cebes
26 anos
1976 - 2002

JORNAL DO CEBES

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE
NÚCLEO CAMPINAS

Campinas, maio/junho de 2004 Ano 1 Nº1

Nesta Edição:

Agenda Pág. 2

Expediente Pág. 2

A Recriação do Núcleo do Cebes Campinas Pág. 3

Entrevista com Emerson Merhy Pág. 3

Política de Assistência Farmacêutica: mudanças necessárias
Andre Ricardo Ribas de Freitas Pág. 14

O Olhar que Falta
Haydée Lima Pág. 16

A inclusão social sob a ótica da Saúde
Maria do Carmo Cabral Carpintero Pág. 18

Reflexões: O Generalista Paidéia – um profissional em Defesa da Vida
Roberto Mardem Farias Pág. 19

Carta do CEBES Nacional
Sarah Escorel Pág. 24

Quem Somos:

O **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Nacional)**, desde sua criação em 1976, tem como eixo de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 28 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, seja em nível dos movimentos sociais, das instituições ou do parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES, continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES tem sido fruto de um trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

Núcleo Campinas:

Reconhecendo a necessidade de ampliar as discussões na nossa cidade e região, e totalmente dentro dos princípios do CEBES Nacional, estamos recriando o Núcleo Campinas. Pretendemos agregar velhos e novos sanitaristas, profissionais da saúde, estudantes e todos interessados na área. Nossa intenção é criar espaço para o debate amplo e livre das idéias que circulam nos serviços e nas universidades mais próximos. Para isso estamos criando o jornal do núcleo e promovendo debates. O espaço é aberto a todos. Nosso empenho será criar os veículos para que as idéias circulem e gerem políticas que encontrem com a necessidade do nosso povo em nível regional e nacional. As contribuições para o jornal podem ser enviadas para o e-mail do CEBES Campinas. As reuniões do Núcleo são abertas à participação de todos interessados e o horário e local estão disponíveis em nossa home page. A participação está aberta através do grupo de discussão:
cebescampinas-subscribe@yahoogrupos.com.br

AGENDA

VI CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA!
Um Olhar Sobre a Cidade
Local: Centro de Convenções de Recife, Pernambuco
Data: **19 a 23 de junho de 2004**

VII Epatespo - Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço público Odontológico.
26 a 29 de maio de 2004 www. viiepatespo.com.br

II Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho
III INTERENENT - Encontro Internacional de Enfermagem do Trabalho
XI ENENT - Encontro Nacional de Enfermagem do Trabalho
21 a 25 de Junho de 2004
Local: Auditório da UNIBAN-SP - (R. Maria Cândida, 1813 - São Paulo-SP) Informações: (11) 5507-2857 / www.anent.org.br
Enfoque: Políticas Públicas de Saúde, Formação e Mercado de Trabalho e Qualidade de Vida e Prevenção da Saúde dos Trabalhadores.
-Curso Pré-Congresso: 21 e 22 de junho de 2004/Prova de Título: 22 de junho de 2004/Congresso: **23 a 24 de junho de 2004**

I Congresso Interamericano de Saúde Ambiental
27 a 29 de abril de 2004
Local: Centro de Eventos São José / Hotel Plaza São Rafael / Porto Alegre-RS
Tema Central: Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável: Perspectivas e Conseqüências.
Informações: Fone: (51) 3220 7000 / Toll Free: 0800 512244
www.abes-rs.org.br/congresso-saude

CONGRESSO INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA DO TRABALHO
04 E 05 DE JUNHO DE 2004
Local: CENTRO DE CONVENÇÕES REBOUÇAS SÃO PAULO – SP - BRASIL
Organização a SOBRAFIT – Sociedade Brasileira de Fisioterapia do Trabalho
Informações: Golden Gate Eventos e Turismo - Tel: (41) 336-1288 - Fax: (41) 335-6192
E-mail: golden@ggb.com.br / Site: www.sobrafit.com.br

I Simpósio Nacional de Ciências Humanas e Sociais em Saúde,
10 e 12 de maio,
UERJ, Rio de Janeiro.

IV Congresso Paulista de Educação Médica
Humanização: da intenção ao cuidado
21 a 23 de abril de 2004
Fone: (14) 421-1869 cpem@famema
Marília-SP

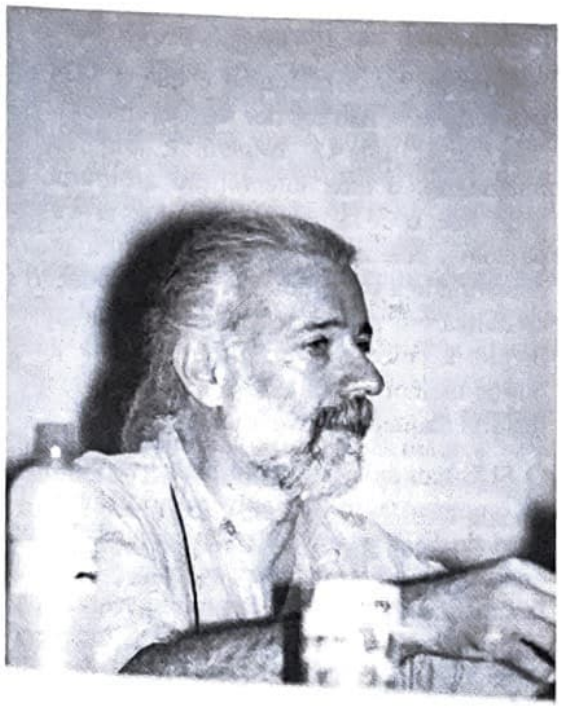
EXPEDIENTE

O **Jornal do CEBES Núcleo Campinas** é uma publicação do núcleo CEBES-Campinas, editada sob plena responsabilidade do **Corpo Editorial**. Seu objetivo é facilitar a circulação de notícias e idéias em nível regional. A participação através de textos com opiniões e relato de experiências é aberta a todas as pessoas interessadas. Todos textos de opinião, ou de relato de experiência serão assinados e os conteúdos serão de responsabilidade dos autores. A seleção dos textos cabe única e exclusivamente ao **Corpo Editorial**, que se reserva ao direito de sugerir alterações apar adequação às propostas editoriais do jornal.

Periodicidade: bimestral.
Tiragem: 1000 exemplares.
Assinatura: grátis pagamento apenas das despesas com correio.
Endereço eletrônico:
cebescampinas@ig.com.br
Site:
http://br.groups.yahoo.com/group/cebescampinas/
Corpo editorial:
Alóide Ladeia Guimarães, André Ricardo Ribas de Freitas, Carolina Chaccur Abdu-Jamra, Jeanete Múfalo, Juliana Natívio, Márcia Helena Amaral, Maria Haidée, Priscila D. C. Batista,

A RECRIAÇÃO DO NÚCLEO DO CEBES CAMPINAS

A recriação do Núcleo CEBES Campinas, foi comemorada com a realização de uma entrevista-homenagem, ao professor Emerson Merhy, que ocorreu no dia 27/11/ 2003 na Estação Cultura. O evento foi marcado por grande emoção no reencontro de velhos e novos militantes do Movimento da Reforma Sanitária e trabalhadores do SUS. Estiveram presentes mais de 60 pessoas. O grupo, que vem organizando a recriação do Núcleo, em contato com o CEBES Nacional, promoveu a inscrição de novos associados e organizou a entrevista que passamos a relatar a seguir. A mesa foi composta por André Ricardo Ribas de Freitas e Haydée Lima, que fizeram a apresentação da proposta de recriação do núcleo e conduziram a entrevista.



Emerson Merhy: é um dos fundadores do CEBES nacional, professor doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP e tem uma trajetória marcante na construção do SUS. Escreveu vários livros e artigos, muitos publicados em Saúde e Debate, que se tornaram referência para a discussão da saúde no Brasil.

Entrevista com Emerson Merhy

Haydée: Neste momento estamos completando o primeiro ano do governo do Partido dos Trabalhadores, um governo reconhecidamente inovador para o país, eleito a partir de uma aliança ampla, que inclui vários movimentos populares, movimento sindical, vários setores da sociedade que fizeram parte do Movimento pela Reforma Sanitária. Em relação a ele há, portanto, uma grande expectativa com as políticas sociais e com a Saúde. A primeira questão que fazemos a você, companheiro de tantas lutas e formulador de tantas propostas e reflexões é: que diferença há neste novo governo em relação ao anterior, ou melhor dizendo, o que marca a diferença do Ministério da Saúde com Humberto Costa a do Ministério com José Serra?

Emerson: Boa Noite! Antes de entrar na resposta de uma maneira mais direta, com reflexões sobre isso, gostaria de pontuar que para mim é ultra significativo que esteja acontecendo este esforço na construção de espaços não formalmente institucionalizados, nas estruturas governamentais ou nas academias, como lugares de debates e reflexões coletivos.

Vou me reportar ao CEBES, que nestes seus vinte e oito anos constituiu uma parte muito interessante para compreender o conjunto desses processos, que você pergunta. A perspectiva interna dessa entidade tem sido manter-se com uma certa autonomia e independência em relação as forças instituídas, que variou durante o tempo, mas que se têm constituído em características fundamentais para a própria sobrevivência, nos cenários bem móveis que vivemos neste país durante este período. E que, hoje, conta muito para a sua recuperação como entidade com importância significativa.

Ë curioso, também, que neste momento acabo de assumir a coordenação nacional do conselho editorial da revista Saúde em Debate. O que vem se somar a minha longa história com ela desde a sua fundação.

Isso é interessante porque neste ano já tivemos a possibilidade, enquanto entidade autônoma, de assumir várias lutas importantes para o momento, o que inclusive reforça a sua própria autonomia, por fora dos espaços governamentais, além de revelar seus vínculos

mais articulados com grupos específicos importantes da sociedade civil. Refiro-me a luta contra os transgênicos e a luta, meio em cascata que ocorreu no país, contra o abocanhar o dinheiro do setor saúde para uso em outros setores da política governamental.

Nós, enquanto entidade, nos vinculamos a várias outras entidades para construir um movimento nacional, o que conseguimos de uma certa forma com sucesso, a fim de somarmo-nos aos grandes esforços de mobilizações que fizeram, por exemplo, o governo federal rever certas atitudes que havia tomado em relação a questão orçamentaria na saúde.

Tem uma certa temática que atravessa permanentemente a luta de construção do SUS, que é tentar casar tres grandes questões que não necessariamente são fáceis de serem articuladas. E, que são: como a gente consegue persistir como movimento social, construir uma perspectiva societária de uma política pública para a saúde e, ao mesmo tempo, consegue se expressar em políticas governamentais. Ou seja, isso é uma costura que nesses anos todos vem se entrelaçando, uma em torno da outra, como possibilidades de se equacionar esses tres lugares.

O movimento social, a constituição de uma política pública com raiz societária e o desdobramento em políticas de governo, que não de recortes partidários, constituem-se em desafio fundamental. Porque se o tema do SUS virar tema de um ou outro partido, de um ou outro governo e de encontro de alianças de 7amigos, ele não é uma política que atingiu aquilo que o movimento social vem se desdobrando por fazer, nessas décadas todas. Na realidade é algo que faz referência a um esforço de tentar inventar um Brasil diferente, essa idéia é a alma pertencente a esse processo. De uma certa maneira cobra de todos que vão se estreitando em relação a isso, a produção de tensões muito fortes, de natureza mais ampla, de tentar inventar um Brasil diferente. Que passa pela consolidação de espaços de construção coletiva onde possa imperar a independência e a autonomia, a livre idéia, o debate e a reflexão, sem nenhum tipo de restrição, que possa acolher os diferentes.

E esse esforço de construção de espaço coletivo que o CEBES tenta ser é muito significativo! Pelo que a Haydee colocou este é o terceiro renascimento (do núcleo Campinas).

Essa história de longos anos dentro desse processo traz, sem dúvida, uma certa nostalgia. Estava lembrando que no dia que saiu o primeiro exemplar do primeiro número da Revista Saúde em Debate, eu, David Capistrano e José Rubens, fomos a tipografia esperar o nascimento dessa filha que batalhamos junto, com muitos companheiros, e que também saí da tipografia direto para a maternidade, pois foi o dia que nasceu minha filha (Emilia). Então, não há a mínima chance de esquecer , todo dia 27 de outubro, é aniversário da primeira revista sem capa que saiu da tipografia, que ficou comigo na época como presente em homenagem a Emília.

Acho que para enfrentar esse tema que foi colocado pela mesa, particularmente, não gostaria de responder através da perspectiva de nomes: Serra X Humberto Costa, mas a partir de algumas questões que parecem ser relevantes, das apostas que o SUS representa e que não são simples apostas e não são tranqüilas.

A primeira coisa que acho é que o SUS não tem origem, a não ser por lógicas míticas. Isso quer dizer que a origem é um recorte imaginário, é uma intervenção arbitrária. Eu diria que o SUS tem múltiplos processos, pessoas, coletivos, de diferentes maneiras construindo a sua produção, e essa produção se cristaliza em alguns momentos que adquirem memória coletiva e ao fazer isto ela apaga outras memórias, ela não é necessariamente a história daquele acontecimento.

O SUS tem sido lembrado inclusive com data de comemoração de aniversário. Então, 15 anos do SUS na verdade são marcos. Eu não conseguiria pegar datas específicas e demarcá-las a não ser aquilo que faz muito sentido para mim. Acho que o processo do SUS independe desta demarcação de origem. Ele tem muita coisa interessante a nos ensinar, é múltiplo, não é um fenômeno de pensamento único, ao contrário é um espaço social democrático da diferença e da geração diferente desta aposta de um Brasil distinto do seu passado. Esse movimento da saúde tem equivalentes em outras áreas, mas podemos dizer que nos últimos anos, nas últimas décadas, a saúde é um caso interessante, nos ensinando que a multiplicidade constrói boas respostas para estes desafios. Nos ensina que a prática social de produção de mais liberdade, democracia, direito, igualdade, saúde e cidadania, não tem receita. Na realidade, é um exercício de

sujeitos, de homens e de mulheres, no seu tempo, como diz minha companheira, historiadora, a Mina. E o SUS ensina isso de um jeito muito rico, porque cria um desafio. Ele quase devolve para a sociedade o tempo inteiro essa idéia. Ou essa bandeira transcende certos territórios específicos de grupos de representação ou não se consolida na aposta de um Brasil melhor.

Estou colocando isto para que o parâmetro de construção de possível avaliação da minha análise não seja o recorte governamental e que possamos ter outro critério, para que minha própria implicação partidária fique fora disto. Eu sou muito implicado, como todos que estão aqui. Não estou só na origem do CEBES, como também na fundação do PT. Mesmo que hoje não tenha militância cotidiana, eu sou um petista. Em crise, mas sou. E isto pode e vai contaminar a minha análise. Mas vou me resguardar e, por isso, quero construir outros mecanismos de avaliação. Quero pensar se é possível ter um parâmetro que indique se o SUS está indo em um sentido de maior acumulação, ou não, durante este processo, o que poderia indicar que o governo atual pode positiva ou negativamente estar dentro disto. Imaginei três critérios: primeiro, se a política governamental que está sendo instalada consegue apontar de uma maneira aberta este bom encontro entre o movimento social, política pública e política de governo, ou seja, será que a política que está sendo construída no âmbito do governo vem na sinergia de respeitar os espaços autônomos destes três lugares ? e se encontra nisto pólos de construção e diálogo ? ou será que a política de governo está fazendo um esforço que pode destruir os outros dois ? E é possível fazer esta análise ? É possível pensar políticas de governo que olhem para o movimento social, olhem para a política pública de uma maneira profundamente negativa, inibindo a multiplicidade, a participação social, e, assim, derrota o imaginário social por uma perspectiva da cidadania do direito e da produção da saúde, confundindo a política de governo com o território exclusivo dos movimentos e das políticas públicas. Acredito que por este critério, do meu ponto de vista, neste último ano (o Governo) tem um "ranquim" um pouco mais positivo, mas não totalmente satisfatório. É mais positivo, porque vejo o esforço de reconhecimento do SUS como um território da sociedade por parte de setores que hoje estão no Ministério da Saúde, reconhecendo que o SUS é patrimônio produzido no âmbito da sociedade brasileira e como tal deve estar em diálogo com as políticas de governo, porém respeitando essa autonomia.

Darei alguns exemplos dos que somam nesta direção. Tenho atentamente olhado o desempenho de vários setores do governo Lula, talvez com minha implicação como petista, tenho mais ou menos de modo grosseiro, mapeado aquilo que para mim representa campo de esquerda no governo Lula. Infelizmente tem sido muito pouco, mas alguns me satisfazem pela agenda, pelo tipo de debate. Eu encarava o Serra um pouco nesta lógica no governo do Fernando Henrique, eu lia uma parte daquele governo um pouco por aí. Achava que ele criava agenda de tensão interessante, apesar de não ter muita capacidade dentro da máquina que ele operava para fazer a imposição dessa agenda. Quando desloco o olhar dessa agenda de esquerda do governo Lula, para mim se destacam alguns ministros que continuam no campo da esquerda, e como tal constituem suas agendas de tensão no governo, como por exemplo, a atuação da Marina da Silva, no Meio Ambiente, e a atuação do Humberto Costa, na Saúde.

Independente de estar de acordo com tudo que está desenhado de política no interior do Ministério da Saúde, eu entendo o bloco do Ministério da Saúde como um bloco de esquerda no governo Lula. É um bloco que pode não ter achado todas as alternativas de enfrentamento, mas vem pautando uma agenda de esquerda dentro da multiplicidade, que significa a luta de esquerda no país. Assim, também entendia o quê o Serra pautava, no governo anterior, apesar que esse trânsito entre movimento social e políticas públicas, tinha coisas muito críticas. O Humberto tem participado, cautelosamente, das disputas positivas no interior do governo que, sem dúvida, incomoda vários outros setores, em particular os que defendem uma política mais conservadora no plano econômico-social. Este setor instala-se, neste governo, no mesmo estilo que estava instalado no governo anterior, como um dos pautadores principais desta agenda. Isto é tão importante, que o governo Lula no primeiro ano está pagando 150 bilhões de reais de juros e dívida. Só para se ter noção, este dinheiro, em uma visão otimista, daria para o Brasil resolver o setor energético nos próximos 10 anos.

Atuar nesta linha do Ministério da Saúde obriga a construção de uma governabilidade delicada. Fico com a reflexão do Jairnilson, que apontou que o Ministério da Saúde se posiciona como alguém que cria uma agenda muito instigante, compatível com uma certa aposta que via isso no Lula que foi eleito, mas paradoxalmente rema com uma agenda de governo em um espaço pequeno, mas não tão pequeno assim se olhado de outro modo. Porque nós não somos política de governo, nós somos movimento social, porque nós somos política pública. No caso dos 5 bilhões de reais que iam ser retirados da saúde, em menos de uma semana houve uma articulação de um bloco com mais de 170 parlamentares fazendo movimento no âmbito do Congresso, como também um movimento de entidades, intelectuais e movimentos sociais, que ocuparam espaços nos gabinetes dos vários Ministérios. Foi um movimento gigantesco, absolutamente fascinante para quem vivenciou isto. Se levarmos em conta o estrago que está peça orçamentária está fazendo nas outras frentes , como por exemplo no caso da educação, que não tem tido a capacidade de articular o encontro entre o movimento social, campo societário de políticas públicas e política governamental, além de ficar preso a certas lógicas e estruturas corporativas, e que não tem tido capacidade suficiente para vazar a agenda mais conservadora do governo Lula. Desse modo o recuo do núcleo duro conseguido pela saúde foi uma conquista.

O Humberto e sua equipe meio que reverteu, ainda que não totalmente um movimento anti-SUS instalado nesses últimos anos. É um movimento que tem vários pontos de emergência significativos como estratégias de destruição das conquistas constitucionais. Eu lembraria os 17 vetos que o Collor fez na lei do SUS na Constituição. Lembraria da dificuldade de sustentar uma agenda SUS dentro do governo Fernando Henrique Cardoso. Lembraria também a luta neste último ano em sustentar o SUS. Existem conjunturas favoráveis e desfavoráveis nisso, mas mesmo assim podemos avaliar que pelo que fizemos somos um setor diferenciado.

Então o primeiro critério que olhei foi o quanto a política governamental desenha possibilidades para analisar esse encontro de movimentos sociais, políticas publicas e políticas governamentais, e concluo que o resultado foi positivo.

O segundo critério é: o quanto a política governamental consegue operar na produção de uma nova lógica de formação da sociedade civil e da sociedade política no Brasil. Ou seja, o quanto as políticas governamentais vem dando respostas interessantes para o público e o privado e para a construção do público não estatal no Brasil. Quanto as políticas governamentais vem dando boas respostas para a construção de espaços sociais de decisão sobre as políticas de governo, sobre o controle efetivamente democrático dessas políticas, o que está na alma da aposta do movimento do SUS, do movimento da Reforma Sanitária, que é anterior ao SUS. Quanto as políticas de governo estão contribuindo para a construção de uma democracia efetiva no país, como no caso dos Conselhos que operam de forma democrática, se constituindo em controle social, sobre o sentido de ação das estruturas estatais e privadas e o quanto se consegue atrair para este campo do direito, para esta aposta democrática, os setores privados, não totalmente capturados pelo mercado. Este é um ponto crítico no conjunto das políticas governamentais em todos estes 15 anos.

Vivemos um drama que não está sendo enfrentado: a chamada terceirização da responsabilização do estado perante a construção das políticas públicas. Esta articulação tem tido resoluções muito equivocadas, inclusive na saúde, e deve ser enfrentada com um debate mais aberto e franco no âmbito da sociedade brasileira, com uma perspectiva central que o SUS tenta carregar, que é a reforma do estado. Uma reforma não só de dar uma direção para as políticas em prol dos interesses da maioria, mas uma reforma no sentido de construir uma outra máquina estatal para a sociedade, um outro espaço público da sociedade e uma aposta de construir o SUS *praça* e não o SUS *terreno*.

É isso mesmo. A imagem que eu tenho do SUS é de uma *praça*, um espaço público que cada um de nós pode usar e ocupar. E mais, ao ir a praça nós fabricamos a praça, que é um lugar onde os diferentes se encontram produzindo-o. Não é um lugar só da interdição. É, também, um encontro do solidário e da igualdade na diferença. Esta imagem é a que tenho, como desejo, da política de governo que devemos construir, um Brasil *praças* e não Brasil *terrenos*. Terreno lembra propriedade de alguém, cercado, limitado, tem um interesse específico que pode ser legítimo, mas não tem

a potencialidade de uma praça. E o Brasil que nós estamos construindo é um Brasil de *terrenos* e não de *praças*. O SUS neste sentido é uma aposta muito mais poderosa e portanto mais difícil, que é de quebrar muros de *terrenos*, que é a de se ambicionar *praças*. E aí não tenho uma avaliação totalmente positiva deste primeiro ano de governo.

O Governo Lula como um todo não tem pautado isto, de modo adequado, como uma grande questão para a sociedade brasileira, e este é um tema vital e deve gerar em nós um grande incômodo, porque somos transeuntes de praças e terrenos. Quase todos nós pertencemos a organizações terrenos e ao mesmo tempo todos nós podemos estar desejando a produção de praças. Isto é um desafio fundamental que devemos compreender e operar. Como podemos inseridos nos nossos terrenos, que são os territórios das políticas de governo, somarmos na desconstrução da rigidez desses processos, que podem excluir mais do que incluir, e operar um trânsito para a construção de espaços mais abertos. Esse processo, nós da Reforma Sanitária, ainda não equacionamos bem, apesar de ser base fundante de nossos pensamentos. Este não é um problema de governos específicos, temos que fazer uma reflexão e autocrítica profunda sobre este tipo de aposta. Os Conselhos tem muitos méritos, mas precisam se submeter a uma análise crítica intensa. Acho as Conferências também muito instigantes, mas precisam de críticas e de criar outros espaços. Os Conselhos e as Conferências estão sofrendo um processo de desconstrução enquanto praças e reforçando suas construções enquanto terrenos e isso pode se constituir em uma autodestruição da própria Reforma Sanitária. Vejo a construção dessa proposta, aqui, como a possibilidade de produzirmos praças.

O terceiro critério é em resposta a um convite de um sanitarista argentino, Mário Testa, que diz para a gente ficar atento sobre a aparição dos novos atores em um certo campo. Éder Sader também escreveu sobre o tema no livro: "Quando novos personagens entraram em cena" . O surgimento de novos atores é um movimento incerto, ele não pode fazer parte de um cálculo ou de um método. O movimento social produz atores de uma maneira singular e instigante, e faz com que explodam em vários lugares. Novos atores desequilibram campos, criam novos componentes para os campos, podem ser sinais de desequilíbrios anti-campo, são nesta direção paradoxais. Ou seja, novos atores introduzem um conceito institucional de anti-produção, destruição do campo. Ou ainda, podem produzir um desequilíbrio, um desarranjo do campo e aprofundamento, no sentido que eles enriquecem a luta, a pauta, a organização. Precisamos, assim, olhar o quanto esta política governamental favorece este processo singular da aparição e expressão de novos atores no campo da saúde ou o quanto pode trazer de inibição para isto. Eu acho que um ano não é suficiente para concluir sobre isso, mas olhando o Governo Serra, sim. O governo FHC empobreceu o território, favoreceu um campo de privatização perverso e jogou contra a emergência, que o campo tem, de novos atores. Se este novo governo vai ser favorável ou não, não consigo ainda ter parâmetros, talvez sejam políticas governamentais que não somem nesta direção. Não consigo ainda resolver isso, mas vejo ainda como sinal negativo. Não posso dizer, como na primeira questão, que vi um sinal positivo. O sinal negativo é a discussão de modelo.

Tinha muita expectativa que este governo, no primeiro ano, abrisse a pauta do debate sobre modelo de produção de saúde, no país como todo. Estreitou-se esta pauta. Neste final do ano de 2003, vem se abrindo um pouco para essa discussão. Conforme coloquei, até agora, isto é indicação de inibição de novos atores. Porque existe um fenômeno muito interessante na construção do SUS, nestes milhares de lugares onde ele ocorre, que é a capacidade de gerar novos tipos de soluções para os enfrentamentos locais. Se você abre uma pauta de trazer essa multiplicidade como uma coisa positiva, é um indicador que abre a política governamental para essa pauta dos novos atores. Se você estreita essa pauta é porque se tem uma agenda de política governamental que vai ter dificuldade de negociar com a multiplicidade. Tanto no campo da construção da cidadania quanto no da oposição em relação aos impacto ético-político e tecnológicos da produção da saúde. É um indicador para mim que mostra uma inquietação negativa. Espero que no segundo ano, que tem muita coisa prometida , esta seja uma pauta aberta. Ou seja, a capacidade inventiva ético-política, que ocorre nas regiões e nos locais de produzir modelos de produção da saúde seja do interesse da política governamental e contamine a postura governamental em relação

a isto e não a iniba com pacotes mais restritos. Para mim esta é uma questão central.

Haydée: Como o SUS poderá resolver um grande conflito que é entre garantir acesso para esse povão brasileiro todo, e ao mesmo tempo pensar na qualificação desses serviços ? Temos compromisso em garantir acesso e ao mesmo tempo tecnologia que diminua o sofrimento humano que preserve e defenda a vida, para isso os serviços tem se organizado. Levando em conta que a entrada do povo brasileiro no sistema de saúde se dá pela atenção básica parece que a única proposta, que vem com peso, é o Programa de Saúde da Família. Será que esta é a solução? Que potência tem o Programa de Saúde da Família para garantir o acesso com qualidade, com resolução. Que outras propostas existem no país, que outras você tem visto? Como abrir isso para este SUS praça?

Emerson: O debate sobre poder, é um debate do qual, junto com muitos outros, também tenho participado, escrito, problematizado. Recentemente, participei do lançamento de um livro, feito com outras pessoas, que tem um estudo sobre esta questão, que pode ser banalizada ao se ficar em uma discussão, fácil de se cair, que é a de se ser a favor ou contra. Por isso, vou tentar trazer idéias atuais sobre este processo.

Em um dos primeiros textos que escrevi, nos 90, junto com outras pessoas, fazendo uma reflexão crítica sobre o Saúde da Família, o foco era a aposta do Governo Federal, da época, através de uma Norma Operacional na qual aparecia esta discussão muito casada com uma agenda das agências internacionais, que eram ferramentas de implantação de projetos neoliberais para o 3° Mundo. Cheguei a produzir vários materiais aqui e fora do país, analisando um pouco este tema do capital financeiro mundial e a penetração dele nos países da América Latina. Participei de uma pesquisa internacional nestes anos e na qual estudamos coisas que arrepiaram os cabelos e a barba. Nós éramos um grupo, éramos não, ainda somos, porque continuamos fazendo várias investigações, no Brasil, que eu coordenava, um grupo na Argentina, no Equador, no Chile, nos Estados Unidos, e depois em alguns outros países: Cuba, México e Venezuela. O objetivo era monitorar o capital financeiro americano e transnacional, um estudo meio maluco, mas interessante, a idéia era ver como estes capitais financeiros movimentavam-se dentro do setor saúde, na América Latina.

Identificamos parte destes movimentos e, com isso, produzimos materiais de análises em vários países. Nos Estados Unidos, chegou a sair uma reportagem no New York Times, que provocou brigas e contestações em relação ao que tínhamos pesquisado. Alguns dos grandes grupos financeiros diziam que não era verdade o que tínhamos dito sobre a presença deles na América Latina, mas tínhamos boas comprovações disso.

Esta pauta da discussão internacional sobre projetos para o terceiro mundo, quem tinha um olhar atento para isso, chamava muita atenção, despertava curiosidades no mínimo. Para mim, chamava de fato a atenção a sinergia quanto a falta de discussão na Argentina, no Chile, no Peru, no Equador, na Venezuela, no Brasil, na Bolívia, na Colômbia, sobre uma reforma neoliberal do setor saúde. Via que havia uma pauta muito parecida e a possibilidade de criar uma polêmica, inclusive no Brasil, um país que tinha uma história do movimento social da Reforma Sanitária, era produtiva.

Por que tudo isso? Porque era uma coisa que tinha uma certa duplicidade, de um lado setores da Reforma Sanitária espelhados na experiência cubana, por exemplo, colocavam em pauta esta discussão da reorganização do modelo de atenção à saúde: a idéia de um modelo diferenciado de organização dos serviços, o médico de família, que é uma peça importante do sistema cubano neste período. Ao mesmo tempo, chamava a atenção que a discussão era muito restrita, mesmo no Brasil no campo da Reforma Sanitária.

Uma pauta ia entrando via política governamental, que não vinha do movimento da Reforma Sanitária, ou que se misturava com parte dele. A primeira vez, então, que a gente escreveu sobre isso, foi olhando e se posicionando contra um documento do Ministério da Saúde, do Brasil, que tratava do Projeto Saúde da Família, que em no nosso olhar espelhava muito da agenda internacional, das reformas neoliberais, e que entrava via governo brasileiro, tentando estabelecer um diálogo com o movimento sanitário e com a construção do SUS. Entretanto, víamos que isso não era igual ao que acontecia no Peru, na Bolívia, no Chile, porque os atores sociais eram outros. Então, no Brasil, era outra negociação, havia um ambiente de possível debate para levarmos uma discussão sobre isto, levantando uma discussão sobre as contradições da proposta governamental em relação a um novo modelo de atenção.

Este material tentou trazer uma análise dos vários problemas, no campo das políticas sociais e da reforma do estado, para o 3° Mundo, dos anos 50 para cá. Recuperamos o debate sobre a medicina integral e a proposta dos médicos generalistas, como propostas importantes do pós-guerra, que entram na pauta mundial como um movimento contrário ao movimento de especialização do trabalho médico, junto com a discussão da medicina preventiva e coisas deste tipo. Nos anos 60, ganha fôlego a *medicina comunitária* e abre-se um debate de maneira também muito interessante, que é devedora da produção instigante de uma pensadora brasileira, Cecília Donângelo, no seu livro Saúde e Sociedade. Da sua produção a gente recuperou estas histórias e de uma certa forma, sugerimos que uma das contradições deste modelo que estava em proposta nos anos 90, para a qual deveríamos ficar atentos, era a possibilidade de se estar introduzindo no debate brasileiro o tema da cesta básica, na saúde, entre outras coisas. Portanto, era um desafio para nós não jogar a criança com a água do banho, mas não abandonar o nosso modo brasileiro de desenvolver nossos modelos de produção de saúde. Este era, e é, um grande eixo de debate.

É óbvio que a primeira coisa é articular este debate. Ele é polêmico, não é consensual. Há pessoas que não concordam. Eu e o David Capistrano nos dividimos, ele foi para um lado e eu para o outro nesta discussão. Com todo respeito e solidariedade, mas de uma certa forma nós tínhamos avaliações diferentes. Na realidade, não era bem uma avaliação diferente, quem conhece o David, e aqui há pessoas que trabalharam com ele, sabe que se todos os caras que desenvolveram o projeto Saúde da Família, fossem o David, não seria PSF, seria outra coisa. Na verdade, o David tinha uma coisa muito instigante, que eu admiro e também procuro me filiar, que é esta perspectiva de não ser fiel ao estabelecimento de modelos, e ser fiel a certos tipos de princípios ético-políticos, de certas formas de inclusão dos diferentes e de apostas sociais democratizantes radicais. Na realidade, perguntar aos modelos e estabelecimentos se estas apostas estão sendo construídas ou não, acumuladas ou não por aí. Então eu acho esta coisa muito interessante, a avaliação do percurso, que é onde eu quero chegar um pouco agora.

A gente já tem muito material sobre isto. Hoje nós já temos avaliações na revista que nós vamos soltar pelo CEBES, na XIIª Conferência. Há um artigo que a gente aprovou, feito por pesquisadores coordenados pela Sarah Escorel, pesquisadora da Fiocruz, atual presidente do CEBES e com quem trabalho como coordenador do Conselho Editorial. Um dos artigos que a revista está publicando é uma avaliação amostral de dez municípios brasileiros, sobre o que a experiência de PSF está trazendo do ponto de vista de modelo e da implantação do SUS. Infelizmente, nenhuma das avaliações dos dez municípios foi totalmente categórica dentro dos critérios que eles adotaram, indicando que elas não vinham necessariamente somando na direção do que o modelo se propõe, que é a construção de novas práticas de saúde e a idéia de criação de um modelo anti-hegemônico ao modelo médico, e ao complexo médico-industrial que vem pautando a medicina do século XX. As avaliações que estes estudos fazem são avaliações críticas. Ainda bem, se é assim ou não é assim, eles simplesmente equacionam e interrogam.

Tenho sentido isso em outros tipos de estudo, mas também que permitem ampliar estas colocações. Como tenho participado de várias bancas de teses que analisam o PSF, tenho visto coisas interessantes: é possível a gente olhar, por um outro lado, apesar da maior parte das experiências "puras", porque já vou falar das impuras, sobre o fato desta modalidade de serviço não ter demonstrado, que o PSF constrói, realmente, uma prática de produção da saúde anti-hegemônica, ao modelo médico. Há, entretanto, outra coisa interessante: o contingente de trabalhadores que tem vindo para atuar neste território é muito rico e instigante. Então, a gente vive um paradoxo curioso, tem muita gente interessante envolvida e apostando nisto e ao mesmo tempo este tipo de aposta é muito precária, o que de alguma forma cria muito ruído, que ao mesmo tempo também pode ser muito frustrante, porém este ruído é instigante e vem dando sinais curiosos.

Quando você vai andando pelas experiências locais, onde estas experiências do PSF vêm dando resultado, nenhuma delas é uma modalidade pura PSF, todas elas são profundamente contaminadas por capacidades criativas e inventivas loco-regionais. Você anda em vários lugares e assiste isto. Vejo tudo isso a partir dos vínculos que tenho com algumas destas experiências e isto tem me chamado a atenção: a capacidade de se produzir a multiplicidade mesmo dentro da perspectiva de criar o igual. Isto é uma questão tão interessante que sinto que próprio Ministério está mudando o discurso. O posicionamento mais radical e unicista do começo da própria Secretaria de Atenção à Saúde, no qual se advogava que ou

se faz a modalidade Saúde da Família "pura", daquele jeito, com aquela receitas, ou não se faz o repasse de recursos, não se sustenta mais, e no final do ano a mesma Secretaria de Atenção à Saúde abre-se para a discussão de possíveis outras modalidades distintas de construção. Ora, isto é interessante de se ver, mesmo porque isso não nasceu no travesseiro deles, espontaneamente. Eles não foram dormir, tiveram uma idéia genial e na manhã seguinte chegaram com a autoria disto. Na realidade, eles estão percebendo a produção múltipla e necessária que a vida real do SUS vem realizando, a tensão que isso tem provocado, e que é impossível ter uma agenda fechada para isso. Acho que é pouco ainda, mas já é um movimento interessante.

Somos um país de mais de 5000 municípios. A tese de doutorado do Giovani Gurgel, feita aqui na Unicamp, é um trabalho sobre o público e o privado na saúde, no Brasil, é uma tese que vale a pena ler, inclusive para entender o múltiplo sentido do que é público e do que é privado, e tem alguns dados interessantes sobre esta reflexão. Quando você monta um inventário de saúde no Brasil, você pode se perguntar: afinal em 5500 municípios onde estão instaladas as competências de produção de ações de saúde? A resposta que incomoda é que você não chega em 70 municípios ou regiões, sendo muito benevolente, considerando uma cidade como Maringá uma região importante e não tomando o parâmetro de Campinas, como padrão, por exemplo. E isto quer dizer o seguinte: no plano de intervenção sobre o modelo, você não muda a realidade numa estratégia chinesa de cercar o centro pela periferia, não existe guerra popular que vai cercando o centro, depois vai mudar o centro, na óptica de que vem vindo o cerco das equipes de Saúde da Família (estou caricaturando, hein). Elas não vão cercar este núcleo e impor a ele outra lógica, não dá para fazer isto. Ou se tem uma política que atinge a alma, destes novos lugares, ou não se muda modelo neste país, por mais PSF que se faça. E aí, há uma precariedade na formulação deste primeiro ano de governo, porque é uma aposta que eu acho complicada dentro deste nosso campo. Esta imagem de que nós vamos cercar os hospitais, cercar as altas tecnologias pela rede básica, eu não acredito nisto, a gente pode brigar a vontade, mas eu não acredito. Temos que acertar o dragão no coração.

Temos que ir para dentro destes equipamentos e reconstruir o sentido deles, isto quer dizer que temos que ter políticas para hospitais, para o setor privado, para os lugares onde o dragão de produz nuclearmente. Nós não podemos deixar, por exemplo, 2 mil estabelecimentos filantrópicos brasileiros cairem no colo do mercado, nós temos que ter políticas de "susificação" do setor privado e não de privatização do setor público. Isto é um desafio. Não tem jeito!!! Se é para mudar o modelo nós temos que atingir o dragão no coração. Eu acho que este debate da equipe de Saúde da Família é muito instigante, olhando pelo lado deste contingente gigantesco de pessoas muito bem intencionadas e interessantes, que se abrem para novas discussões. Porém, ao mesmo tempo, é de alto risco, se estiver cravada em um campo que não permite discussão. Então é um contingente muito interessante de pessoas que podem virar fanáticas, e isso é ruim. Por outro lado, acho que a gente tem que reconhecer o limite deste projeto. Não dá para ficar com esta imagem do cerco, que é muito chinesa. Eu brinquei com o chinês, mas é real: cercar a cidade pelo campo. Nós temos que ir no coração da cidade, nós temos que desconstruir esses lugares. Com isso, não dá para desconhecer nas estruturas atuais a sobrevivência dos históricos modelos anteriores e hegemônicos. Por exemplo, tem que considerar que dos 29 bilhões de gastos do Governo Federal, 14 passam por uma só Secretaria do Ministério. Não dá para desconhecer na administração petista de São Paulo, discussão da qual eu tive a oportunidade de conhecer, que se quer reverter o lugar da rede básica em São Paulo, tem que se abrir para colocar em pauta as autarquias? Por quê? Porque 80% dos gastos de São Paulo estão nas autarquias. Então, para podermos encostar no modelo hegemônico necessitamos trazer seus estabelecimentos estratégicos para a cena da ação. Por isso, eu não acredito nesta capacidade de cerco, não há capacidade de desconstruir isto sem ir para dentro deste território e achar lógicas para o cuidado, em todos os lugares onde ele é produzido.

Temos que imaginar outras vias, onde não há mais essa delimitação entre rede básica e não-

básica. Onde haverá, sim, construção de práticas de cuidados, diferentes capacidades de se operar as tecnologias de saúde (materiais e não materiais) do sistema, dentro do qual o lugar, que chamamos da rede básica ainda está devendo, de uma maneira geral. Acho que isto é importante para pensarmos. Temos que imaginar que esse equacionamento é uma ousadia muito pesada. Só para vocês terem uma noção, quantos municípios de gestão plena deste país sentam e discutem com o hospital universitário, o contrato de gestão do hospital e o dinheiro que ele irá receber. Para se ter idéia, Belo Horizonte, quase que como experiência única, desde os anos 90. Mas olha Curitiba, que teria esta chance, e veja como é complicado o caminho escolhido: o de "doar" parte da rede para as universidades; como Ribeirão Preto também vem fazendo, onde está se tentando partilhar a rede com três universidades: uma pública e duas privadas. Ora, isso traz um risco grande de terceirização da política, se não se preservar a lógica do SUS de gestão social da política de governo implementada. Temos que discutir isto.

Esta idéia de hospital universitário a gente tem que ter cuidado. A experiência municipal que acompanho, em Belo Horizonte, há mais de 10 anos, é bastante interessante. Olhar para o hospital universitário como uma das estações da linha de cuidado, no contrato de gestão, produto da pactuação com o gestor local, olhando para a macroregião, possibilita construir linhas de cuidados estratégicas para impactar a situação de saúde, de modo mais integrada. É óbvio que há algumas áreas de cuidado com mais capacidade de resposta que outras, por exemplo, a área da mulher e a área da criança. E isto é interessante de estarmos atento, porque põe em cheque um pouco do que eu estou colocando aqui: como é que a gente vai abordar um estabelecimento deste tamanho? Vai abordar se a gente for gestor do sistema e operar a construção conjunta do projeto deste estabelecimento. Em São Paulo, é óbvio que isto passa por um outro ponto complicado: o Governo Alckmin.

O governo Alckmin é um governo que não está a fim de fazer isso, ainda mais tendo uma arma na mão em relação aos Hospitais Universitários, para ser usada na eleição do ano que vem. Precisamos considerar isso, para não cairmos em um engodo. Que arma é essa que ele tem? Todos os principais Hospitais Universitários, do estado de São Paulo, estão em municípios de governo petista. O Alckmin pode gerar da noite para o dia uma crise gigantesca nestes municípios com o que ele fizer nesses hospitais.

Os HUs não são suficientemente politizados como um corpo para fazer alianças corretas neste sentido. Vivem um sufoco desgraçado e, também, são produtores de um auto-isolamento muito grande. Entretanto, os gestores também não são, porque eles estão interessados nos Hospitais Universitários exclusivamente enquanto prestadores, e esta não é a melhor pauta para a relação entre eles. Se os gestores e eles não construírem boas parcerias, imaginem a fragilidade disso tudo. Nestes últimos trinta dias, o governo Alckmin ameaçou e ainda está ameaçando gerar uma crise profunda em São Paulo, em Campinas, em Ribeirão Preto, em Marília, em Botucatu, dizendo que não iria repassar o dinheiro que o Ministério havia pactuado para a área de urgência e emergência. Vocês sabem o que isto significa? Imaginam a capacidade explosiva disso? Se não se souber construir bem esta pauta, não imagino bons cenários. Vejo a Carminha, daqui da mesa, e gostaria de perguntar: Vocês, secretários de saúde dos municípios, sentaram para discutir HU? O que vocês estão pautando? Só para minha curiosidade, vocês estão discutindo isto do Alckmin, estão propondo novas agendas com os superintendentes dos HU?

(A Carminha responde da plenária que sim) Opa, que bom! Porque eu acho que é isso, ou então vão dançar os HUs e vão dançar os gestores. Eu imagino que a pequena pergunta dela sobre o modelo é, no fundo, toda a questão. A pior coisa que existe na saúde, me desculpe, mas eu vou repetir um lema que eu tenho falado, é tratar de coisa complexa chamada produção da saúde com receita simples, como a da chamada Saúde da Família "mais pura". Eu acho isto uma limitação. A saúde é muito complexa para ser tratada de uma maneira tão simples. Acho que não devemos jogar a criança com a água do banho, mas temos que botar muita água neste banho. Essa é a imagem que eu faço da situação atual.

Eu vi em vários lugares, e cito Belo Horizonte como um deles, uma coisa horrível, muito ruim. Uma experiência petista altamente avançada, da primeira metade dos anos 90, foi destruída, pelo próprio governo de coalizão petista, sucessor do anterior, para implementar o Saúde da Família. Hoje a cidade vive muitas dificuldades e está tentando correr atrás do prejuízo, inclusive porque tem eleição no ano que vem. A saúde conseguiu ter 80% de reprovação, em 2002, em Belo Horizonte. Só saiu das manchetes do jornal nos

últimos seis meses. Isto para mim é meio maluco de pedra, mas é real, é verdadeiro. Acontece.

Então a gente tem que fazer isso que estamos fazendo aqui, em todos os lugares, um debate aberto, um debate franco.

Haydée: Eu vou seguir com as questões. Há uma questão em Campinas que é importante para nós. Eu vou mudar um pouco de assunto, mas de uma certa forma você abriu o campo, que é com relação à saúde suplementar. Em Campinas, quem trabalha no SUS vive diariamente este dilema, que é o seguinte: de certa forma os usuários de convênios acabam tendo privilégios, no seguinte sentido, eles têm determinadas facilidades para consultas com seus especialistas e muitas vezes vêm fazer os exames e pegar os remédios no SUS. Então o usuário SUS, puramente SUS, além de ter uma certa dificuldade de acesso, fica atrás do usuário do convênio, do sistema privado, para conseguir remédios e até mesmo um exame mais sofisticado. Estão acumulando em Campinas convênios extremamente parciais que fazem uma parte e a outra vai para o SUS. Não estou dizendo que nos negamos ao acesso universal, só que esse usuário é privilegiado, porque enquanto o usuário do SUS não teve acesso ao cardiologista ainda, ele já vem com o pedido de ecocardiograma. Com a medicação de alto custo, está acontecendo a mesma coisa. Com a sistematização ao acesso dessas medicações está chovendo usuário de convênio para obter os remédios. Para você o que significa isto? Que diretrizes podemos pautar para não permitir o avanço desta injustiça?

Emerson: Certo. Vou tentar ser econômico, mas estas questões são muito intensas. Por exemplo: eu acho que o tema da saúde suplementar é um analisador da iniqüidade, da desigualdade no Brasil. Eu não sei se vocês têm essa informação. Eu tenho porque recentemente fui convidado a montar um curso para capacitar índio a ser gestor de distrito de saúde. Me senti muito bem pensando nisso, porque era um desafio fantástico. Temos aqui algumas pessoas que estiveram comigo nisso, a Carol e a Priscila, e que nos envolveu em parte em conversas sobre a experiência no Parque Nacional do Xingu de se formar, lá, um Distrito de Saúde. Os índios irão gerenciá-lo e o Ministério, anterior, bolou um treinamento de 40 horas para os índios. Então pega um índio, faz um cursinho de gestor de 40 horas, depois repassa 3 milhões de reais para eles cuidarem. Vocês imaginam o que é cair 3 milhões de reais nas mãos de alguns índios com um curso de gestor de 40 horas? Então, contrapondo-se a isso, o pessoal da Escola Paulista de Medicina, ligada ao Parque, pensou um outro modelo e me convidou para ajuda-los. Achei genial, porque nesta nova proposta a idéia é trabalhar o índio como gestor, como alguém que já tem cultura acumulada sobre isso e que não pode ser excluída. A discussão é interessante.

Bem!!! Falei disso, porque não sei se vocês sabem que esses distritos de saúde, desde 1999, estão instituídos por lei e recebem repasse do SUS. A distribuição desses recursos por cada índio é três vezes maior que a distribuição pelos outros brasileiros. Não sou contra que os índios recebam isso. Só estou dando dados. Como o Brasil é absolutamente maluco, a maior parte desse dinheiro dos índios é usada para comprar remédios, quando a idéia central é construir uma outra prática. Vejam, lá no Xingu, inclusive pela presença do projeto longo da Escola Paulista, já há índios agentes comunitários de saúde e muita coisa interessante andando.

Á semelhança, se olharmos as regiões do Brasil, veremos também essa grande desigualdade. Não podemos dizer que um cidadão campineiro tem a mesma distribuição de recursos SUS, que um cidadão de Russos, um pequeno município do Ceará. É impossível a mesma distribuição. O SUS também é desigual, ele não é igualitário neste sentido. Soma-se a essa desigualdade a que o setor suplementar introduz violentamente no sistema. Nos trabalhos que tenho feito sobre o setor suplementar, nestes últimos anos, pude conhecer várias coisas que não sabia. Por exemplo, apesar de não se saber com exatidão, há em torno de 37 a 40 milhões de brasileiros no setor suplementar, que não por mera coincidência estão na maioria daqueles 70 municípios que eu falei. Também, não por mera coincidência a grande maioria desta população vem do mercado formal ou dos considerado contingente populacional incluído. Podemos tirar uma conclusão, um pouco temerosa, mas não muito longe da verdade: praticamente todos os brasileiros considerados incluídos estão no sistema suplementar, e isto é uma pauta interessante que deve fazer referência ao movimento sindical, ou pelo menos deveria. Não há movimento sindical, nem da saúde, que faça passeata a favor do SUS. Isto é curioso na sociedade brasileira, mas é uma situação complicada, pois quem ambiciona uma construção efetiva do SUS tem que ir nesta direção. Mérito para alguns setores do governo FHC, que batalharam algo mais progressista, mais à esquerda, neste campo da saúde suplementar,

dizendo que quem tem que botar a mão nisso é a saúde. O Serra tem tudo a ver com isso, independente de se concordar totalmente com ele. Ele definiu um território, dizendo que este não era um assunto da economia, não era da justiça, era da saúde e batalhou um modelo de regulação disso via a ANS, Agência Nacional de Saúde.

O que significa botar a mão? Primeiro, reconhecer que todo interesse de mercado nesse setor de saúde suplementar é uma briga violenta, porque o próprio setor do mercado tem uma diferença nesta disputa. Há grupos de mercado, médico e de complexo industrial, que têm um olhar para isso, diferente de bancos que também entram nisso. Por exemplo: o Bradesco tem uma carteira de perto de 3 milhões de pessoas. Só o Bradesco e a Sul-América têm hoje quase 6 milhões de pessoas. Então, eles têm um olhar diferente de outros setores deste mercado. Eles dizem: "nós somos o mercado, nós somos o setor econômico, estamos entrando aqui porque nós somos setor econômico". Essa idéia de que o setor suplementar é saúde significa botar uma nova regra. Óbvio que uma coisa é dizer e outra a regra vingar, mas isto é uma disputa que vem andando. Que regra? A regra é a seguinte: quer operar no mercado, opera, mas produza saúde. Isto tem um lema, que em todo fórum que tenho participado tem aparecido, que é *susificar* a suplementar, ou seja, a suplementar é um componente do SUS e não externo a ele. Assim, o Bradesco quer vender planos ou Unimed quer operar, operem, não tem problema nenhum, mas tem que haver critérios na produção de saúde. Além disso, não há que se tratar todos os setores suplementares como iguais, porque existe um pacote que unifica a suplementar em coisas muito diferentes. Por exemplo, se pensarmos o setor da auto-gestão onde está a Petrobrás, o Banco do Brasil, o Banespa, reparamos que este setor não tem um interesse afinado com o setor da Unimed, eles tem diferenças. Nem com o do Bradesco. Se os compararmos, vemos que têm diferenças significativas, por sua vez, com a medicina de grupo. Colocando isto em um pacote só, se unifica o setor, o que é um paradoxo. Tem que haver uma política que discrimina, que faça a seguinte aposta: é possível fazer uma troca e trazer parte do setor, como por exemplo a autogestão, para defender o SUS. Se você tiver uma política de governo para isto, ou seja, que consiga criar esta situação você entra inclusive de modo positivo na agenda sindical. Não sei se vocês lembram do discurso do Lula no processo eleitoral, no qual ele falava que o desejo dele era que todo brasileiro pudesse ter um bom plano de saúde. O Lula é um representante social do que há de melhor do pensamento sindical. Repare que o que tem de melhor nos passa uma agenda desse tipo: "eu queria que, além das três refeições, todos os brasileiros tivessem um plano de saúde". Se não houver uma estratégia via SUS de aproximação disto você não entra na agenda sindical. Devemos entrar na agenda sindical, conseguir trazer o setor do Banco do Brasil, por exemplo, e cruzar serviços com a rede pública, no sentido de manter certos padrões de intervenção em um modelo que eles estão a fim de fazer, com adscrição de clientela, linhas de cuidado, eles falam isso, eles desejam isso. Alta resolutividade, sem necessitar gastos inúteis, sem tecnologia de alto custo que não sirva, que seja desperdício, isto é, um setor que está próximo de construir uma pauta sindical em defesa do SUS, como modelo.

É assim que vejo a idéia da suplementar, e esse governo tem a tarefa de construir uma relação com estes setores e dividi-los, no sentido do tratamento desigual para o desigual. Deveríamos adotar o lema: mercado para os operadores, direitos para os usuários. Quer ser operador pode viver no mercado sem proteção. Quer vir trabalhar com direito do usuário vamos negociar a regulação. Nesta questão ainda há muito que construir, espero que exista uma boa discussão a partir do ano que vem, porque é este o momento de mudar isso. O Humberto Costa, diante das dificuldades encontradas no setor suplementar, abriu um fórum de debate com a participação de todos os setores interessados. Há um ano vem ouvindo todos os setores, onde há debates, disputas, brigas, divergências, mas tudo público. A idéia do deste fórum é um avanço, que outras áreas da saúde deveriam seguir.

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: MUDANÇAS NECESSÁRIAS

Andre Ricardo Ribas de Freitas

Num país com carências materiais e com as desigualdades sociais como o nosso, a atenção integral à saúde deve ter um cuidado especial com a assistência farmacêutica, pois muitas vezes a nossa capacidade de tratamento esbarra na impossibilidade de nosso usuário adquirir o medicamento necessário para cura ou controle de seu estado mórbido. Sendo assim a Política de Assistência Farmacêutica torna-se fundamental para a efetividade integral de nossas ações em saúde. A atual política nacional de medicamentos foi estabelecida pela portaria 3916/98. e tem quatro aspectos como fundamentais:

- **descentralização** da assistência farmacêutica
- promoção do **uso racional** dos medicamentos
- otimização do sistema de distribuição utilizando critérios de **custo efetividade como critério de seleção**
- busca de iniciativas que **barateiem os custos** dos medicamentos

Neste contexto cabe ao município a **seleção, aquisição e distribuição** dos medicamentos da assistência básica, das doenças mais prevalentes e de maior impacto na saúde da população. A mesma portaria ministerial já alerta em seu capitulo 3 que mesmo com determinação política de descentralizar a assistência farmacêutica a *aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores.* Nas pactuações que foram estabelecidas na seqüência da implementação desta política o estado manteve sob sua responsabilidade seleção, aquisição e distribuição dos medicamentos de "alto custo", que em geral tratam patologias mais raras ou complexas. Não há duvidas sobre a melhoria em relação às antigas cestas de medicamentos distribuídas pela CEME (Central de Medicamentos, federal) de forma vertical e centralizadora. Mas após alguns anos alguns reparos são necessários.

Alguns equívocos são freqüentemente observados nos processos de seleção, compra e distribuição dos medicamentos nas três esferas de governo. Esses erros afetam diretamente a rotina de nossas unidades e a qualidade de nossa assistência. Seja através da burocracia para dispensação de medicamentos de "Alto Custo", seja, através da dificuldade falta de opção para tratamento de patologias simples como ulcera péptica, ou ainda na falta de medicamentos com posologia mais cômoda que já estão disponíveis por preços às vezes até mais baratos que os que temos hoje nas listas de medicamentos. Quando falamos em posologia cômoda não nos referimos apenas à facilidade, nos referimos também à falta de continuidade no tratamento e ao esquecimento dos horários da medicação. Principalmente tendo em vista a população idosa.

Na **seleção** observamos que poderíamos ter medicamentos mais adequados se fosse generalizado o uso de critérios de custo efetividade na escolhas dos medicamentos que farão parte das listas de medicamentos. Consultando os preços pagos nas várias disponíveis na licitações disponíveis no site do Ministério da saúde (http://dtr2001.saude.gov.br/banco) notamos várias distorções.

O tratamento completo para parasitose intestinais com mebendazol custa R$ 0,1596 (em 6 tomadas, uma cada 12 horas), já com albendazol, que não está disponível na rede básica da maioria dos municípios (inclusive Campinas), fica R$ 0,1389 (em dose única) com perfil de eficácia até melhor e sem risco de esquecimento ou abandono. O tratamento de pneumonia comunitária com amoxicilina fica R$ 4,755 (em 30 tomadas, uma cada 8 horas), com azitromicina, que não está disponível na rede básica da maioria dos municípios para este fim (inclusive Campinas), fica R$ 3,90 (em 3 tomadas, uma a cada 24 horas) com a vantagem de ter um espectro de ação que cobre além das bactérias gram positivas, cobre micoplasma que é um importante causador de pneumonia em adultos jovens. Com a vantagem evidente da facilidade posológica, sem risco de abandono de tratamento. Outro exemplo é o caso do captopril, trata-se de um medicamento anti-hipertensivo da classe dos inibidores da ECA que para ter efeitos adequados deve ser tomado a cada 8 horas (alguns médicos o utilizam com tomadas a cada 12 horas para facilitar a posologia, mesmo sem atingir o efeito terapêutico ideal). Este medicamento tem um custo de R$ 0,051 ao dia (para 25mg cada 8 horas). Outro inibidor da ECA com os mesmos efeitos, o enalapril, que produz os mesmos efeitos

com tomada única diária custa R$ 0,03 ao dia (para 10mg cada 24 horas). Na grande maioria dos municípios (inclusive Campinas) o inibidor da ECA disponível é o captopril. A troca de um pelo outro aumentaria a adesão, facilitaria o uso e com certeza resultaria em melhores controles de pressão por um custo de quase a metade.

Outro tipo de falha na seleção dos medicamentos é total ausência de determinadas classes de medicamentos. P. ex.: não temos à disposição na rede de Campinas nenhum antibiótico da classe das fluoroquinolonas (ciprofloxacina, pefloxacina, norfloxacina, ofloxacina), nem da classe dos macrolídeos (azitromicina, roxitromicina, claritromicina), não temos também inibidores da bomba de protóns (omeprazol, pantoprazol, lazoprazol). Disto resulta que não temos medicamentos seguros para tratamento de doenças extremamente comuns tais como: pielonefrite, pneumonia por micoplasma ou úlcera por *Helicobacter pylori*.

No aspecto da **aquisição** também existem distorções. Podemos citar exemplos nas compras feitas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (http://www.farma.saude.sp.gov.br). A secretaria em questão pagou em uma licitação mais que o dobro por uma apresentação que continha a metade da quantidade da substância ativa que outra (vide * tabela abaixo). Creio que os preços do laboratório Ranbaxy possam ter sido majorados em função de que os outros laboratórios concorrentes tiveram alguma dificuldade nas apresentações intermediárias em que este venceu a licitação (vide em negrito). O agente público – seja Estado, Município ou União - deve ter uma função ativa e ter capacidade técnica para impedir abusos ou distorções do mercado causadas pelos agentes privados.

Medicamento	Laboratório Vencedor	Preço pago
SINVASTATINA 5MG	RANBAXY	0,26
SINVASTATINA 10MG	BALDACCI	0,15
SINVASTATINA 20MG	**RANBAXY**	**1,04**
SINVASTATINA 40MG	**RANBAXY**	**2,08 ***
SINVASTATINA 80MG	NATURES PLUS	0,82 *

Quanto a aspectos **distribuição** existem distorções na separação entre medicamentos de "Alto Custo" e os de uso na rede básica. Hoje os medicamentos de "Alto Custo" são de responsabilidade do governo estadual que distribui (após complexa burocracia) através da Direção Regional de Saúde (DIR). Um dos problemas é que a distinção deveria ser entre os medicamentos de uso em patologias comuns e mais raras ou complexas que envolvem processos de aquisição mais elaborados e são menos utilizados. Estes sim deveriam ficar sob responsabilidade do governo estadual, facilitando a vida do gestor municipal. Medicamentos de uso mais amplo para patologias mais comuns como asma ou hipercolesterolemia deveriam ser de responsabilidade dos gestores municipais. Não é possível que cada paciente asmático que vá usar corticóide inalatório tenha que preencher todo um processo extenso e burocrático para ter acesso aos medicamentos. Neste contexto surgem vários problemas.

Ainda na questão de logística o estado de São Paulo tem outra grave distorção, pois o financiamento Federal e a contrapartida Estadual são repassados a todos os municípios através de medicamentos adquiridos pelo governo do Estado através do Programa Dose Certa., com todos os problemas que este tipo de centralismo oferece (atrasos, inadequações das compras...). A questão é que um dos aspectos importantes que a política de assistência farmacêutica deve buscar é a descentralização, o repasse deveria ser feito fundo a fundo em dinheiro. Excetuando cidades que não tenham estrutura para gerenciar por conta própria sua assistência farmacêutica (seleção, aquisição...). O que não é o caso de Campinas e outras cidades do estado que possuem uma lista complementar à do estado, provando serem capazes de gerenciar a própria assistência farmacêutica. Em Campinas isto representaria R$1.000.000,00 ao ano (R$1,00/habitante/ano) do governo federal, que poderiam ser complementados pelo mesmo valor pelo estado, estes R2.000.000,00 anuais seriam muito melhor aplicados caso o município fosse o gestor responsável pela seleção e aquisição destes medicamentos. Como isto deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), onde os municípios têm representação podemos concluir que falta articulação política para mais esta etapa em busca da descentralização e de uma assistência farmacêutica mais eficiente e lógica.

O mercado de medicamentos é oligopolista, assimétrico e pouco competitivo. Oligopolista pois poucas empresas dominam grandes fatias do mercado, principalmente quando consideramos o mercado do ponto de vista dos grupos de patologia (p. ex. Glaxo domina medicamentos para doenças respiratórias). Assimétrico pois as empresas

têm muito mais informação sobre os medicamentos que os consumidores finais (pacientes), em alguns casos mais que os prescritores (profissionais de saúde) e gestores. Pouco competitivo por que muitas vezes é difícil a substituição imediata de determinado medicamento por outro de mesma eficácia e de preço menor, mesmo quando os dois são da mesma classe terapêutica (vide caso do enalapril x captopril). Tudo isto dificulta uma gestão eficaz e adequada de uma política de assistência farmacêutica básica no nível municipal, favorecendo a atuação das indústrias e seus lobbies. Hoje, por ganhos de escala e recursos humanoscapacitados, apenas municípios maiores teriam capacidade de gerenciamento mais adequado da política de assistência farmacêutica básica. Mas mesmo estes municípios, muitas vezes, não têm a devida preocupação com esta questão, tratando como problema secundário. A União ou os Estados devem exercer a coordenação e dar apoio técnico aos municípios. Experiências interessantes podem ser observadas , como por exemplo os consórcios intermunicipais, que comprando em maior escala conseguem preços melhores. Podemos observar isto no site do Ministério da Saúde na página do banco de preços onde grande parte dos preços registrados como mais baixos foram alcançados por um grande consórcio formado por vários municípios do Paraná. Outra idéia interessante, que pode ser observada em vários municípios, é a organização de farmácias de manipulação municipais para produção de medicamentos cujas patentes já foram quebradas. (Aliás para falar sobre patente, é outro assunto interessante e muito extenso, fica pra outro texto....)

Uma política nacional de medicamento não se faz apenas com a compra de remédios por parte do SUS e de sua distribuição para a população que necessita. Deve-se ter uma ampla coordenação de esforços para se definir quais os medicamentos são essenciais para atendimento do quadro sanitário de nossa população. Os critérios de definição de prioridades devem ser técnicos e baseados em custo efetividade das drogas disponíveis. Quando me refiro a custo este deve ser pactuado entre os vários compradores do SUS e dos fabricantes através de planilhas de custo, analisadas sob ótica de que este mercado é imperfeito e precisa ser regulado pelo estado. Para a coordenação deste rol de atividades temos que ter os níveis estaduais e federais envolvidos. Hoje a industria farmacêutica é uma das grandes fontes de déficits comerciais para o Brasil, uma vez que a maioria das empresas importa a maioria dos insumos utilizados na fabricação dos medicamentos, ou importa medicamento acabado. É fundamental uma dedicação especial à pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para a produção nacional de insumos, seja por parte da rede oficial ou privada. Para estímulo destas pesquisas e definição de prioridades os bancos oficiais e agencia de fomento devem se pautar por critério de essencialidade dos insumos a serem produzidos.

Andre Ricardo Ribas de Freitas é médico sanitarista e coordenador do Centro de Saúde São Domingos.

O OLHAR QUE FALTA

Haydée Lima

É consenso hoje, entre todos os atores comprometidos com os princípios do SUS, que os serviços básicos de saúde tem importância estratégica. Eles são apresentados como o caminho que garante o acesso amplo, como potenciais modeladores do sistema, como instrumento imprescindível para a superação da baixa eficácia e como forma de obtenção de legitimidade junto ao usuário.

Um grande esforço tem sido canalizado para elaborar e implementar propostas que garantam qualidade na porta de entrada do sistema de saúde. Reorganização das unidades básicas e implantação do Programa de Saúde da Família são metas da maioria dos gestores, em todos os níveis de governo. Busca-se superar o modelo centrado no hospital e no médico; fugir das formas de assistência que fragmentam o ser humano nas várias especialidades; evitar o uso abusivo e ineficaz das tecnologias impostas pelo mercado. Há um esforço por acolher críticas dos usuários e humanizar nossos serviços, ganhar legitimidade através da qualificação e resolutividade de nossas ações, da atenção integral que pressupõe a abordagem do indivíduo inserido na sua família e no seu meio. Queremos que o espaço da nossa atuação se amplie para o domicílio e para o território. Há um grande esforço por dar viabilidade às propostas empregando recursos de forma racional e compatível com a realidade do quadro de saúde do nosso povo.

Nessa construção, do meu ponto de vista, tem faltado espaço para que um ator fundamental se expresse e atue, não só como instrumento na execução das políticas, mas como sujeito de fato. Estou falando do papel, que a meu ver devem cumprir as equipes locais de saúde e os gerentes locais dos serviços. Muita coisa tem sido prescrita para eles, mas pouco se tem construído junto com eles. Tem faltado espaço para que esse ator imprima a marca da sua experiência e da sua vivência cotidiana com o usuário.

As qualidades que esperamos encontrar no serviço de saúde como responsabilização das equipes pelos usuários, vínculo, exercício de uma clínica de qualidade e resolutiva, ação de equipe, ampliada com ações intersetoriais, multidisciplinares e criativas, integralidade na atenção, para o enfrentamento dos inúmeros problemas, são a chave para alcançarmos nossos objetivos. Elas, no entanto, não dependem tanto dos arranjos organizacionais do trabalho, quanto dependem do envolvimento e motivação das equipes de saúde e dos gerentes locais dos serviços, da formação de sujeitos críticos, com autonomia para tomada de decisões. O espaço que tem sido dado para isto já está previamente circunscrito nas formulações de como se deve organizar a atenção.

Do meu ponto de vista os dirigentes institucionais tem colocado ênfase excessiva nos meios e não nos fins. Os resultados são menos cobrados do que a organização do processo de trabalho. A política de financiamento do Ministério da Saúde continua presa ao cumprimento de determinações que inibem a criatividade e a adaptação dos serviços à realidade local. O município perde autonomia para obter recursos. A gestão se faz com ênfase na aplicação de normas de organização dos serviços. Aos trabalhadores cabe aplicar normas prescritas para todos e não elaborar as propostas singulares e adaptadas a cada realidade. Essa prática tem como conseqüência efeitos opostos ao que se espera. Quem não formula, mas apenas executa as propostas dos outros, dificilmente cria responsabilidade sobre elas. Para cada uma das "diretrizes" as equipes locais vem acumulando experiência e saber prático. Sua motivação passa pela necessidade de ter canais de expressão de suas dúvidas e de reconstrução de propostas.

Não digo que não haja intenção de fazer gestão democrática e de valorizar os trabalhadores de saúde, e até mesmo espaço de discussões. Isso há bastante. O que não há, é o que é essencial: movimentos de mudança na gestão como produto da construção das equipes locais, dos gerentes de serviço. Não tem sido agregado valor ao planejamento local, às propostas de quem executa de fato as ações. É como se tudo já estivesse pronto e fosse uma verdade matemática e só restasse a nós, trabalhadores do serviço, implantar o que está estabelecido. No máximo somos estimulados a estabelecer metas dentro de diretrizes que já estão dadas. Esse é o caminho para a passividade, para a desconstrução histórica, para a baixa auto-estima dos trabalhadores. Além disso aumenta o risco dos erros de gestão no emprego de recursos. O olhar mais abrangente na história dos serviços de saúde nos mostra, que eles não serão construídos em benefício da maioria do povo, a partir de dogmas, ainda que de muito bem intencionados gestores e técnicos, mas sim de inúmeras propostas a serem testadas na prática, que traduzam a vontade coletiva.

O espaço de criatividade das equipes locais está restrito ao campo onde há certeza da aprovação dos gestores. É como se nos dissessem: "cumpridas todas as prescrições você pode criar nesse espaço". É preciso haver polêmica aberta no que é essencial. Não há que temer avaliações honestas do que não está dando certo. Precisamos de trabalhadores que ousem questionar. Nem precisamos ser tão auto-indulgentes com nossos erros. Estamos construindo algo muito grande e muito novo e precisamos ser parceiros na empreitada.

Será que todos temos certeza que a adscrição da população às equipes só ampliará a capacidade de vínculo e responsabilização e não trará mecanismos de repressão de demanda e burocratização ? Será que esse médico generalista que idealizamos, e sobre o qual embasamos nossa construção, existirá de fato e se fixará no local de trabalho? Será que o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde deve ser estabelecido de forma igual para todas as regiões urbanas e todas as realidades das redes ? Será que formas mistas de organizar os serviços não serão capazes de comprometer mais os trabalhadores com os fins que queremos alcançar ? Será que empregar um grande montante de recursos da saúde com um censo da população, paralelo ao

do IBGE, cadastrando todo o povo, nos tornará mais sensíveis e capazes de diagnosticar problemas ? Como garantir acolhimento ao usuário com todos os limites de recursos, o cansaço e o desgaste das equipes? O vínculo tem limites? Todos os sujeitos das equipes serão capazes de estabelecer o mesmo vínculo? Como coordenar a atuação de desiguais? A relação de dúvidas não tem fim.

O SUS para ser construído precisou e continua precisando de massa crítica. Garantir espaço de debates que tenham eficácia para isso é fundamental. O olhar que falta é o de quem está no dia a dia em contato com o usuário, ele tem também sua singularidade e sua sabedoria e tem que compor, com liberdade criativa, com os gestores, a política de saúde. Os quatro anos de uma administração municipal são insuficientes para consolidar projetos se não formarem massa crítica entre os trabalhadores e quadros técno-políticos que os defendam.

Haydée Lima é médica sanitarista e coordenadora do Centro de Saúde Vila Ipê.

A INCLUSÃO SOCIAL SOB A ÓTICA DA SAÚDE

Maria do Carmo Cabral Carpintero

Desde de 1988 com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), pela Constituição Federal, temos na área da Saúde uma das políticas mais solidárias e universais dentre as políticas públicas.

Fruto de luta histórica de técnicos, usuários e políticos de esquerda o SUS é gerado no período da ditadura como contraposição a uma política econômica que levou o país a ter os piores indicadores de saúde durante muitos anos. Houve o crescimento da mortalidade infantil, da desnutrição, fomos os campeões em acidentes de trabalho graves e fatais, aumentou a morte por doenças infecto contagiosas além de vivermos epidemias inacreditáveis como a poliomelite no Nordeste e a meningite em São Paulo.

A escolha, equivocada, do governo militar de reforçar um modelo que vinha se delineando desde o final da 2ª Guerra Mundial, fez com que se investisse pouco em prevenção e promoção à saúde priorizando os investimentos em grandes hospitais, equipamentos e medicamentos. Na década de 70 a importação de material hospitalar cresceu em quase 100% e o país passa a figurar entre os dez maiores consumidores de medicamentos no mundo.

Não que se questionasse a importância do avanço da tecnologia e do conhecimento científico para a área da saúde, mas, reinvindicava-se uma política mais adequada a realidade do país, que priorizasse nosso perfil epidemiológico trabalhando mais com os determinantes dos processos de saúde-doença e não super valorizando os equipamentos sofisticados em detrimento de ações básicas, simples e menos onerosas.

Essa luta de muitos (técnicos e população) culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 onde deliberou-se as premissas básicas para as mudanças necessárias ao sistema de saúde do país conhecidas como Reforma Sanitária.

À partir dessas premissas, a Constituição de 1988 cria o Sistema Único de Saúde que deveria ser:

- **Universal**, onde todo brasileiro e brasileira têm o direito de ser atendido, idependetemente de estar ou não empregado, ter uma carteira "assinada" ou ser contribuinte;
- **Integral**, onde se é tratado de modo a não dissociar o corpo do emocional e do social considerando o indivíduo tão importante quanto o coletivo e a prevenção caminha junto com a promoção e a cura;
- **Equânime**, onde se busca a equidade ao oferecer a cada um de forma a atingir a igualdade entre todos, ou seja, conseguir ofertar mais a quem precisa e reconhecer as diferenças para oferecer de acordo com elas;
- **Democrático** – aqueles que usam o sistema passam a ter voz e definir os rumos do mesmo com a criação dos conselhos e Conferências de Saúde em todos os níveis, desde a instalação de conselhos gestores nos serviços (Centro de Saúde, Policlínica, etc..) até o Conselho Nacional que discute e define rumos para política de saúde em todo o país.

Com a criação do SUS e sua regulamentação em 1990 abriu-se no país a

possibilidade de inclusão social utilizando a "via da saúde".

Hoje, 14 anos depois, sabemos que temos muito ainda a caminhar para uma inclusão ideal de todos e o grande desafio está na concretização do acesso universal e da eqüidade. Em Campinas, mais até que na grande maioria dos municípios brasileiros, os avanços são indiscutíveis.

O Programa Paidéia de Saúde da Família iniciado em agosto de 2001 dá continuidade à construção desse sistema de saúde, universal e inclusivo, em nosso município, pois recupera na cidade o trabalho dos primeiros defensores da Reforma Sanitária valorizando o vínculo e enfatizando a autonomia de cada cidadão – não mais visto como paciente e sim como sujeito da sua própria saúde -.

É crescente o acesso para a população aos procedimentos mais complexos. Todos nossos Centros de Saúde possuem tecnologias que facilitam diagnóstico e condutas, como eletrocardiógrafo, dopler, colposcópio, entre outros. O número de exames laboratoriais realizados em nossas gestantes é superior a qualquer pré natal feito em convênios e similares se traduzindo numa qualidade que possibilita a detecção precoce de patologias e uma interveção mais direta diminuindo as sequelas nos recém nascidos, as complicações do parto, a mortalidade infantil e materna.

Um dos aspectos que caracteriza a inclusão na política municipal de saúde é relativo a saúde mental. A assistência ao sofrimento mental tem por norte a luta antimanicomial e somos pioneiros em tratar pacientes em liberdade fechando manicônios e reinserindo vidas a sociedade. Campinas tem hoje 6 Centros de Atenção Psicosocial denominados CAPS, que são serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos onde a pessoa tem atendimento cotidiano com planos terapêuticos individuais e, em 4 deles, com possibilidade de permanência 24 horas em caso de crise, evitando a internação.

Além dos CAPS a cidade conta hoje com 30 residências terapêuticas onde moram pessoas que passaram parte da sua existência trancadas em instituições que têm agora a possibilidade de ter uma vida privada, garantida por legislações e cuidados públicos. Aqui, essas residências iniciaram-se muito antes das leis e portarias do Ministério da Saúde e são, indubitavelmente, formas de reabilitação e reinserção social vitoriosas.

A rede de atenção à Saúde Mental conta ainda com três Centros de Convivência onde o sentido terapêutico amplia-se com a incorporação de novos saberes e experiências como teatro, artes plásticas, música, artesanato, etc., sempre como um espaço de troca com a comunidade.

Outra forma de inclusão são os núcleos e oficinas, onde o trabalho é visto enquanto direito, gerador de valor social e material e não de seus principais problemas e contribuir para a resolução dos mesmos, que não se limite a ver a doença como o único objeto de sua intervenção.

Os serviços estão se organizando para resolver problemas a partir das necessidades dos indivíduos e das comunidades, compartilhando responsabilidade entre gestores, profissionais de saúde, usuários e instituições governamentais e não governamentais.

A participação de trabalhadores, usuários e da comunidade na avaliação, planejamento e tomada de decisões é, mais do que o simples cumprimento de uma exigência legal do Controle Social, para ser ao nosso ver uma forma eficaz de inclusão além de fortalecer a democracia e a solidariedade entre as pessoas.

Maria do Carmo Cabral Carpintero é médica pediatra, sanitarista e Secretária de Saúde de Campinas.

Reflexões: O Generalista Paidéia – um profissional em Defesa da Vida

Roberto Mardem Farias

Busca-se em todo mundo superar uma das crises da medicina, o afastamento do médico da pessoa sob seu cuidado (a desumanização do atendimento), apontado por inúmeros pesquisadores como o responsável pela perda de eficácia da clínica. À medida que houve avanços consideráveis do conhecimento médico e, principalmente, o desenvolvimento de técnicas e equipamentos capazes de escarafunchar o mais recôndito espaço das pessoas, foi-se perdendo a capacidade de interação entre pessoas concretas, do médico com cada paciente e sua história e o seu singular modo de caminhar na vida.

Supervaloriza-se os meios de trabalho, numa falsa expectativa que haja um dia uma máquina pelo qual se possa passar o indivíduo e dela já sair com diagnóstico e terapêutica prontos. A medicina, vista como arte e ciência, poderia, enfim, tornar-se só ciência e os médicos técnicos em diagnóstico e terapêutica cuja função nuclear seria a de operar máquinas cada vez mais complexas.

Pode-se pensar que na atenção básica se dá de modo diferente, haja vista que neste espaço pouco se usa da tecnologia dura. Contudo, não é isto que se observa. Boa parte dos profissionais que aí atuam encaram a consulta (um meio, dentre outros para produção de saúde) como um fim: faz-se uma boa consulta, produz-se o diagnóstico correto e propõe-se a terapêutica adequada segundo as últimas evidências clínicas. Pronto – aí se encerraria a sua responsabilidade. Não é seu problema se o paciente fez uso ou não da medicação, mudou ou não o seu hábito de vida, se está recuperado ou curado. Afinal, a consulta foi longa e estabeleceu-se um vínculo...Foi examinado integralmente, "do fio do cabelo ao dedão do pé". Esquecem que o vínculo é longitudinal, dá-se ao longo do tempo, e o cuidado deve ser iniciado antes mesmo que o indivíduo adoeça.

Explica-se esta postura muito pela formação até hoje imposta aos profissionais de saúde, o modelo biomédico. Concebe-se o ser humano como uma máquina constituída por partes, algumas muito pequenas – as moléculas - todas elas interagindo entre si. A saúde é, portanto, o bom funcionamento da máquina e a doença, por contraposição, a avaria de qualquer uma das partes, ainda que na menor delas, moleculares. Para os cientistas, a estrutura genética é a única responsável pela determinação das características desta máquina. Assim, por esta concepção, saúde é a ausência de doença. A doença, por sua vez toma uma dimensão ontológica como se fosse um ser que invadisse o corpo e avariasse a máquina. A terapêutica, portanto, transforma-se num ato neutro de lutar contra a doença, retirá-la do corpo, restituindo-o ao estado anterior, curando-o. Não é à toa, que se diz que o tratamento quando bom é como "tirar com a mão".

Sabemos, ainda que intuitivamente, que não é assim.

Saúde, tampouco, é o completo bem estar físico e mental proposto pela Organização Mundial de Saúde. É indiscutível que o conceito de saúde deva estar interligado ao de bem estar, porém, faz-se necessário contextualizá-lo de acordo com as condições históricas de cada sociedade (haja complexidade para a definição de bem estar, particularmente neste mundo globalizado...). Saúde, olhada por este ângulo, inclui condições de vida dignas (lazer, transporte, moradia, emprego, etc) de acordo com as condições históricas que cada sociedade alcançou ou pode alcançar.

Saúde é ainda mais. É "fruto da sociabilidade, da afetividade, da subjetividade, da organização da vida cotidiana, das relações com o território e com o meio ambiente (da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que também é biológico)".

Produzir saúde, portanto, significa interferir em todos essas causalidades e dimensões.

Está intimamente ligado à garantia de acesso à moradia, trabalho, lazer, salários dignos, cultura, enfim, à solidariedade social que garantam condições dignas de vida a sujeitos plenos de direitos. No caso do Brasil, inclusive de Campinas, uma das maneiras de se produzir saúde é fazer o enfrentamento de algumas questões cruciais: a pobreza, o desemprego, a deterioração ambiental, hábitos inadequados de vida produzidos pelo desenvolvimento e urbanização, o envelhecimento da população, a violência, particularmente a de gênero e a contra a criança, etc. É necessário, através de atuações intersetoriais e do estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas, desenvolver estratégias de promoção de saúde e intervir nos condicionantes sociais e de classe que produzem doença.

Tudo isto, embora necessário, ainda é insuficiente para a produção de saúde. Gastão nos instiga perguntando-nos como produzir saúde para "sujeitos portadores de qualquer enfermidade sem considerar também o combate a semelhante enfermidade? (...)Nem a antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse,

quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o silêncio dos órgãos. A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina: dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos Sujeitos. Está lá, simplesmente, como processo humano de nascer, crescer, gastar a vida, minguar e morrer.Então, pôr a doença entre parênteses,sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida (...), sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto. Senão qual a especificidade teriam os serviços ou os profissionais de saúde? Há que se cuidar, portanto, também do biológico. Usar racionalmente toda a tecnologia posta à disposição da humanidade, utilizando-se dos conhecimentos científicos baseados na evidência que sugerem os melhores esquemas de tratamento.

E, finalmente para se fechar o ciclo da produção de saúde, é importante se lembrar que cada paciente é único e singular. Cada um vive a sua doença de forma exclusiva, circunstanciada pela sua cultura, condições sócio econômicas, consciência sanitária, enfim, o seu caminhar na vida. Fazer clínica e produzir saúde para indivíduos em sofrimento é um ato de busca da integralidade de um sujeito singular, cultural e socialmente determinado.

Diante da complexidade de tal conceito, intimamente ligados aos de equidade, integralidade, justiça social, fica clara a impossibilidade de qualquer profissional, isoladamente, assumir a tarefa de produzir saúde. Esta é, então, uma tarefa intersetorial, multiprofissional e transdiciplinar, sem, entretanto, abrir mão do papel, do potencial e das especificidades do núcleo de cada profissional de saúde e da própria política setorial.

O projeto Paidéia de Saúde da Secretaria de Saúde de Campinas ousa enfrentar tais complexidades. Sustenta-se em alguns pilares, um dos quais, da maior importância, é o Vínculo, entendido como instrumento terapêutico potente. Portanto, quando se fala em humanização dos serviços e das práticas, enfim, em vínculo, não se está buscando apenas a satisfação do usuário e, quiçá, do profissional da saúde. Busca-se, na verdade, uma relação de compromisso entre pessoas (uma, o profissional ou profissionais, e outra, o usuário ou usuários), sem a qual a clínica de qualidade não se completa. Vários estudos têm demonstrado que sem isto, a maior parte dos pacientes, principalmente aqueles com patologias crônicas não aderem aos tratamentos propostos, não mudam hábitos deletérios, não retornam às consultas agendadas e assim por diante.

No Paidéia estamos propondo que o Vínculo se estabeleça entre cada profissional de saúde e cada usuário a ele adscrito. Mas, mais que isto, que se estabeleça entre uma Equipe de Referência e cada um dos usuários. Buscamos que cada Equipe se comprometa com a saúde de cada cidadão, da sua família e da coletividade onde ambos – Equipe e usuário – estejam situados.De outro lado, espera-se do usuário e da sua família o desejo de ser ajudado.

Na equipe destacam-se 2 profissionais com caráter de generalistas. Junto com todos os outros, serão responsáveis por uma população a eles adscrita e tem como principais tarefas: a) o atendimento clínico ao cidadão e sua família, apoiados matricialmente por outros especialistas sempre que necessário (particularmente por pediatras, ginecologistas, profissionais da saúde mental e fisioterapeutas, participando dos projetos terapêuticos dos usuários sob seu cuidado quando pertinente); b)referenciar para outros níveis do sistema todos os casos que não possam ter o problema resolvido na atenção básica; c) desenvolver ações de saúde coletiva, tais como ações de educação em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária, estratégias de promoção da saúde; d) articular ações intersetoriais no território de sua atuação; e) interagir com os usuários e suas famílias, ajudando-os a refletir sobre o contexto sócio-cultural, ampliando-lhes a autonomia para caminhar na vida com as próprias pernas; f) Participar da realização dos projetos terapêuticos dos pacientes de maior risco e famílias da sua equipe e gerenciar a sua realização.

Além da Unidade de Saúde, desenvolverão ações na comunidade, nas escolas, outras instituições coletivas e nos domicílios.

É necessário, portanto, que estes profissionais incorporem à sua bagagem clínica

o saber epidemiológico, de educação em saúde, de trabalho em grupo, de gestão e conhecimentos sobre risco e vulnerabilidade que os ajudem na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva.

As visitas aos domicílios não devem ser sós para atender acamados ou pacientes com dificuldade de se locomover até a Unidade de Saúde. É importante que periodicamente se faça visitas às famílias mais vulneráveis ou de maior risco biológico, cultural ou sócio econômico por considerar que no ambiente doméstico manifestam-se vários condicionantes do adoecer e, portanto, conhecê-los in loco facilita a interação e a intervenção para produzir saúde. Deve-se, portanto, incluí-las nos vários projetos terapêuticos.

O Médico Generalista no Paidéia

Não obstante se espere do Médico Generalista que conheça com profundidade as principais patologias que acometem adultos e idosos, que sejam capazes de atender crianças, adolescentes e mulheres, que sejam capazes de realizar puericultura e pré-natal normal ou de baixo risco, não se é generalista porque atende genericamente crianças, mulheres e adultos ou porque conheça generalidades da clínica.

O generalista também não é o velho médico de família, o médico de cabeceira, que com sua maleta ia até a casa dos seus pacientes prestar-lhe assistência em casa. Não é, portanto, como alguns saudosistas afirmam, o retorno ao passado embora deste passado romântico aproveite-se o vínculo com toda a família.

Este médico trabalhava sozinho, mantinha uma relação pretensamente neutra e onipotente sobre os seus pacientes e organizavam seus processos de trabalho com o mesmo modelo biologicista que hoje usamos nos nossos consultórios.

É então o profissional que cuida do espaço geral, que faz a clínica do sujeito sadio, doente ou em risco de adoecer e que seja capaz de desenvolver vínculo com o território, fazendo o diagnóstico comunitário e epidemiológico de uma dada situação e seja capaz de promover atuações intersetoriais e desenvolver ações de prevenção e de promoção de saúde. Além da consulta individual, seja capaz de fazer educação em saúde e trabalhar com coletivos. Deve ser capaz, ainda, de entender as relações de causa e efeito entre o trabalho e adoecimento nos casos particulares das doenças do trabalho e contribuir para a vigilância destes ambientes.

O médico generalista deve conhecer todas as famílias sob o cuidado da equipe, buscando estabelecer vínculos singulares com todas elas. Deve selecionar, através da discriminação de risco, as mais vulneráveis com elas estabelecer vínculos mais estreitos e protetores.

Cada vez que encaminhar um paciente ao especialista, não o transfere definitivamente, mas continua gerenciando (em co-gestão com o próprio paciente) a sua saúde. Assim, deve ter parte de seus retornos na própria unidade básica. Espera-se que, muitas vezes, ao invés de encaminhar o paciente ao especialista, que o generalista o consulte pelos meios possíveis (telefone, e-mail, etc), ampliando o seu conhecimento sobre determinada patologia e como cuidar de um seu determinado paciente.

O seu perfil é a de um profissional com sólida formação clínica, atuando em todo os ciclos de vida dos cidadãos, mas, por causa das condições demográficas (10% da população já tem 60 anos ou mais) e epidemiológicas de Campinas, que saiba cuidar bem das principais doenças que acometem adultos e idosos; deve ter interesse e compromisso com as questões sociais; é importante que tenha sólidos conhecimentos sobre grupalidades humanas e famílias; espera-se que tenha iniciativa, seja dinâmico e tenha capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar, sem achar que a equipe trabalha para ele; é importante que tenha capacidade de lidar com situações de frustração e stress e consiga trabalhar em áreas de risco social. É importante uma boa capacidade de comunicação, que saiba improvisar, seja criativo, flexível e tenha boa capacidade de negociação (com os pares e com os pacientes).

Roberto Mardem Soares Farias é médico pediatra, sanitarista e Diretor do Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA AS NOSSAS REVISTAS

O CEBES tem duas linhas editoriais: a revista *Saúde em Debate*, que o associado recebe quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, e a *Divulgação em Saúde para Debate*, cuja edição tem caráter temático, sem periodicidade regular.

QUEM SOMOS

Desde a sua criação em 1976 o CEBES tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 27 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização, em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e nas práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; e, em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES é resultado do trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

A ficha abaixo é para você tornar-se sócio ou oferecer a um amigo! Basta enviar a taxa de associação (anuidade) de R$ 80,00 (oitenta reais) em cheque nominal e cruzado, junto com a ficha devidamente preenchida, em carta registrada, ou solicitar, nos telefones ou e-mail abaixo, o envio do boleto bancário. É possível também efetuar o pagamento por cartão de crédito. Consulte a secretaria do CEBES sobre esta forma de pagamento.

CORRESPONDÊNCIAS DEVEM SER ENVIADAS PARA

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Diretoria Nacional – Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782
www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html
E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br

FICHA DE INSCRIÇÃO (preencher em letra de forma) Valor: R$ 80,00

Para efetuar depósito: Caixa Econômica Federal – Agência: 1343 C/C: 0375-4 Operação: 003
ou Banco do Brasil, Agência 0249-6 C/C: 14137-2 – CNPJ: 48.113.732/0001-14

Pagamento de Anuidade

Nova Associação

Atualização de Endereço

Nome:

Endereço:

Rua/Av.:

Bairro: CEP:

Cidade: UF:

Tel.: ( ) Fax.: ( )

Cel.: E-mail:

Local de Trabalho:

Profissão:

Data de Inscrição: Assinatura:

Carta do CEBES Nacional

Foi com enorme satisfação que tivemos conhecimento da articulação em Campinas para a constituição de um núcleo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Nos primeiros anos do CEBES, até meados da década de 80, a estratégia de criação de núcleos foi muito utilizada e muitos deles tiveram grande importância no desenrolar dos acontecimentos. Podemos citar a atuação do núcleo de Brasília na organização e desenvolvimento do 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados (1979), o núcleo de São Paulo na edição da revista *Saúde em Debate* e de livros, a articulação do núcleo do Rio de Janeiro com o movimento médico que estava renovando suas entidades. Além destes, existiam outros como os de Curitiba, Londrina, Florianópolis, João Pessoa, Maceió.... cada qual desenvolvendo uma série de atividades relacionadas ao contexto local mas em estreita articulação com o CEBES nacional.

A partir da transição democrática, por vários motivos, aos poucos os núcleos foram deixando de existir. A própria Diretoria Nacional experimentou "altos e baixos", momentos de atuação e protagonismos intensos misturados a outros de baixa visibilidade. Com todos os méritos e apesar de tudo estamos vivos e atuantes há quase 28 anos (que completaremos em 14 de setembro).

E agora ressurge a idéia de constituir núcleos. É muito bom saber que a entidade continua sendo considerada como aquilo que deve ser e para o qual foi criada: uma organização da sociedade civil, expressão do movimento sanitário, um lugar de encontro político, de idéias plurais, suprapartidário, de debate franco e democrático, não corporativo e de articulação de estudos, propostas e ações em prol de melhores condições de vida e de saúde da população brasileira.

As bandeiras de luta, as palavras de ordem adotadas pela entidade revelam como, em diferentes contextos, esse objetivo principal foi expresso: "Democracia é saúde" (1976); "Saúde e democracia" (1986); "Saúde é qualidade de vida" (1992); "Saúde, justiça e inclusão social" (2003). No momento atual em que estamos colaborando com a organização da Rede Gandhi – Saúde e Paz, pensamos em acrescentar a palavra de ordem "Paz é saúde".

O núcleo de Campinas por ser o primeiro (esperamos) da reconstituição dos núcleos do CEBES experimentará as vantagens e desvantagens dos pioneiros. Muitas coisas serão acordadas no processo – a conjugação da autonomia local com a necessária articulação com a Diretoria Nacional, os aspectos financeiros, os apoios, as divergências, os eventuais conflitos e os objetivos comuns. Mas, temos certeza, tudo se dará no clima de solidariedade e colaboração, conscientes que estamos todos que a entidade não pertence a um ou a outro que esteja ocupando os cargos de direção em determinados momentos, e que o que é importante preservar é a coerência política da entidade e respeitar sua trajetória de lutas caracterizada por considerar em primeiro lugar os interesses da população brasileira.

Desejamos todo o sucesso para vocês, um grande abraço!

Sarah Escorel

A DIRETORIA NACIONAL GESTÃO 2003-2006

Presidente – Sarah Escorel (RJ)
1º Vice Presidente – José Gomes Temporão (RJ)
2º Vice Presidente – Carlos Octavio Ocke Reis (RJ)
3º Vice Presidente – Rita Sório (DF)
4º Vice Presidente – Jacob Portela (RJ)
1º suplente – Maria Ceci Misoczky (RS)
2º suplente – Carmen Teixeira (BA)

CONSELHO FISCAL
Anamaria Tambellini (RJ), Áquilas Nogueira Mendes (SP), Nelson Rodrigues dos Santos (SP).

CONSELHO CONSULTIVO
Ary Carvalho de Miranda (RJ), Antônio Sérgio da Silva Arouca (*in memoriam*), Eduardo Jorge Alves Sobrinho (SP), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson Cantarino O'Dwyer (RJ), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Hésio de Albuquerque Cordeiro (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Carvalho de Noronha (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), José da Rocha Carvalheiro (SP), Roberto Nogueira Passos (DF), Sebastião Loureiro (BA), Sonia Maria Fleury Teixeira (RJ), Volnei Garrafa (DF).

CONSELHO EDITORIAL
COORDENADOR: Émerson Elias Mehry (SP)
Ana Maria Malik (SP), Carlos Botazzo (SP), Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco Antonio de Castro Lacaz (SP), José Augusto Cabral de Barros (PE), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Lígia Bahia (RJ), Lígia Giovanella (RJ), Luis Cordoni Júnior (PR), Luiz Augusto Facchini (RS), Luis Carlos de Oliveira Cecilio (SP), Maria Cecilia de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)