

## REcriação DO NúCLEO 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 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.

É 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 amigos, 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 tranquilas.

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 públicas 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 impactos 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 povo 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

peessoas, 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 3º 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 3º 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 caírem 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 iniquidade, 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 ajudá-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 complementar, 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 complementar, 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.