sonhador, ele realmente batalhou até o fim da vida nessa discussão.

O SUS, na década de 60, 70, já tinha um arcabouço discutido pelos intelectuais e pelos formuladores – os grandes quadros – mas que não tinham uma dis-

cussão massificada do SUS. A população, a sociedade, não participou na construção propriamente, ela participou porque era um processo contra a ditadura, processo de derrubada de todo o sistema, que conseguimos efetivar pela Constituição de 1988, um SUS extremamente ambicioso, que alguns dizem extremamente generoso, mas que trazia no seu bojo algo fundamental: a participação popular.

A participação popular começou extremamente enviesada, e o Sérgio Arouca, que foi um dos formuladores desde o início da “gestão participativa”, deixou para nós uma herança, que você colocou, e que acho que é o grande desafio que temos: o problema de gestão participativa e controle social. E aí me pergunto por que até hoje, inclusive, o pessoal que participa do controle social, não consegue conceber o SUS como uma participação, e por que até hoje há essa dualidade entre gestão participativa e controle social. Eu até faço essa colocação porque para mim não existe diferença, e acho que essa falsa diferença é, talvez, o grande centro do processo.

E eu gostaria de deixar essas reflexões porque acho que, por trás de tudo isso, quando você fez a comparação com a Inglaterra, está a nossa concepção de Estado, que a elite tem e que o nosso próprio povo também tem. Eu não diria que é um problema de subjetividade, mas ideológico, pois não existe subjetividade sem uma concepção ideológica. A luta é ideológica e nós, dentro da concepção brasileira, temos uma elite extremamente autoritária de costas para o Brasil, sempre nessa concepção escravocrata submissa e que gosta de submeter.

Temos uma sociedade extremamente desorganizada, sem um sentido de participação, e é por isso, inclusive, que não gosto de usar essa palavra: usuário do sistema. Parece-me que esse usuário hoje está muito inserido na concepção neoliberal, e ele está mais com a concepção de consumidor do que realmente de um indivíduo que participa do processo.

O Estado brasileiro – acho que esse é o problema e deixo aqui uma reflexão – a sociedade brasileira desconfia do Estado, o descolamento do Estado para com a sociedade é extremamente grande. Você deu um

exemplo, e eu não vou muito longe: os trabalhadores têm planos de saúde porque eles, na verdade, fazem o discurso do SUS mas não confiam no Estado para resolver o problema do SUS e o próprio Estado tem também, ao invés de utilizar o SUS, plano de saúde – o servidor público, como você mesmo disse.

Gostaria de deixar essas reflexões: só vamos avançar no dia em que realmente tivermos mudado para uma concepção de Estado e de sociedade contra-hegemônica, em oposição a essa concepção que hoje a sociedade brasileira tem.

8.3 Considerações Finais do Facilitador

Uma questão importante colocada pelos participante é em relação à contribuição do Brasil no debate internacional. O Brasil tem hoje uma fronteira com 588 municípios em toda a sua extensão e, na grande maioria, é dolentes de serviços de saúde. O Brasil é hoje uma liderança nas Américas – e aí é muito importante entendermos que, esse debate dos blocos, tanto o Mercosul – Mercado Comum do Cone Sul

quanto a Alca – Aliança para o Livre Comércio da Américas, é fundamental e inevitável, porque a tendência dos blocos é uma tendência natural no processo internacional.

Inclusive estou cada vez mais convencido de que temos que pensar numa sociedade global, e eu penso na idéia de uma governança global. Por isso defendo que temos que fortalecer a ONU não como um espaço de hegemonia dos EUA, mas como um espaço de negociação multilateral, entendendo que alguns dos princípios que defendemos hoje para o Brasil são princípios universais. Nas Américas só temos quatro países com sistemas universais: Canadá, Cuba, Brasil e Costa Rica – que é mais ou menos universal – o Chile não consegue ser; o México trabalha ainda com pacotes básicos e os outros países da América Latina estão também numa situação muito delicada.

Toda a década de 90 foi uma década de retrocessos nesses países, por isso é muito importante que o Brasil lidere esse processo até porque, historicamente, as agências multilaterais muitas vezes diminuem o papel do SUS no Brasil justamente, para que, ele não seja copiado por outros países.

Nesse desafio construímos a rede Américas, essa rede que hoje está ancorada no Conasems. Já fizemos quatro congressos: o primeiro em 1995, em Fortaleza – vai fazer dez anos; o segundo em Havana, em 1997; o terceiro em Quebec, em 2000; o quarto em Rosário, na Argentina – por sinal o prefeito socialista de Rosário foi eleito agora deputado na Argentina; e o quinto vai ser em Recife, no próximo ano com o congresso do Conasems.

Então, há a necessidade de expansão desse debate com os países africanos, e é importante que esse debate do hemisfério sul do planeta seja liderado pelo Brasil. Na Europa, quase todos os países têm conquistas relevantes na área da saúde, mas o modelo americano não reconhece a saúde como um direito de cidadania. Na concepção subjetiva do Estado americano – usando uma linguagem *webberinana* – até pela ética, pelo espírito do capitalismo e a ética protestante, a cultura americana é de que a saúde é responsabilidade do cidadão. Então, ele tem que trabalhar, ganhar dinheiro e comprar a saúde e a educação para os filhos: só que esse modelo se esgotou e eles têm hoje o pior e mais

caro sistema de saúde do planeta. Temos que aproveitar essa crise do modelo americano para que a gente possa se fortalecer. Assim, acho essa agenda internacional muito importante.

Vocês me colocaram a tarefa de pensar os desafios, e acho que a questão da integralidade é um deles hoje. Porque esses princípios – a universalidade, a integralidade e a equidade – entraram no sistema como caixas-pretas, e eu me lembro bem do modelo da epidemiologia das caixas-pretas. A universalidade é o mais fácil de você trabalhar, porque é “porteira aberta”, certo? Parcialmente aberta, porque da classe média 33 milhões saíram do sistema e só abrem a porteira em casos específicos. Agora, num país capitalista com subjetividade escravocrata, os princípios da equidade e da integralidade se complicam, ainda mais quando todo o aparato tecnológico está voltado para a integralidade dos planos de saúde, e por isso só há integralidade no SUS naquilo que o serviço é lucrativo para o sistema de produção, de assistência privada...

Coloco hoje a questão da integralidade como imperativo ético do sistema – e aí respondo um pouco a

questão sobre o Hospital Sara Kubitschek. Primeiro esse tema reflete um pouco um fetiche do candango em torno do Sara Kubitschek, porque na realidade poderia haver uma rede de Saras no Brasil. Segundo, esse debate em torno do Sara é extenso, e temos hoje uma rede de urgência e emergência no país que faz muita coisa. A intervenção do Rio de Janeiro foi bastante discutida num debate democrático, não foi uma aventura, foi uma prerrogativa que o Ministro teve que exercer. As capitais brasileiras, naquele exato momento, não estavam vivendo a mesma situação do Rio de Janeiro.

Estamos dando conta de alguns aspectos importantes, como as UTIs, a questão das epidemias, há quase oito meses que não estamos na manchete, não é verdade? E isso não é fácil, não tem um dia na Inglaterra que o sistema de saúde não esteja na primeira página de qualquer jornal, sobre qualquer assunto – a relação dos ingleses com o sistema deles é de amor e ódio, o tempo todo.

Essa mesma relação nós temos com o SUS. É importante dizer: nós vamos sempre ter essa relação de

amor, somos todos apaixonados, embriagados pelo sistema. Se você pensar em vacina e em vigilância sanitária, é uma relação de amor, mas quando você pensa em urgência e emergência, com uma epidemia dessas de violência, não tem jeito, não tem sistema que dê conta. Não adianta lutarmos por tomógrafo, ressonância, mais neurocirurgiões, se não colocarmos bafômetro, se não resolvermos o problema da velocidade, não tivermos um sistema de segurança. Então, temos que fazer debate o tempo todo dos “nãos”, dos determinantes e dos condicionantes do sistema.

Retomando à questão da integralidade: considero que o nosso desafio é a busca do paradigma perdido, e a biomedicina exemplifica bem as tensões. Na década de 70 o SUS fazia o discurso do dilema “preventivista” – e o Arouca, na tese dele, conseguiu unir Marx e seu conjunto – e isso representa uma tensão paradigmática quanto ao modelo da biomedicina. Mas, se verificarmos o conteúdo de todas as atas da tripartite, da primeira de 1994 até hoje, só sai AIH – Autorização de Internação Hospitalar, teto financeiro em torno da biomedicina.

Essa é uma incoerência do nosso sistema. A União Soviética tomou o modelo positivista da revolução pasteuriana, e estatizou; Cuba tomou o modelo bio-médico, e estatizou; quem ainda faz um debate no campo da antropologia é a França. Mas o hegemônico é o modelo da revolução pasteuriana. Nós deixamos Virchow de lado, o tempo todo fazemos um discurso virchowiano da determinação social da doença, mas temos uma prática pasteuriana, ou seja, nossa práxis é da biomedicina porque somos refém do modelo mercantil do capitalismo que é hegemônico.

Nos últimos três anos, com as “caixinhas”, aprofundamos o modelo hegemônico da biomedicina. O gestor da SAS hoje, nada mais é do que o chefe de um *shopping center* cheio de caixinhas de doenças: tripa fina, tripa grossa, rim, varizes, catarata, veia de cima, veia de baixo, e por aí vai. Isso é passado do gestor para os municípios, e com a chegada do dinheiro há a cobrança dos prestadores de serviço “O dinheiro entrou ontem e eu quero receber hoje”, e eu digo: “Não sou caixa do Ministério da Saúde, não. Sou gestor do sistema. Dá licença...”.

Da forma como o modelo se estrutura, ele fica totalmente refém do da hegemonia do modelo da biomedicina. Vamos imaginar o seguinte exemplo: as cem “caixinhas” correspondendo a um corpo humano esquartejado. Colocamos as caixinhas no corpo e o órgão em cima: quantos milhões tem nas varizes? Quantos tem na catarata? Quantos tem na próstata? Quantos tem na neurocirurgia? Representando então a “reforma agrária” do corpo humano dentro do Ministério da Saúde. Temos o dever ético de fazer essa tensão paradigmática, e aí acho que o Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) tem responsabilidade histórica nesse processo: do choque da descentralização, do pacto de gestão, e caixinha zero – no máximo sete para você trabalhar.

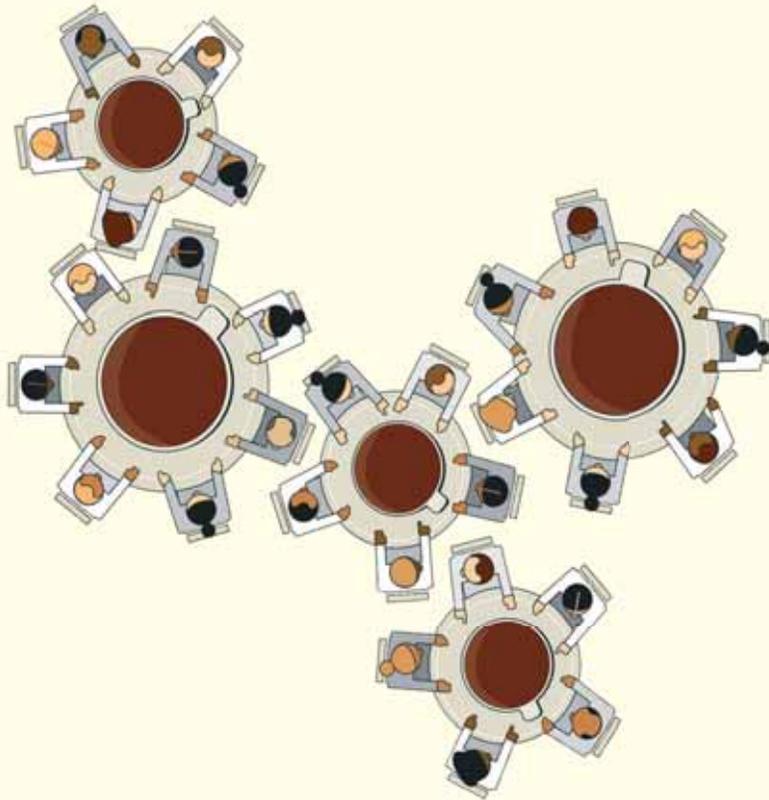
Em relação à consideração de levarmos esse debate ao Congresso, ele já está no Congresso. Eu concordo com a colocação de que temos que pensar em um plano de cargos e salários do SUS, pois esse modelo tradicional de plano que existe não dá conta. Temos que pensar em uma carreira que dê ascensão vertical e mobilidade horizontal, através de um sistema nacio-

nal de base municipal, porque o vínculo é municipal. A mobilidade se daria por um sistema de aplicação, discutido de forma democrática e transparente. A seleção seria por concurso público, com mesas de negociações nacionais, estaduais e municipais. Se for o caso, até mesmo criar uma previdência própria.

Estamos realizando no Ceará um concurso estadual, porém o vínculo é municipal. O edital foi lançado ontem. São 4.500 vagas em 118 municípios. O concurso de um dia só, financiado pelo Estado com a adesão dos municípios. Em Fortaleza, por exemplo, temos 1.380 vagas: 460 médicos, 460 enfermeiros e 460 dentistas. Cada município tem um salário, porém por conta dos diferentes mecanismos, eles não são discrepantes. Mas, não está criada a carreira, e o desafio será essa criação.

Em relação à colocação do último participante concordo que é ideológico e é subjetivo, e a ideologia se expressa nesse processo subjetivo.

CULTURA DA PAZ E COTIDIANO



Rose Marie Inojosa

Jonas Melman

9 CULTURA DA PAZ E COTIDIANO

CAFÉ COM IDÉIAS – NOVEMBRO DE 2005

Rose Marie Inojosa

Membro da Rede Gandhi Cultura de Paz e não Violência, coordenadora do projeto de implantação da universidade aberta do meio ambiente e cultura de paz, da Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente da Cidade de São Paulo.

Jonas Melman

Membro da Rede Gandi de Saúde e Cultura de Paz e não Violência, e da Área técnica cultura de paz, saúde e cidadania da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

9.1 Falas Iniciais dos Facilitadores

Rose Marie Inojosa

Estou muito contente e agradeço muito o convite e a possibilidade de estar aqui com vocês ouvindo opiniões diferentes e podendo conversar um pouco sobre esse tema que temos refletido bastante. Acho que talvez de uma forma indireta, as pessoas estão se sentindo reféns, o nosso cotidiano tem sido um exercício de sobrevivência. De um lado existe esse sentimento de insegurança pessoal do nosso grupo, da nossa família, e a gente se cerca com grades criando estratégias para nos proteger de um inimigo que nem sabemos quem é; supondo que as pessoas podem nos roubar os bens materiais e nos agredir sem que, ao menos, possamos conhecê-las, e ao mesmo tempo, e aí eu acho uma coisa bem contraditória que é o sentimento de desconforto que temos com a injustiça, com a distribuição injusta da riqueza. Acho que todos nós refletimos sobre esse sentimento. O inimigo não é mais o mesmo; ele veste terno, não tem arma de fogo, mas tem outras armas sérias que talvez matem até mais. Acabamos

virando reféns desse sentimento de insegurança pessoal, de insegurança social e de repente todos viram inimigos; tanto aquele que rouba nossa correntinha, como aquele que toma decisões. Acho que este é um momento histórico. Estamos vivendo o ápice da cultura da violência, que foi sendo alimentada ao longo de séculos, sempre consentido, um dos nossos amigos falou de força, que é diferente de violência, e acho que trabalhamos muito com a violência e não com a força, e com essa idéia de dominação, o homem dominou a natureza, dominou as outras espécies e também a outros homens, e veio repetindo esse modelo ao longo dos séculos e por muitos impérios, e essa dominação foi acabando com os recursos naturais, extinguindo espécies e foi fazendo a matança que a gente tem visto, a matança próxima, que nos dá tanto medo, e a matança geral, que vemos na televisão, e não sabemos nunca em que momento podemos estar na cena. Essa é a cultura de violência que foi sendo alimentada. Temos que ganhar, temos que competir, temos que vencer. E vencer dominando o outro. Se tivéssemos uma maneira de realizar a aspiração de tantas pessoas

que falam em desenvolvimento, essa palavra que foi a desculpa para tantos atos de violência, se a gente pudesse lidar e olhar isso de outra forma... Nós sabemos que esse ideal de consumo irresponsável do primeiro mundo é inalcançável, se algumas nações conseguissem chegar perto, precisaríamos de três planetas terra. Nós esgotamos nossos recursos naturais. Sabemos que não teremos água por muitos anos. Estamos deixando para nossas gerações um legado da violência que fizemos com a natureza, com o esgotamento gravíssimo de recursos naturais, que já está sendo motivo de guerras entre os povos, a extinção de outras espécies e essa matança, isso tudo é resultado da cultura da violência. Reforçamos tudo isso no referendo sobre o porte de armas, mantendo a possibilidade de proteção armada; e, para onde está sendo levada essa proteção? Que modelo de segurança é esse? Há alguns anos eu trabalhava com um curso no qual utilizava um desenho animado como recurso didático, que era de um trenzinho que vinha andando cheio de gente. As pessoas que estavam dentro do trem viam passar pelo outro trilho um trenzinho mais rápido, e começavam a ser irritar com

o condutor do trem. A partir daí, resolveram iniciar uma mudança de condutores, e cada vez que mudavam, continuava sendo exigido um maior desenvolvimento do novo condutor. No meio dessa história tinha um moço que queria apresentar uma alternativa, ele tinha um projeto para o trem, mas ninguém deu atenção a ele, e continuavam incitando o condutor a ir mais rápido. No final da história o trenzinho se arrebatava e junto com ele os passageiros, menos o sujeito com o projeto, que acabava indo embora. Essa história ilustra o quanto as muitas pessoas que vêm trazendo ao longo do tempo projetos novos, de cultura da paz e não da violência não vêm sendo ouvidas. O Budismo, há centenas de anos, prega a visão da interdependência das pessoas, que fazem parte de uma rede de sobrevivência de apoio mútuo, e não de uma rede de destruição como se vê atualmente. Gandhi falava da necessidade de um novo modelo de não violência ativa, porque quando falamos de paz, as pessoas acham que temos que aceitar tudo. Fica a idéia de que diante de um conflito, a pessoa que prega a paz vai fugir ou vai simplesmente aceitar tudo o que está sendo

imposto. Ainda existe o modelo da violência determinando esse medo mas Gandhi não fala isso, ele prega a violência e a não violência como ativa, ela é a resistência não violenta, é o boicote, é a indignação face à injustiça, no entanto, de um jeito diferente, respeitando a idéia divergente do outro, construída ao longo do tempo, mas reafirmando a sua posição energicamente; opondo-se à injustiça e à violência ativamente. Quando defendemos um estatuto para desarmar as pessoas, isso é uma posição ativa, nós precisamos deixar de ter medo de pensar que estamos protegidos porque temos uma arma, isso é uma posição ativa. Então a última questão nesse primeiro momento que eu quero trazer é que no modelo da cultura da paz, além da interdependência, e da não violência ativa, temos a questão maior, que é do exemplo, então a primeira pergunta é: Como é que nós trabalhamos a promoção da cultura de paz? A resposta é: vivendo. Da mesma forma como vivemos a violência, temos que viver a não violência essa é uma questão de trabalho individual e social. As pessoas que acreditam que é possível trabalhar com um modelo que ponha um freio a essa matança, e que

são contra a possibilidade de deixarmos para nossos filhos o planeta esgotado e conflagrado, têm que exercer ativamente os princípios da não violência, que é o de se indignar sim, e exercer a força e não a violência, para se opor, e implementar um modelo diferente do que o que está posto aí, precisamos exercitar a nossa força para escutar o outro, mesmo que esse outro seja contrário ao que acreditamos. Isso deve ser feito não simplesmente para aceitar mas para tentar compreender a posição do outro. Gandhi dizia que “A violência é a arma dos covardes”, então, a violência é um ato de covardia e a força um ato de coragem. Precisamos nos expor e nos opor à violência, de forma pacífica.

Jonas Melman

Estou muito feliz e honrado de estar aqui conversando com vocês sobre um assunto muito caro para mim, e imagino que para todos nós. Eu quero provocar vocês fazendo a seguinte pergunta: Quem é que gera violência no cotidiano? Vocês já pararam para pensar nisso? Somos nós mesmos. Acho que se a gente pudesse responder essa primeira pergunta chegaria a

um consenso. De alguma forma todos nós podemos gerar a violência dentro de nós mesmos e nas nossas relações. Vocês se lembram de como um dos colegas se apresentou? Ele falou seu nome e em seguida disse: “eu sou escravo da área técnica de Idoso”. Então eu fiquei pensando que o sentimento de escravo é o sentimento de alguém que está aprisionado, alguém que se sente injustiçado, que se vê obrigado e subjogado por um outro que tem poder sobre ele. Pensar na violência no cotidiano, talvez ajude a gente a entender melhor quem somos, de como a gente se define como pessoa, inclusive do ponto de vista profissional, se as nossas relações profissionais, estão mais impregnadas de uma cultura de violência ou de uma cultura de paz. Pensar na violência no cotidiano, talvez nos remeta a uma certa reflexão pessoal, se as nossas relações familiares estão mais impregnadas de uma cultura de violência, ou se elas são mais embasadas nos princípios de uma cultura de paz. As pesquisas mais sensíveis, em praticamente todo o mundo revelam, em primeiro lugar, que a violência talvez seja um dos problemas mais centrais da humanidade hoje em dia, e em se-

gundo, nos mostram os índices de violência contra a mulher no espaço doméstico. As experiências mais sensíveis revelam que 30% das mulheres no Brasil, já sofreram, em algum momento de suas vidas, algum tipo de violência doméstica, principalmente de seus companheiros.

Essas questões acabam impactando diretamente nos serviços de saúde, isso porque, toda a violência que sentimos nas nossas vidas, chega nos serviços de saúde onde os profissionais têm que se haver com ela, pois muitas pessoas que vivem em situação de violência, precisam de cuidados.

Bem, agora quero ouvir a participação de vocês, e para isso vou me calar um pouco.

9.2 Considerações dos Participantes

Participante A

Boa noite, eu sou escravo de uma área técnica daqui do MS e gostaria de saber como vocês trabalham a promoção da Cultura de Paz?

Participante B

Bem, faço parte da equipe técnica do Departamento de Apoio à Descentralização e a minha fala vai no sentido de parabenizar as pessoas que indicaram esse tema para o café e a possibilidade de colocá-lo em destaque aqui entre nós, visto que o mesmo está no Brasil inteiro. Segundo, quero registrar que, como pesquisador convidado do Nesp – Núcleo de Saúde Pública da UNB, pude participar de um Seminário Nacional sobre Violência e Promoção da Cultura da Paz onde tivemos a oportunidade de perceber o quanto esse tema é pertinente para fazermos o apoio integrado. Quando pensamos no apoio de forma transversal e horizontalizada, conseguimos fazer a interface com várias áreas da Saúde. À medida que trabalhamos o tema da prevenção da violência e da cultura da paz, precisamos pensar na organização dos serviços, das vigilâncias dos fenômenos violentos, na criação de ambientes saudáveis e de convivência entre as pessoas, isso é promoção da saúde. Uma outra questão importante para pensarmos aqui no MS é a questão da notificação e informação das violências para o Brasil.

Acabamos de realizar um evento com os 22 municípios do entorno do Distrito Federal, e tivemos uma dificuldade enorme de fazer um diagnóstico situacional das violências, visto que não existe um sistema organizado de notificação. Tivemos que ir às delegacias buscar os boletins de ocorrências, que infelizmente apresentam fragilidades no conteúdo das informações, sem contar que a forma de tratar o fenômeno violento da segurança é diferente da saúde. Precisamos melhorar e aprofundar essa questão, e quem sabe, construir um sistema de notificação da violência em parceria com a segurança pública. Acredito que esse instrumento é importante para a facilitar o enfrentamento dessa questão.

Participante C

Sou coordenadora da Secretaria Técnica da Tripartite, quero fazer primeiro um comentário e depois a pergunta. Meu comentário é um pouco sobre a frustração que passamos agora no referendo sobre porte de armas, e compreendendo a Rede Gandhi como um grupo organizador da sociedade civil, queria que vo-

cês comentassem um pouco sobre isso, e que, apesar de toda a organização da sociedade civil estar se posicionando para uma cultura de paz e não violência, vimos o fato das pessoas serem a favor do armamento, ou seja, ainda temos muito que caminhar. Como vocês sentiram, frente a algo tão interessante dentro de um processo democrático como esse referendo? E a outra coisa é pensando que nessa longa caminhada, vamos precisar de um papel do Estado mais forte, vamos precisar talvez de uma legislação, e aí comparando com a questão da Saúde Ambiental, para a qual já temos uma legislação, e o que precisamos é que as instituições trabalhem a educação ambiental, no que temos muitas dificuldades, por que mudar a cultura passa por uma nova ótica, por uma nova forma de ver a sociedade.

Participante A

Eu vim para esse café, justamente porque sabia que alguém iria tocar no assunto do referendo do desarmamento, e eu não queria inicialmente falar a respeito. Eu votei contra o estatuto de desarmamento

e voto todas as vezes em que ele for colocado em questão. Trouxe uns dados da própria história, dos países que retiraram as armas da população ordeira, como o caso da União Soviética em 1929 e em seguida de 1929-1953, 20 milhões de dissidentes, impossibilitados de se defender, foram caçados e exterminados. Isso ocorreu também na Turquia, Alemanha, China, Uganda e Camboja, Então me pergunto: se aconteceu nesses países por que não aconteceria aqui no Brasil? É isso que eu quero levantar. Quando eu falei que era escravo de uma área técnica do MS, foi uma brincadeira que costumo dizer aos meus supervisores. E quero registrar que não tenho nada preso dentro de mim, sou uma pessoa super feliz.

Participante D

Gostaria de saber a respeito das experiências que vocês têm com a promoção da cultura de paz, e como os recursos artísticos como artes plásticas e cênicas têm contribuído e como vocês tem trabalhado esses recursos?

Participante E

Trabalho na Coordenação de Apoio a Gestão Descentralizada do DAD e queria comentar a respeito da fala do Jonas, uma vez eu li um texto que dizia que dirigir e levar uma fechada de outro carro no centro de São Paulo é uma coisa, resulta em buzinas e brigas e levar a mesma fechada nas férias na praia, é outra coisa bem diferente, você está totalmente relaxado. Quando você falou da questão da pessoa na contramão que bateu no seu carro, eu concluí que as pessoas estão em constantes mudanças. Como conseguir um equilíbrio que te permita levar uma fechada e se sentir com o mesmo sentimento da praia, nos momentos de relaxamento, de férias, como você não reagir? Na minha opinião, acho que é um processo de evolução, aprendemos a lidar e a reagir aos ataques ao nosso ego.

Participante F

Estou Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização e estou muito introspectivo hoje. O espaço do café é interessante por que abre a possibilidade de dizermos o que queremos, não havendo ne-

nhuma restrição a nenhum tipo de idéia. Isso é cultura de paz, aqui não tem nenhum tema pré-concebido ou alguém para falar o que ministério quer ouvir ou o departamento quer escutar. Quando definimos o tema, tentamos trazer os mais próximos do nosso cotidiano, ou algo que estamos aprendendo a construir. Devemos estar abertos para escutar as diversas posições. Eu acredito que é um ponto importante até para exercitarmos a construção da cultura de paz, que efetivamente não está em um lugar fora de nós. Eu entendo que essa construção está dentro de cada um de nós, porque se é verdade que a violência tem um conceito tão amplo como foi colocado, significa até a possibilidade de estarmos tolhendo nossos sonhos, nossas vontades e os desejos das pessoas que estão mais próximas de nós, que tanto amamos, então, efetivamente, temos que trabalhar muito esse planeta. A violência realmente é grandiosa de várias formas, não é só a violência das armas, é a do medo de sair à rua, é a violência construída nas relações entre nós, isso é o que eu acho que temos que compreender para podermos realmente caminhar na estrada que vai dar

no espaço coletivo de construção da cultura de paz. Efetivamente entendo que nenhum indivíduo pode ser excluído. Estamos colocando aqui que existe a tese de uma grande rede, que nos interliga, independente das nossas famílias, das nossas relações, mas que nós estamos ligados de alguma forma ou por algum motivo, não é à toa que alguém esteja na contramão e encontre você para dar uma fechada ou bater. Essa é a oportunidade que a gente tem de exercitar ou escolher o caminho do diálogo ou da contenda. Tomando como base a fala do Jonas, nós temos a oportunidade de exercitar a cultura da paz ou de fortalecer a cultura da violência no cotidiano, seja no trabalho, na relação familiar ou na construção dos mais diversos espaços. Eu acho que um espaço extremamente importante para a construção da cultura de paz é o relacionamento familiar e eu não estou falando da família formal, é do familiar no sentido das relações que construímos, são as relações institucionais que estabelecemos para poder fazer a política pública fluir, então, que mecanismos são esses que hoje estão sendo colocados para nós? E que outros mecanismos, a partir dessa vivência

que temos, podem ser trabalhados para que consigamos alterar o gradiente dessa relação planetária, que nos articula estejamos onde estivermos, ocupando os espaços para poder pensar num mundo efetivamente diferente, deixando de ser egoístas? Existem pessoas que acham que a cultura da paz só presta se elas estiverem no meio, se ela não estiver lá, não vale. Então, não tem o porque de lutar pelo futuro se não vou estar lá, então é uma questão de imediatismo, ou o resultado premente de uma situação mais próxima. Eu queria que vocês identificassem ou apontassem esses mecanismos que são importantes, se é que nós já os temos, porque, às vezes, achamos que estamos tão distantes quando estamos pertos, está junto de nós, e não conseguimos enxergar ou não queremos ver. Que iniciativas vocês, efetivamente, dedicam ao processo de construção desses projetos em debate que nós poderíamos fortalecer? Também é missão de quem discute, constrói e conduz a política pública o reforço dos espaços de construção de uma cultura de paz. Isso não se dará por decreto. Se criarmos uma norma da cultura de paz e não violência no Brasil, não sei se normatiza. Acho

que essa cultura se vive, se compartilha, se exemplifica. Concluindo a minha fala, nessa questão do referendo, eu fui um militante do sim, por convicção pessoal. Acho que muitos aqui foram militantes do não, e respeito à posição de cada um e a forma como trataram essa construção. Recebi *e-mails* veementes na defesa de uma linha, como se a saída efetiva para nossa proteção fosse ter um instrumento que, supostamente, lhe proteje. Na verdade tem estatística que mostra que sim e estatística que mostra que não. Acho que a disputa não é essa. Acho que o Brasil deu um exemplo na busca da construção de um processo. Temos que respeitar o resultado, não quer dizer que porque houve um resultado nós não trabalhemos para que isso seja mudado, não por um referendo ou por uma lei, mas pelo dia a dia, pela relação de um com o outro, pelo contato, pelo convívio e pelo exemplo de como se trabalhar essa cultura de paz no cotidiano.

Participante G

Aqui, sou a adversidade, porque não sou da saúde, mas a descentralização em si já é uma cultura de paz.

Respeitar os espaços menores, respeitar o pequeno, o diverso, respeitar a criatividade na sua multiplicidade. Eu sou da agricultura e trabalho com a parte de plantas medicinais e medicina natural complementar. Em relação à cultura de paz, eu queria jogar algumas questões: Qual é a nossa cultura? Tudo que nos leva ao medo ou à insegurança, nos leva, automaticamente, a uma atitude de violência? A nossa cultura é competitiva, então tenho que ter um sistema mais produtivo? Tenho que ser o melhor? Tenho que ter a margem de produtividade mais alta em qualquer sistema? Então, o que significa a produtividade mais alta? A competitividade é tirar fora o que não é competitivo, sair dos sistemas diferentes dos meus. Essa reflexão sobre as estruturas competitivas, sejam elas no sistema público ou privado, nacionais ou internacionais, são eminentemente exclusivas. Na cultura das palavras, competitividade e produtividade são excludentes e por consequência, um ato de violência por natureza. Contrapondo a isso, poderíamos trabalhar com sistemas cooperativos, solidários, tudo que fosse inclusivo, isso é viver uma cultura de paz. A cultura e a economia

competitiva e produtora, oligopolista de grandes níveis e margens de lucro, promove o medo do desemprego. Devemos mudar não só as linguagens, mas as estruturas corporativas, precisamos de economias solidárias e inclusivas e de margens de lucros que visam à geração de empregos. Vamos para o meio ambiente, para a parte ecológica, se ela é competitiva eu tenho que arrancar ou produzir em 500 hectares. Com isso eu destruo a água, a mata e o acesso ao bem essencial ao ser humano que é o ar. Se estamos num contexto em que a árvore, o ar e a água não têm nenhum valor na sociedade enquanto bem coletivo, estamos vivendo a cultura de violência. Falar de cultura de paz, também é respeitar a natureza que é a base da humanidade, e não há coisa que crie mais medo e violência, do que você não ter o básico que é a alimentação, a água e o ar para respirar. Trabalhar com esses conceitos inclusivos de acessibilidade a água, a alimentação e o acesso a terra, é trabalhar também com a cultura de paz. Para finalizar, acho que a paz começa em nós, eu tenho paz e irradio a paz ao meu redor, ela é construída dentro de cada um, se eu sou uma geradora de paz,

eu vou respeitar o diverso, vou ouvir e saber respeitar a cultura, religião, dentre outras coisas. A paz começa por nós, no nosso espaço, na nossa família, no nosso trabalho e assim vai, e tudo que promove o equilíbrio, a essencialidade e, a espiritualidade humana está dentro desse conceito.

Participante B

A partir do que foi questionado, como nós da saúde, podemos pensar e contribuir com essa corrente de promoção da cultura da paz. Participei de um evento e achei muito interessante uma fala da Professora Cecília Minayo, ela dizia que “a saúde tem que parar de ver a violência como um número”. Primeiro temos que parar de olhar unicamente para um sistema de informação e ver que X,X % de casos de acidentes por arma de fogo deu entrada nos serviços de saúde. Precisamos começar a pensar, enquanto gestores de política pública, em promover ambientes saudáveis. Temos um papel fundamental que é promover ambiente de paz, ambiente de convivência, isso é uma política intersetorial que não estamos conseguindo articular.

Trago mais umas questões para que vocês esclareçam, gostaria que falassem um pouco da diferença entre acidente e violência, sabemos que existe uma zona cinza, entre os dois que é importante ser compreendida para qualificarmos o nosso debate. Outro ponto é pegando a deixa do que foi falado pelo colega quando se referiu a ser escravo, é a questão da violência simbólica e de como ela se manifesta no nosso cotidiano, por mais que estejamos sensíveis à questão da violência e da promoção de um ambiente saudável, muitas vezes deixamos passar ou acabamos cometendo essa violência e acabamos não percebendo. Eu queria que vocês falassem um pouco sobre essas formas de manifestação sutis da violência que se a gente não fala, não consegue perceber com facilidade.

Participante C

Só quero trazer mais uma questão, fiquei pensando na discussão das questões de pais e filhos, de repente até o medo de ser violento também pode permitir que sejamos violentados. O fato do filho contrariar o pai já é um ato violento. Temos uma sociedade real-

mente violenta, no dia-a-dia mexemos com questões de valores. Uma cultura de paz significa você repensar e criar novos paradigmas, por exemplo: quando você bate um carro que passou tanto tempo para comprar, gera um desespero. É preciso que tenhamos introjetado dentro de nós um valor de vida muito grande, de saber quanto custa uma contrariedade, e toda aquela raiva, porque lidar com a frustração é muito difícil. Então precisamos memorizar o que é a cultura da paz que queremos, senão acabamos agredindo o outro. É muito séria essa questão de mudança de paradigmas e eu acredito que é possível ser construída. Eu quero trazer para a nossa reflexão, um pouco da saúde e que aconteceu no Programa de Saúde em Casa no Distrito Federal. Tivemos a oportunidade de trabalhar com algumas pessoas que tinham formação na área de promoção da saúde dos adolescentes e nesse período fomos descobrindo a violência domiciliar contra adolescentes e idosos que não era considerada como violência. Tivemos problemas sérios, principalmente nas equipes que começaram a ensinar às idosas, que estavam aposentadas, a importância do lazer, e do respeito

a seus direitos. Isso gerou um conflito muito grande, por que essas senhoras não queriam mais cuidar dos seus netos. Recebemos queixas de que não sabíamos cuidar da saúde das pessoas, que estávamos inventando estórias e criando conflitos nas famílias. Isso aconteceu porque foi explicitado um conflito. Antes da nossa atuação existia uma paz aparente e de repente eles levantaram essas questões. Foi muito difícil para todos nós, dentro da área da saúde e que encontrávamos seqüelas da violência encontrar pessoas buscando tratamento para suas depressões e que quando tentamos construir uma outra qualidade de vida, tivemos dificuldades, talvez, isso tenha acontecido devido ao nosso próprio despreparo para administrar fatos, que eram muito mais complexos do que imaginávamos. Nós tínhamos apenas os nossos saberes de leitura e de vivências anteriores, e quando fomos praticar o que havíamos aprendido na teoria, vimos que a realidade era muito mais forte e determinante do que poderíamos dimensionar. Achávamos que era possível criar uma outra sociedade. Isso só acontecerá se começarmos a rever os valores que temos hoje e que são

determinantes em toda a estrutura social. É verdade o que foi falado, uma sociedade competitiva é uma sociedade violenta. Precisamos pensar numa maneira de superar essa questão que é muito forte, não dá para ficarmos só na conversa de que todo mundo quer paz, primeiro temos que tentar um consenso do que é a paz.

Participante H

Eu trabalho na Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada (CGAGD/DAD), e quero trazer é que o interessante quando esse tema foi pensado para o café, queríamos colocar algo que trouxesse para o cotidiano de cada um, e nos colocasse, cada um de nós envolvido com o tema. Acho que a idéia foi feliz, pois estamos conseguindo olhar para o tema, não de uma maneira planetária, mas de uma maneira que nos envolve no dia-a-dia e acho que esse é um caminho necessário para que possamos desenvolver conversas e discussões que abranjam o meio ambiente, e a nossa postura enquanto cidadão no uso de recursos naturais. Acredito que os facilitadores colocaram muitas

provocações nessa direção. E os dois colocaram com muita clareza que assumir a cultura da paz como uma perspectiva de vida, não é só a negação de algo, é uma ação absolutamente afirmativa.

Participante I

Sou assessora de cooperação internacional do Conasems, queria cumprimentar vocês por terem pautado esse tema, o que demonstra que já está sendo incorporado pela sociedade. Já se está criando uma cultura de se discutir a paz como uma questão do cotidiano da saúde, o que é uma inovação. Quando penso na questão, eu trabalho em nível de sistemas de alguns países, observo que não existe nenhum país do mundo trabalhando a questão da paz junto com a saúde, como está ocorrendo no Brasil. O fato da saúde ter pautado a cultura da paz e não violência, é algo maravilhoso que vai refletir em outras experiências e em outros países. O próximo congresso do Conasems em Recife, será o 22.º Congresso do Conasems, e o 3.º da Cultura da Paz e Não Violência e o 5.º da Rede América, serão três congressos juntos e uma ex-

celente oportunidade para pautarmos um contexto mais abrangente, inclusive internacionalmente, para a cultura da paz. Isso demonstra que o Brasil tem muito a contribuir, tanto no nosso continente quanto em outros. Essa é a nossa contribuição e devemos seguir aprofundando no assunto.

9.3 Considerações Finais dos Facilitadores

Rose Marie Inojosa

Muitas coisas importantes já foram faladas por vocês, talvez repetiremos alguns pontos. Me preocupei em não esquecer algo que acho muito importante, foi falado por uma colega, a questão da arte na promoção de uma cultura de paz. A arte deve ter um papel inclusivo, no entanto, pode ser também usada para exclusão. A abordagem humana de inclusão desenvolvida na arte pode nos ajudar a pensar e fazer esse movimento de inclusão e não violência ativa, e tem ajudado. Só o prazer e a alegria que a arte nos traz já faz um pouco esse papel. Um pouco na fala que foi feita, a gente reforça no cotidiano as duas questões bá-

sicas da cultura da violência, que é a dominação, e que por muitas vezes as pessoas não percebem que estão exercendo a violência. Outro dia fui a um encontro com o Jonas que fez uma dinâmica maravilhosa, ele pediu para que as pessoas pensassem nas experiências de violência e não violência que tivessem vivido, e todo mundo inclusive eu, só lembrou de episódios vividos como vítima. Como se não fossemos um agente da dominação! Enquanto tivermos mais carinho pelo carro do que pelo homem que bateu, que é um ser humano que tem sentimentos, estaremos trabalhando no registro da época do consumo exacerbado. O consumo exagerado é uma realidade que tem nos levado à redução drástica dos recursos naturais, da extinção de espécies, e, por consequência, desse modelo de desenvolvimento que estamos vivendo. Na verdade, o que temos hoje é a falta de confiança nas pessoas e no mundo, e cada vez mais estamos, sem perceber reforçando esse medo. Da mesma maneira estamos reforçando o “ter”, e nisso tudo, existem causas estruturais, que precisam ser discutidas no macro, além do nosso cotidiano, no qual precisamos dar conta do tipo

de cultura que estamos reforçando. Quando é colocada a importância de discutirmos sobre a diferença do acidente e da violência considero muito importante, por que o desrespeito à adversidade, e as necessidades especiais, muitas vezes é o que tem causado o acidente, que se configura como violência. Em São Paulo sofremos particularmente com a Febem, que tem um número muito grande de adolescentes, e que infelizmente, não tem um modelo bem definido. É parecido com a história do trenzinho, muda a liderança, mas continua sem solução, e a pessoa que tem o projeto diferente nunca é ouvida. Certa vez houve uma rebelião na unidade, na qual um menor rebelado caiu por acidente do telhado. Então, ficamos pensando: será que podemos tratar isso como acidente? Hoje no jornal tem a foto do menino que caiu às 10h30 e depois outra com o menino ainda deitado às 12h30. Ele chegou a ser socorrido, mas morreu, o que reflete a questão do descuido com o outro. Alguns ainda falam que é só um a menos. Um a menos: quem? Recomendo que todos vejam o filme “Nenhum a Menos” que tem uma história singela e de muita reflexão, ao contra-

rio de se dizer um a menos, deveríamos dizer que não podemos perder ninguém. Temos 2.000 mil soldados americanos mortos na guerra do Iraque, 40.000 pessoas mortas no Brasil por ano. Até que ponto a gente pode suportar, enquanto seres humanos, e continuar a insistir nesse modelo doente, que nos leva a achar que é apenas menos um? Essa modificação deve ser iniciada a partir de nós mesmos e o local é o nosso cotidiano. Pois, enquanto exercitamos, estamos ensinando.

Jonas Melman

Estava gostando muito de ouvir todas essas questões, e acredito que todos nós sabemos muito, sobre cultura de paz e de violência afinal, vivemos isso dentro de nós. Foi levantada uma questão que me fez pensar em muitas coisas. Antes eu disse que dentro de nós havia um juiz e uma fera, tem uma fera que de vez em quando sai descontrolada e faz um monte de coisas. Um dia eu fiz um workshop, e conheci um teatrólogo mexicano chamado Nicolas Núñez, nesse trabalho ele levava as pessoas a conhecer o inferno e depois o céu, em cima da obra de Dante Alighieri, e

dentro do inferno com os sete pecados capitais. Um deles era o inferno da violência, ele fazia as pessoas ficarem dançando por horas a violência, deixava as pessoas enlouquecidas para viver sua própria violência e soltá-la dançando. Primeiro você desenhava em uma máscara todas as suas histórias de violência e depois dançava com essa máscara até ficar exausto, no fim a gente pegava essa máscara e ia dobrando até caber na palma da mão, para poder, então, controlar essa fera. Porque quando perdemos esse controle somos capazes de matar até mesmo as pessoas que mais amamos. O caso do referendo é muito simples do ponto de vista das políticas públicas, mais de 60% dos 36 mil assassinatos no Brasil, são cometidos não por bandidos, mas por pessoas como nós, que liberam a fera e no auge de um conflito, são capazes de matar até mesmo as pessoas que mais amam, então, do ponto de vista de pensar ações de prevenção desse tipo de insanidade, você precisa desarmar as pessoas, visto que se as pessoas não têm acesso a armas numa situação de conflito e de loucura, não terão como usá-las. É muito simples e temos certeza que funciona, mas como são muitos

interesses em jogo, as pessoas estão tão enlouquecidas e sentindo-se ameaçadas, no fundo, o grande vitorioso do referendo é o medo. Estávamos fazendo uma avaliação na Rede Gandhi sobre o referendo outro dia, e observamos que, infelizmente, a campanha do sim também reforçou o medo, as pessoas iam votar no sim muito mais por medo, do que por acreditar que era possível uma sociedade mais pacífica, na qual é possível resolver os conflitos muito mais pela mediação que pela violência. Muitas vezes acreditamos na violência e damos uma legitimidade a ela para resolução de conflitos. Ainda existem pessoas que acreditam que é possível educar crianças na palmada, nas nossas relações de trabalho acreditamos no castigo de cortar ponto ou coisas parecidas. Enquanto nossos sistemas de crença não mudarem, vai ser muito difícil fazer a passagem da cultura de violência para a cultura de paz. Do mesmo jeito que existe dentro de nós a fera que temos que aprender a controlar na palma da mão, existe algo que sabe profundamente o que é a paz. Talvez o que precisamos é fortalecer esse núcleo de sabedoria e de paz que existe dentro de nós, fazê-lo capaz de dirigir a

nossa vida. Podemos realizar nossas escolhas também a partir desse núcleo, mas isso exige trabalho, disciplina e alto cuidado. Uma das coisas que a gente relembra às pessoas, é que além da experiência do stress, que faz parte da cultura da violência e que surge com o medo e ameaça, é que elas podem também relaxar, e para isso podemos mobilizar técnicas de relaxamento. Para escolher a paz você tem que estar mais relaxado. Em muitos dos nossos dias acordamos pensando em um monte de coisas que vamos fazer e em um monte de coisa que vai dar errado. O que precisamos entender é que muitas coisas podem dar errado por que nem tudo sai como planejamos. No entanto, na maioria das vezes, optamos em viver a experiência da frustração, a experiência do medo e da derrota, ao invés de tentar entender que isso faz parte do processo de construção da vida, como a morte faz parte do processo de viver. Eu sinto que cada discussão é importante e é uma causa nova para minha vida. Já fui do movimento da luta anti-manicomial, que é um movimento que luta contra a violência aos doentes mentais, cometidas pela exclusão, isolamento, pela solidão, pela dor, pelo

sofrimento mental e pelos hospitais, mas se a gente for analisar essa luta, esse movimento hoje perde sua potência por ter um monte de conflitos e violências dentro dele. Somos incapazes de formular consensos, essa é a lógica da violência, da incapacidade de percebermos o que temos em comum e daquilo que nos une, o movimento se enfraquece, e nós nos enfraquecemos, assim como as relações se enfraquecem quando começamos a investir naquilo que nos separa, no que é diferente. Aproveito para concluir e assim como a Rose, sugerir outro filme: “Quem somos nós”, a crítica de alguns jornais o coloca com uma cotação péssima, acredito que as pessoas não entenderam o filme, que é interessante por que discute à luz da física quântica o que percebemos como realidade. Outro dia, estava falando para uma pessoa muito próxima, como em alguns dias eu acho nela coisas muito lindas e em outros posso me incomodar com essas mesmas coisas. Como eu posso olhar para uma pessoa e só ver coisa ruim e de repente eu vejo nela o ser mais sagrado que existe para mim? Só depende de mim essa escolha. É o nosso olhar que define e constrói a realidade.

Não nos damos conta disso e achamos o tempo todo, que é a realidade que formata o nosso olhar, quando é o contrário que acontece. Tem um físico no filme que indiquei que fala assim: o que, na verdade, chamamos de objetos, copo, cadeira e pessoas não são objetos, são possibilidades da consciência. Eu acredito que a violência e a paz também são possibilidades da consciência. A física quântica tem confirmado cientificamente e as antigas tradições dizem isso há milênios, à medida que o conhecimento tem avançado tem se encontrado com essas antigas tradições e saberes, nos falta aprender a resgatar tudo isso. As tecnologias da paz são baratíssimas, e consistem basicamente em meditação, yoga, abraçar, beijar e trabalhar junto, é uma tecnologia antiga e quase de graça, todo mundo sabe disso.

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>



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, agosto de 2006

OS 0900/2006