

## ENTREVISTA

**Tempus Actas** – Entrevista com o Doutor Antônio Alves, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Doutor Antônio, é quase unanimidade entre gestores sanitaristas e militantes do SUS a afirmativa de que ele é a maior política pública brasileira de inclusão social. Quais as razões pelas quais o senhor justificaria essa assertiva?

**Sr. Antônio Alves** – A partir de 88, quando estávamos naquele grande processo de mobilização nacional, havia em campo a proposta da Oitava Conferência, a qual era a de se criar um sistema de saúde diferente do que até então se tinha no país. Na promulgação da Constituição tínhamos a população dividida em cidadãos de primeira classe e cidadãos de segunda classe. Quer dizer, havia cidadãos que tinham carteira assinada, com acesso a um sistema de saúde que era conveniado com o antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistencial Social). Havia também aqueles que podiam pagar por um serviço privado, e a grande maioria do povo brasileiro que só tinha acesso a um serviço de saúde por meio da Santa Casa de Caridade, da Santa Casa de Misericórdia, ao serviço de seleção econômica. Inclusive vivenciei isso quando entrei na universidade em 1970. Fiz o básico na Universidade de Brasília e fui para Sobradinho. Tínhamos um hospital que, embora coordenado pela universidade (uma exceção do Governo do Distrito Federal)...

**T.A** – Continuação da primeira pergunta. Paramos no “ingresso da UNB” e na ida para o Hospital de Sobradinho.

**A.A**– Já no Hospital de Sobradinho e em toda a rede hospitalar do Distrito Federal, onde foi a minha grande experiência na assistência propriamente dita, convivíamos com esta realidade: as pessoas que eram atendidas que eram atendidas com a carteirinha e as pessoas que vinham com a ficha de atendimento da emergência. Tinha lá: SS – era a ação econômica – a grande massa que não tinha acesso. Como não havia as Santas Casas de Misericórdia, então o serviço de saúde do DF organizava-se na perspectiva de um serviço público, gratuito, bancado pelo Governo, financiado (quase que exclusivamente) pela União, naquela época. Já se evidenciava essa diferença entre uma parte que tinha acesso por um sistema, que era o Previdenciário, das pessoas que tinha uma relação formal de emprego. Elas contribuía com a Previdência Social. E, a outra, a grande maioria, a massa geral que não tinha. Quando se constrói o Sistema Único na Constituição de 88 abre-se uma grande porta ao se definir o

acesso universal. Quer dizer, há um princípio que está escrito na Constituição e que considero ter sido a maior conquista. Além de assegurar a saúde como direito e cidadania e dever do Estado, está lá garantido o acesso universal. Você não pode ter um sistema que discrimine as pessoas em função de qualquer característica – sócio-econômica, cultural ou de religião. Daí começa o grande desafio do sistema de saúde. Mas era um sistema que, até então, dava cobertura para uma população (naquela época) de cerca de quinze milhões de trabalhadores com carteira assinada. A grande maioria não tinha essa possibilidade. Assim, o sistema abre e passa a ser responsável pela população brasileira como um todo, em função desse princípio constitucional do acesso universal, do dever do Estado, da saúde como direito e cidadania. De lá para cá ele vem se organizando nessa perspectiva, tanto que hoje temos um sistema de saúde que, de uma forma geral, acaba incluindo 100% da população brasileira em vários serviços, como por exemplo, o da vigilância sanitária. Quando a Agência Nacional de Vigilância e Saúde (a ANVISA) cuida do registro de medicamentos, da qualidade dos produtos na área da saúde, quando ela cuida de portos e aeroportos, é um serviço prestado pelo SUS. É pouco divulgado e quase sempre nem percebido pela população. O usuário desses serviços da ANVISA... Aquele é um serviço ofertado pelo SUS e, no entanto, é um serviço universal – é para todos. Nesta entrevista estamos tomando esta água mineral ou este cafezinho e, tanto um como o outro produto, tem um registro na VISA Estadual e na VISA Nacional. No caso, no Sistema de Vigilância Sanitária, de onde esses produtos são fabricados, ou seja, no caso da água mineral foi aqui, em Brasília, mas este café é especial – é um café de Paracatu, Minas Gerais, minha terra natal. Quando o pessoal vai para lá eu encomendo porque o daqui é de má qualidade. Então, a qualidade desses produtos ou do serviço de saúde, do serviço de salão de beleza, de hotéis... Tudo isso faz parte de um serviço que é ofertado pelo Sistema Único de Saúde, e pouco compreendido, divulgado ou percebido pela população. Assim, o SUS é universal – é para todos e todas. E pegamos também alguns serviços de transplante de órgãos, de hemodiálise, serviços de alta complexidade, como terapia intensiva, resgates de acidentes de traumas, de trânsito, de violência... Hoje é ofertado pelo Serviço Móvel de Urgência, chamado SAMU 192. – e também são serviços universais. O Programa Nacional de Vacinação é outra realidade nacional. Daí afirmarmos (e eu concordo com os sanitaristas e com os gestores) que o SUS é a maior política pública de inclusão social, porque é uma política que abrange 187 milhões de brasileiros hoje (a população brasileira). E em vários serviços abrange todo o mundo – esse contingente populacional. É um serviço que tem uma forma de financiamento que acaba sendo o resultado da contribuição da sociedade

## Entrevista

brasileira como um todo, por meio dos impostos e das contribuições. Até aquele cidadão ao qual chamamos de “cidadão em situação de rua”, que são os moradores de rua, que não têm teto, não têm carteira assinada... Muitos são trabalhadores que catam lixo para se fazer reciclagem. Eles também contribuem com o financiamento deste sistema, quando recebem alguma remuneração pelo trabalho que fazem, e até aqueles que não fazem nenhum trabalho, mas vivem da caridade dos transeuntes, das pessoas que acabam dando alguma contribuição para eles, quando vão à padaria comprar o pão, o leite ou qualquer alimento. Na composição dos preços desses produtos existe parte dos recursos que são destinados a financiar o sistema de saúde. Então é um sistema que também tem esta característica de ser um sistema nacional. Daí afirmarmos que ele, além de ser de inclusão – porque traz e oferece (com dificuldades que vamos ver mais na frente) uma assistência, um atendimento a todas as pessoas, pegando a população como um todo. Como eu disse, também é um sistema redistributivo de renda – a maior que temos no país. Essa contribuição individual acaba sendo o grande financiador. Assim, aquele catador de lixo que contribui com um pouquinho, quando compra o pão e o leite, se soma com determinada empresa que contribui mais. O Ministério da Saúde, ou seja, a União é responsável por 50% do SUS no país, o que acaba sendo também, além de uma política de inclusão social, uma política de redistribuição de renda. Quem contribui com menos acaba se somando com quem contribui com mais, ofertando um serviço para todos, dentro do princípio da equidade (tratando os diferentes diferentemente).

**T.A** – Acho que o senhor já nos encaminhou para a segunda pergunta. O senhor considera que o SUS não avançou suficientemente? Ou seja, sua agenda estruturante estaria ainda incompleta?

**A.A**– Por ser um sistema que ainda convive... Voltando um pouco no tempo, temos que em 86, nas pré-conferências municipais e estaduais preparatórias para a Oitava Conferência, verificamos um parêntese – é um sistema que nasce dentro de uma conjuntura nacional, que era a luta por um bem maior... Não adianta você ter algumas garantias, se não tivermos uma que é fundamental para o ser humano, que é a garantia da liberdade, da participação democrática, do direito de expressão... Então o SUS nasce nesta luta de um grupo de sanitaristas, de acadêmicos e de estudantes, pela redemocratização do país, ou seja, é a luta contra a ditadura militar que tanto maltratava o povo brasileiro. É um sistema que nasce com esta vocação de ser um sistema democrático. Fomos para um processo constituinte num

Congresso cuja composição parlamentar refletia a conjuntura social do país naquele momento, em 87. Os parlamentares fizeram a lei em 86 para começarem a legislar em 87 – o processo constituinte. A composição política, sócio-econômica dos parlamentares, que compunham o processo constituinte era a expressão da sociedade. Havia muitos que apoiavam o regime ditatorial em vigência naquele momento, muitas forças democráticas expressas pelos parlamentares que eram contra o regime, que lutavam pela sua extinção, para que ele acabasse, e a proposta que saiu da Oitava Conferência, convocada e realizada em março de 86 aqui, em Brasília, foi debatida neste contexto da composição parlamentar. Com isso, nós – deste grupo que defendia um sistema único de saúde no país, público, estatal – fomos derrotados. Tivemos de ceder o anel para não perdermos os dedos. Para garantir a criação do SUS, a inscrição da saúde como direito à cidadania e dever do Estado, a garantia de um sistema que teria de ser construído com a participação da comunidade, garantindo o acesso universal, a integralidade das ações e o princípio da equidade, tivemos que ceder e permitir a complementaridade por meio do sistema privado. Foi um momento muito rico, e eu presenciei isso com muita força – como servidor do Ministério do Trabalho, atuando na área de saúde do trabalhador. Lutamos muito para assegurar o que defendemos na Oitava Conferência, um sistema único de saúde, público, estatal, comandado pelo Estado. Infelizmente não conseguimos naquele momento e, para conquistar o que temos hoje escrito no capítulo da saúde (na Constituição), tivemos de ceder a essa complementaridade. Acho que não foi um mal maior, porque até pensávamos (e não conseguimos ainda chegar a este ponto) que, se o sistema é complementar significa que ele só vai ocupar um espaço se o outro permitir. Ou seja, quando tivermos um serviço público e gratuito comandado pelo Estado, em qualquer unidade federada (na União, no Estado e no Município), não vamos precisar do setor privado para complementar. O outro, o próprio nome diz, é complementar. Se eu tiver um atendimento total pelo público, não preciso do complementar. Essa lógica acaba não se aplicando na prática porque muitos que vieram para a gestão, neste processo de construção do SUS a partir de 88, ou vieram bancados pelo setor privado (que é forte), ou vieram com o interesse de fortalecer o setor privado, implementando todas as suas forças para assegurar a totalidade da atenção pelo público. E aí, sempre deixando uma brecha para o privado ser sempre complementar – é um desafio que está sendo colocado para o Sistema Único de Saúde até hoje. Essa foi uma frustração do sanitarista naquele momento, mas, ao mesmo tempo, avaliando o resultado final da Constituição, ele percebe que tivemos avanços. Temos grandes desafios pela frente. Como eu dizia, é um sistema novo para ser implantado num país onde

## Entrevista

70% dos Municípios têm menos de vinte mil habitantes (ou até vinte mil habitantes), quase 50% (48.7%) são Municípios com até dez mil habitantes, e isso faz com que se tenha o cuidado com a implementação da política, pois as realidades são diferentes. Há Municípios brasileiros que hoje só sobrevivem com o FPM (o Fundo de Participação Municipal). E, por um processo que considero ser um desafio (e temos de estar enfrentando), que é uma definição mais clara do papel do Estado (como Unidade da Federação), a gestão estadual na condução do SUS, isso acaba ficando num processo de estagnação quando se fortalece a municipalização – seria a União entrando como a maior financiadora. Esse papel estadual acaba ficando não muito bem definido, porque a ação é quase sempre organizada e ofertada no Município, o que é o correto, pois é lá que as pessoas moram... Dizemos que a realidade se dá quando você pode dizer qual é o seu CEP. Quem tem CEP é Município – o Estado não tem CEP (o Código de Endereçamento Postal). Então as pessoas moram no Município, e é lá que essa relação tem que se dar, até do ponto de vista da participação da comunidade na fiscalização, na elaboração das políticas é mais fácil você... Porque o Prefeito é mais alcançável para o povo do que o Governador e do que o Presidente da República. Quem mora no Município, no interior do Amazonas, tem acesso ao Prefeito, mas não tem acesso ao Governador e nem ao Presidente da República – raramente ou quase nunca tem. Daí haver a lógica da organização. Assim, os desafios estão colocados e teremos de enfrentá-los. Construir um sistema que até então era seletivo a um grupo – eu não diria privilegiado –, mas era um grupo que tinha carteira assinada, que tinha emprego... Você rompe isso e abre para todos, não garantindo um financiamento à altura, pois a questão do financiamento vem mudando. Passa-se por um processo na garantia de 30% sobre o orçamento da Seguridade Social. Depois disso sai, e aí você luta por uma vinculação de recursos, por uma Emenda Constitucional que só foi possível ser aprovada em 2000 – mesmo assim sem uma regulamentação. Porque ela deixou em aberto a definição do que seria “ações de serviços de saúde”, permitindo que os gestores municipais, estaduais e mesmo os federais pudessem incluir, na conta da saúde, o orçamento de algumas áreas que, embora sejam determinantes sociais da saúde, não são propriamente ações do serviço de saúde. E até hoje estamos vivendo com essa necessidade da regulamentação da Emenda 29. Então, a questão do recurso foi fundamental. Você garantir acesso universal, integralidade da ação, equidade, participação da comunidade, que sai de um processo autoritário (durando vinte e um anos – de 64 a 85), e permitir que esta população de gerações que foram impedidas ou boicotadas... Elas não podiam, naquele momento, se reunir. Qualquer reunião que havia de grupos era considerada

uma ação contra a ditadura, e era reprimida com toda a força. Como praticar o princípio do acesso universal – um serviço que se transforma de poucos para todos e todas –, um sistema que busca tratar todos como seres integrais, fazendo ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, de cura e reabilitação (que é o princípio da integralidade)? Quer dizer, da equidade que trata diferentemente os diferentes, num país com tantas desigualdades, naquele momento, num país onde viveram isso mais de quarenta milhões de pessoas abaixo da linha da pobreza, e com uma grande dificuldade de integração entre as políticas públicas, já que vários determinantes da saúde estão fora do campo da saúde – e até hoje vivemos isso? Agora isso é muito evidente com a questão da dengue. A dengue só passa a ser um problema de saúde pública quando a pessoa, de fato, é contaminada pelo mosquito – até então não era um problema ambiental forte. Se buscarmos as causas da proliferação, veremos que vão estar na estruturação urbana, na falta de coleta de lixo, de saneamento básico, na ausência de água tratada de qualidade... Então os grandes problemas da dengue estão fora do setor da saúde. Assim como a dengue e outros determinantes, outras doenças, nós somos a linha final, a consequência de tudo isso – a consequência da violência, da insegurança pública, da falta de saneamento, de uma alimentação inadequada, da falta um processo de reabilitação, da falta de emprego, tudo isso fazendo com que a saúde seja o depositário de tais consequências. Você implantar o SUS com esses desafios, com essas desigualdades regionais em uma população que nasce de um processo, quer dizer, que convive com um processo autoritário e que é reprimida a todo o momento, desprendendo da questão da coletividade, da luta coletiva, da possibilidade de mobilização... Vinte anos não são suficientes para a consolidação do SUS. O SUS é um sistema que precisa... Acredito que vinte anos (após 88)... Teremos em 2028 um novo panorama nacional (eu tenho essa perspectiva), com o enfrentamento desses desafios que já conhecemos. Hoje, diferentemente de 88 – em 89 foi o primeiro ano de vigência da Constituição – sabemos quais são os problemas, sabemos como enfrentá-los. Assim, fica mais fácil a caminhada para os próximos vinte anos.

**T.A** – Acredito que se eu tivesse lido as perguntas, entenderia essa energia das respostas em função das perguntas, o que também nos levou à terceira pergunta que idealizamos, a qual é em relação a essa sua última fala – os vinte anos não foram suficientes. Se não foram suficientes e se a agenda está incompleta (como o senhor já concordou anteriormente), onde o SUS mais avançou nesses vinte anos de existência legal e prática? É interessante falarmos dos

## Entrevista

desafios que estão postos, mas também devemos dizer que se avançou bastante em quê, em função desses vinte anos de existência legal e prática? Como o senhor avalia isso?

**A.A**– Poderíamos citar inúmeros avanços do SUS. Temos um sistema que garante, por exemplo, cerca de quinze mil transplantes de órgãos por anos, constituindo-se o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo, perdendo somente para os Estados Unidos, mas que não é público. Temos um sistema que oferece 130 milhões de dólares de vacinas por ano, um programa nacional de imunização que é reconhecido por toda a população. Aqui eu já destaco também um fator importante: tanto o transplante de órgãos como o Programa Nacional de Imunização (o PNI) – e eu citaria um terceiro, que é o Programa Nacional de AIDS (o DST AIDS), oferecendo, hoje, medicação para 180 mil pessoas dependentes de medicamentos de alto custo (inclusive)... Esses três exemplos sinalizam que, quando temos uma ação, um programa, uma política universal, qualquer cidadão brasileiro ou qualquer mãe brasileira leva o seu filho no Dia da Campanha Nacional de Vacinação: a que mora numa mansão, a que mora num apartamento, a que mora na favela... Elas pegam seus filhos e os levam para vacinar, atendendo a convocação do sistema de saúde. São programas universais. A política nacional de AIDS também é universal. As pessoas que recebem o coquetel são de todas as classes sociais. Em transplante de órgão ocorre da mesma forma, respeitando-se a lista de inscrição e trabalhando com o critério de risco também. Então são três exemplos que coloco, e que são muito bem avaliados. Eu estava falando dos avanços: há a inserção das ações de saúde bucal dentro do sistema de saúde, oferecendo ações de promoção, de prevenção e, inclusive, de cura. Há pessoas que até então não tinham acesso às ações de saúde bucal e que, para terem, precisavam de recursos para pagar o setor privado. Hoje, há um sistema que consegue implantar no país 28 mil equipes da “saúde da família”, com mais de 100 mil agentes comunitários de saúde visitando as pessoas, com cobertura de quase 100 milhões de pessoas. E tem um serviço de atendimento móvel de urgência que, por meio do 192, atende qualquer pessoa. A única condição é ter a possibilidade de um telefone fixo, ou mesmo móvel, para ligar para o 192 (ligação gratuita). Antes do SAMU só se tinha acesso a um resgate ou a uma calamidade via Corpo de Bombeiros (Defesa Civil), ou então havia o acesso ao plano de saúde daqueles que podiam pagar por uma UTI móvel. É um sistema que, atualmente, oferta dois milhões de partos/ano, no qual há a grande totalidade de nascimento das crianças em leito hospitalar com qualidade. Assim, é um sistema que teve avanços. No campo da economia é um setor de saúde que contribui com 8% do PIB nacional, com 9

milhões de empregos diretos, sem falar dos empregos indiretos. É um setor que contribui também com a geração de riqueza nacional, movimentando no país todo esse contingente de pessoas que consomem, que produzem. É um setor forte da economia nacional, um sistema que consegue, ainda necessitando (e podemos falar disso depois) de melhor qualificação, mas hoje temos 5 mil 564 Conselhos Municipais de Saúde, envolvendo, em termos de Conselheiros Titulares, quase 110 mil pessoas (Conselheiros e Conselheiras) dentro de uma proporção que a lei define com 50% de usuários, dividindo-se 25% em trabalhadores e 5% de gestores. Um sistema que se organizou, permitindo que o recurso que o Ministério destina saia de uma conta central aqui, em Brasília, diretamente para o Fundo Municipal de Saúde, o mais distante possível do Município, acabando com aquela prática que, até então, se tinha no passado sobre a questão do convênio, com o envolvimento de várias possibilidades de desvios e tudo o mais. Um sistema que hoje já permite até a produção de anti-retroviral pela FIOCRUZ, uma Fundação do Ministério da Saúde, um parque industrial fantástico produzindo medicamentos de baixíssimo custo para o próprio sistema, assegurando a distribuição desses medicamentos para todo o Brasil na atenção básica. Há esses avanços – temos de reconhecer –, mas como grandes desafios. Podemos colocar ainda como uma conquista, nesses vinte anos, a vinculação de recursos para o financiamento com a Emenda Constitucional, embora aprovada só em 2000 e, portanto, doze anos após a criação do SUS (em 88). Ela ainda exige uma regulamentação, mas já define o quanto que o Município tem que colocar de recurso (15%), o mínimo que o Estado tem que investir no setor saúde (12%). E temos desafios – imagino que seja isso o que você vai me perguntar a seguir.

**T.A** – O senhor concorda com os debates em torno dos limites do SUS, de que hoje ele se encontra na encruzilhada do financiamento instável, de um modelo de atenção à saúde pouco resolutivo, com baixa capacidade organizativa de um sistema em redes solidárias regionais com responsabilidade de tripartite?

**A.A**– Sim, outro avanço... Podemos voltar à pergunta anterior e falar da possibilidade de você, respeitando a autonomia federativa, a organização política do Brasil foi construída com Estados independentes, quer dizer, a União tem essa autonomia, o Estado e o Município também têm essa autonomia. E nós conseguimos, nesses vinte anos, construir um processo de trabalho coletivo, no qual foi possível assegurar esses avanços, os quais considero serem uma vitória da população brasileira, uma conquista da sociedade – a vitória do sistema –, graças a



## Entrevista

essa compreensão e a esse pacto entre gestores de esferas de Governos diferentes. E aí há a organização das comissões gestoras, tanto a bipartite no Estado quanto a tripartite no âmbito nacional, fazendo com que governos diferentes de partidos governantes diferentes, de estruturas diferentes pudessem construir esse parque e levar à frente essas ações. Esse também é um grande avanço, fazendo com que na saúde, de fato, haja um pacto federativo mais avançado, no qual se constrói uma política de âmbito nacional, aprova-se no Conselho Nacional de Saúde, um Conselho que vem (nesses vinte anos) se consolidando como uma instância de controle social fortalecida e qualificada. Isso faz com que essa política possa chegar lá no Município, na ponta, graças a essa pactuação que se dá nessas instâncias de gestão – a tripartite no âmbito nacional e a bipartite no âmbito estadual.

**T.A** – Repito... Quero dizer que isto aqui foi muito bom, porque vem casar com as nossas últimas perguntas mais adiante. Mas vamos lá – a pergunta seria anterior. O senhor concorda com os debates...

**A.A**– Ah, sim! Da encruzilhada....

**T.A** – Sim, das redes solidarias regionais, com responsabilidade tripartite?

**A.A**– Neste sentido percebemos que se não aplicarmos um principio fundamental, fazendo com que se norteasse todo o debate do novo sistema de saúde, e que – embora não esteja escrito na Constituição – exige um esforço de todos nós, atores e sujeitos envolvidos – o da solidariedade... Como eu disse, respondendo a uma dessas perguntas, implementarmos um sistema complexo como esse, com desafios que exigem financiamento em realidades tão distintas, em Municípios tão díspares, tão diferentes na sua estrutura, só é possível dentro de uma solidariedade pactuada. Tem Município – como eu disse – que só sobrevive com o FPM. Se não houver a solidariedade de outro Município mais aquinhado, com uma melhor arrecadação na construção de redes que possam, na pactuação, permitir que um atendimento de um caso mais complexo possa ser levado a outro serviço mais complexo de esfera de gestão, não avançamos. Temos várias experiências exitosas neste sentido, consórcios intermunicipais que apontam para isso. Então agora esta discussão de rede é estratégica e tem que ser. É o caminho e um dos desafios desses 20 anos. Claro que outro ponto que você coloca (a questão do financiamento) é concreta. Mas eu tenho chamado a atenção das pessoas

para o fato de que, se não tivermos cuidado, vai chegar um momento de, por exemplo, regulamentarmos agora, antes da emenda 29 de 2000, o nosso horizonte, que era a vinculação de recursos que conquistamos com a emenda 29 no ano de 2000. Depois disto, fomos atrás da regulamentação desta emenda. Acho que vamos conseguir, está no Congresso Nacional, faltando apenas a votação de um destaque na Câmara para ir para o Senado. Então há grande chance de conseguirmos esta regulamentação, até porque tem que ter mais recurso para o financiamento mesmo. Regulamentada a Emenda 29, tenho dito que vai acabar a muleta. Ou investimos fortemente em algumas questões que são estratégicas para o SUS, como por exemplo, a qualificação da gestão. Se não tivermos gestores qualificados, preparados, e até um serviço profissionalizado com plano de carreira nacional que pudesse ter recursos humanos formados para a realidade do SUS, e não para a lógica do setor privado, nunca será suficiente qualquer recurso que venha. Porque utilizar recursos, se não for com qualificação da sua aplicação, dificilmente conseguiremos dizer um dia que temos o SUS devidamente financiado. Então acho que já começamos uma interlocução, no Governo Lula, muito boa no Ministério da Saúde e no Ministério da Educação, porque quando se avança na estratégia “saúde da família”, se implanta vinte e oito mil equipes em todo país, e quando vamos analisar o perfil dos profissionais que integram estas equipes, grande parte não tem um perfil para atuar na “saúde da família”. Tive uma experiência aqui, no Distrito Federal, quando coordenei o programa saúde-casa no Governo Cristovão Buarque, que nós conseguimos implantar 280 equipes – uma modalidade da estratégia saúde da família, e introduzimos, inclusive, uma experiência que hoje é nacional – a saúde bucal dentro da saúde da família – quando lá colocamos um dentista um THD (Técnico de Higiene Dental) um auxiliar de consultório dentário, cobrindo a população. Naquele momento ainda foi uma equipe desta para duas equipes “saúde família”. Mas percebemos claramente que o perfil dos profissionais que vinham, principalmente da área médica, ou era o médico que se aposentou e não tinha um provento adequado de aposentadoria e que vinha para o “saúde em casa” buscar uma nova fonte de rendimento (porque o seu provento de aposentadoria não era suficiente); ou então era o profissional recém formado em medicina que tinha se submetido a um concurso para residência e não tinha passado; ou ainda aquele que saiu da faculdade e aguardava um novo concurso de residência em algum lugar e, se passasse, saía do programa. Então este era o grande extremo. E estivemos, até que para a equipe não tivesse incompleta, trabalhando em um processo de qualificação; tivemos anestesista dentro da equipe “saúde da família”, ortopedista – era o especialista que tinha outra lógica de atenção à saúde, e que não era aquela

## Entrevista

voltada para um trabalho junto à comunidade, enfrentando inclusive desafios que vêm para a equipe e não são do campo da saúde, mas que têm um forte impacto na determinação social da saúde, na questão do meio ambiente, nas questões de sobrevivência da população, de falta de remuneração, desemprego e etc. Esta realidade estava presente. O Ministério da Saúde, assumindo seu papel definido na Constituição, que é o de participar do ordenamento de recursos humanos (está lá previsto no artigo 200 da Constituição Brasileira), assume este protagonismo de dizer para o MEC qual é o profissional que nós queremos e precisamos no setor saúde, na lógica de construção do SUS, e não na lógica do mercado que foi sempre prevalente na realidade brasileira. Tenho minhas experiências hospitalares. Tenho uma formação de cirurgião geral, e trabalhei muitos anos em emergência, em hospitais de grande porte, como no Hospital de Base em Brasília, onde nos meus plantões (no poli-traumatizado) era comum dar plantão, geralmente na sexta à noite ou no sábado, e receber estudantes da UNB, que já no terceiro ano queriam acompanhar um serviço de poli-traumatizado, quando ele nem sabia o perfil epidemiológico da comunidade, da faculdade onde estudava. Na época ainda era Sobradinho. Então o estudante que passava pela semiótica que era a primeira matéria que tínhamos quando íamos da UNB para Sobradinho (daqui do minhocão lá para Sobradinho), onde era o Hospital Escola o UISS (Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho). Era uma seção do hospital (da Fundação Hospitalar) para a Universidade de Brasília, e lá este hospital era comandado pela universidade. Então, na minha época, ainda peguei um tempo bom – entrei em 70. Em 73, quando vou para Sobradinho, nós tínhamos uma das disciplinas que era Medicina Comunitária, na qual fazíamos um trabalho em Planaltina, na Vila Buriti, naquela região. Era um trabalho que hoje faz o “saúde da família”. Naquela época havia professores que já tinham esta visão e nós tivemos uma formação muito voltada. Éramos eu, o Gastão Wagner (que era da minha turma), o Arlindo Chinaglia (que hoje é Presidente da Câmara). Somos desta turma que se formou em 75. Nós éramos conhecidos como o ICB 70. O ICB era o Instituto Central de Biologia, nós fazíamos um vestibular e entrávamos todos num básico. Em minha época éramos 220 – que entramos neste ICB. Lá dentro tinha uma seleção de acordo com as notas: quem ia para Medicina, quem ia para Biologia, quem ia para Psicologia, e a maioria que entrou neste vestibular queria fazer Medicina. Começou uma disputa interna irracional e predatória, e foi detectado, inclusive, arrancamento de páginas de livros no bar. Este processo fez com que nos rebelássemos contra isto e fizéssemos a primeira greve da UNB, depois da invasão que houve em 69. Então o Arlindo se lembra disto. Eu, o Gastão Wagner, o Eduardo (que hoje está em São Paulo). Foi

um grupo de vários militantes da saúde pública que houve neste país. Fizemos uma grande greve na UNB e, na época, o Vice-Reitor era o Capitão de Mário Fragata – eu me esqueci do nome dele.

**T.A** – Em que ano foi isso?

**A.A**– Foi em 71 para 72 – mais ou menos nessa época.

**T.A** – Em 69 houve a invasão...

**A.A**– Em 70 começamos o primeiro ano... Foi em 71, ainda na época do básico, pois em seguida iríamos fazer a seleção. Quem tinha a maior MGA (Média Geral Acumulada)... Quer dizer, eram 80 vagas para Medicina e as 80 primeiras MGAs, os primeiros classificados dentro das 80 MGAs iam para Medicina. E depois ia se fazendo a distribuição. Nessa greve conseguimos que todos que queriam Medicina fossem fazê-la. Então nossa turma se dividiu em uma turma de 100, que foi a minha, a do Gastão e a do Arlindo e, em seguida, veio a turma de 80. Tanto que a turma de 100 se formou em dezembro de 75 e, a de 80 se formou em julho de 76. A partir daí a UNB mudou seu processo e o vestibular já era específico para cada área. Foi um momento importante porque conseguimos uma união muito forte de todos, acabou aquela disputa de você ter que estudar loucamente para tirar a melhor Média Global Acumulada (a melhor MGA). Havia pessoas que queriam fazer outras áreas, como Biologia, que acabaram indo para fazer esses cursos. E na nossa turma do CB 70 ficamos com 180 – 100 formaram-se antes e 80 depois. De lá para cá vínhamos acompanhando esse processo de formação e percebemos o distanciamento da formação dos Recursos Humanos, não só na Medicina, mas também no setor privado em outras áreas, como Odontologia. Somente no Governo Lula se abre esse campo para a inclusão desses profissionais dentro do SUS, com um programa chamado “Brasil Sorridente”. Mas ainda hoje convivemos com essa tendência das universidades formarem para a lógica do mercado. Então o estudante, no quarto ano, já sabe o que vai fazer – vai fazer uma especialidade, geralmente aquela que lhe dê grandes lucros no futuro. É a lógica do mercado em que o sistema de saúde brasileiro se organizou em toda a sua vida. Ainda hoje, considerando que houve essa concessão no processo constituinte de se permitir a complementaridade no setor privado... Temos ainda uma grande força do setor privado no SUS. Temos Estados da Região Norte, por exemplo, em que grande parte do

## Entrevista

recurso do SUS é destinada ao financiamento do setor privado complementar, chegando-se ao ponto de em alguns Estados o SUS ser complementar do setor privado, invertendo a lógica daquilo que está previsto. São os absurdos que temos. Quando percebemos esses grandes movimentos que houve recentemente da classe médica na Região Nordeste, aquelas greves que aconteceram, ainda reflete essa questão de que muitos vêem o SUS como um meio, não um programa, uma política social forte de inclusão, mas ainda como um grande campo de ganhos financeiros. O setor de Hemodiálise, por exemplo, ainda é fortemente conduzido pelo setor privado complementar na chamada TRS (Terapia Renal Substitutiva). Aí entra a Hemodiálise como um grande componente disso. Então é um setor que ainda é forte. O setor filantrópico das Santas Casas também tem uma participação forte. Embora não seja um setor lucrativo, é um setor privado – trabalha na lógica do setor privado, basicamente financiado pelo Estado Brasileiro. Precisamos ter – e o Ministério já está trabalhando nesta perspectiva com o Ministro temporão, que começou na época do Humberto e, mais recentemente, com o Ministro Haddad na Educação – esse entrosamento, essa integração de dois Ministérios que têm fortemente um papel na questão do SUS, que é Saúde e Educação. Saúde por tudo o que nós conhecemos, e Educação por preparar pessoas que vão trabalhar no sistema de saúde no Governo.

**T.A** – Ok, vou tentar fazer um recorte para trabalharmos com as últimas questões, e acredito que seja importante o senhor nos fazer uma avaliação sobre a função dos Conselhos de Saúde nesses vinte anos do SUS. Eles ajudam, de fato, a construir o sistema?

**A.A**– Se você me pedisse: de tudo o que está na Constituição, o que você destacaria como a maior conquista do SUS? Lógico, tirando a questão da inscrição de saúde como dever do Estado e direito à cidadania, porque aí você mexe com questões de direito, e essa inscrição é muito forte, pois se ela não estivesse na Constituição Brasileira, se fosse por meio de Legislação Ordinária Complementar, ou mesmo Lei Ordinária, com certeza esse direito não estaria mais assegurado dessa forma. Já tivemos, inclusive, um Presidente antes do Lula, que tentou modificar isso que está inscrito no Art.196 da Constituição, que é “saúde – direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante...” Foi uma tentativa de uma Emenda Constitucional que buscava mudar o dever do Estado. A proposta era: “saúde – direito de todos” – não tiraram isso, mas tentaram tirar “... e dever do Estado”, substituindo por “assegurado mediante lei e etc.” Essa foi uma das tentativas que, se não tivesse na

Constituição, e se não houvesse uma grande mobilização social contra essa proposta, teria sido modificado. Aí viria o grande prejuízo. Para se mudar a Constituição você precisa de um quórum qualificado – três quintos parlamentares –, enquanto que para a lei precisamos da maioria absoluta que estiver presente no Plenário. É essa a grande vantagem. Eu diria que uma das maiores conquistas, a que eu destacaria se pudéssemos classificar por ordem de importância, é aquilo que está no Art.198, que é a participação da comunidade como um princípio constitucional. Cria-se o SUS no 198 e se garante a possibilidade da participação da comunidade como um princípio fundamental na construção do SUS. E todo esse avanço a que nos referimos anteriormente, o estágio em que está hoje o sistema de saúde só foi possível graças à participação da sociedade brasileira, da comunidade, e que se dá de várias formas, principalmente nos Conselhos de Saúde, que são instâncias colegiadas, deliberativas e paritárias, nas quais o maior segmento representado na composição de um Conselho é o segmento dos usuários, porque os outros são divididos. Se o gestor tiver interesse em determinado tema, só tem 25% dos votos de uma deliberação. Se o trabalhador tiver interesse, e só ele tiver interesse numa política em debate, só tem 25% dos votos. O único segmento que tem a metade é o segmento social dos usuários. Essa é a grande engenharia que compõe o Conselho, porque 50%... Basta um membro do Conselho, ou do gestor, ou do trabalhador concordar ou se aliar ao usuário, este tem a sua proposta aprovada, porque ele tem 50% dos integrantes de um Conselho. Isso não poderia ser diferente, já que temos uma sociedade plural. No Brasil você ainda tem pessoas cujo único saber é o saber popular – não se teve acesso à cultura, não se teve acesso ao estudo formal. Então temos Conselheiros que sabem ler e escrever, temos Conselheiros que não sabem ler e escrever, temos Conselheiros doutores, mestres, especializados, graduados, e essa pluralidade se expressa no Conselho. Temos gestores que acreditam e investem no fortalecimento dos Conselhos de Saúde – porque são defensores da democracia, são militantes do SUS –, temos gestores que acreditam que os Conselhos atrapalham, que preferiam ter Conselhos Consultivos (e não Deliberativos), temos trabalhadores que também não aceitam a crítica dos usuários levadas para os Conselhos. Ocorre, principalmente, quando a crítica se dá no processo de acolhimento, que é o respeito ao outro, você se vendo no outro. Então é o mau acolhimento nas emergências dos ambulatórios, a falta de uma palavra de carinho, a falta de solidariedade, o ver o usuário como um objeto e não como o sujeito do processo – isso se dá tanto pela gestão quanto pelo trabalhador. E temos usuários que vêm para o Conselho, cooptados pela gestão. É um prefeito que não concorda com o caráter deliberativo e quer sempre um Conselho submisso, um

## Entrevista

Conselho que sempre diga sim às suas propostas. Aí se manipula a constituição deste Conselho, levando parentes, pessoas militantes no ponto de vista partidário, que mais verbaliza e apóia o gestor do que o próprio usuário. Tudo isso se vê porque faz parte da história brasileira. Temos Prefeituras que avançam muito no processo democrático, temos Prefeituras autoritárias, temos (na sociedade) a questão do racismo na sua plenitude... Um racismo não só contra a cor, mas também o preconceito com relação à condição social e econômica das pessoas. Tudo isso se expressa num fórum plural, que é o Conselho de Saúde, tendo lá representantes da sociedade brasileira nesses segmentos que o compõem. Daí vem, talvez, o fato de não termos conseguido mais avanços, mas os que conseguimos no SUS, com certeza, passam por essa organização que hoje considero única no mundo. Temos 5.564 Conselhos Municipais organizados e vários Conselhos locais também. Mas consideramos 27 Conselhos Estaduais, incluindo o Conselho do DF, o Conselho Nacional, dando um contingente de mais de 100 mil pessoas envolvidas nesse processo de discussão mais ou menos qualificado, dependendo da realidade. Esse é o desafio que considero, talvez, o mais importante para os próximos vinte anos do SUS. Quer dizer, o fortalecimento do controle social dos Conselhos de Saúde, como de fato instâncias deliberativas de definição de políticas e de fiscalização da implementação dessas políticas.

**T.A** – Então, com esses desafios, é possível continuarmos sonhando com um projeto da reforma sanitária e da consolidação do SUS?

**A.A**– Eu até escrevi um artigo e depois darei uma cópia para você. É mais uma crônica, conta um pouquinho da minha história, quer dizer, o meu primeiro contato com a ação de saúde, concretamente, foi quando nasci em 1948 (tenho 60 anos), e minha família – minha mãe, meu pai e meus irmãos... Somos uma família de seis e eu fui o quinto filho. Os outros quatro (ainda não tinha a mais nova)... Eu nasci numa fazenda, numa casinha de sapé, com parede de pau-a-pique, com palha de coqueiro, o habitat perfeito do barbeiro naquela região de Minas Gerais. Minha mãe, grávida de mim, começa a sofrer as dores do parto. Aí meu pai busca, então, uma senhora (que era uma parteira) – a Dona Sebastiana – e ela fazia esse trabalho de assistência aos partos das mulheres que moravam na zona rural, que não tinham a possibilidade de acesso a um serviço de saúde. Ali foi meu primeiro contato – quando venho ao mundo. E quem me pega é uma parteira que, ainda hoje, em muitos trabalhos de parto dos habitantes do campo e da floresta, da população ribeirinha, é a única ação de saúde no

momento do parto. Nessa crônica, num artigo eu conto um pouco dessa trajetória. Depois, num segundo momento, já mudando de local, com oito anos eu tenho uma crise de apendicite... Você vai ver isso no artigo. No local em que eu estava – e nesta idade, eu ainda não conhecia uma cidade –, felizmente tinha, numa fazenda ao lado, uma senhora (que era a esposa do dono da fazenda) que era irmã de um médico na cidade de Paracatu. Ela foi chamada – eu estava com muita febre, vômito, dor na barriga, sintomas clássicos de uma apendicite aguda. Ela sabia de um procedimento simples... Depois, na minha história de cirurgião, toda vez que eu ia operar alguém com apendicite, voltava a esse tempo em que fui um paciente de oito anos. Eu até falava disto com os residentes, com os internos que passavam pelo Hospital de Base: esta identificação eu aprendi com essa senhora. Ela pegou um barbante, um cordão... Eu me lembro vagamente, mas depois até me reforçaram essa memória. Ela pegou e botou na “cristelíaca” (?) da bacia, no umbigo o cordão estendido – do umbigo até este osso aqui (a cristelíaca). Aí ela fez uma pressão mais para fora, o que chamamos de “terço externo”. Você divide o barbante em três partes e aperta no terço que está mais para fora – na cristelíaca. Ali é que está o local anatômico, onde está o apêndice, abaixo, na parte final do ceco, de onde está saindo o intestino delgado (o ilho). Ela fez isso, apertou e tirou. A informação que meu irmão dava (que foi quem me acompanhou) é que eu dei um salto na cama. Ela falou: “esse menino está com apendicite e tem que ser levado urgente para a cidade. Depois, estudando para a minha formação, vi que isso se chama “sinal de Muph” – quem descobriu que é um sinal que dá irritação peritonial. Você aperta... Já tem uma irritação. Quando você solta, essa descompressão intensa nas pessoas que têm um quadro de peritonismo e já estão com a apendicite, com peritonite – por isso esse sinal é positivo. Assim, no meu artigo eu coloco que esse foi o meu primeiro sinal de solidariedade. Ela larga tudo o que está fazendo, me coloca em uma caminhonete, na carroceria, e me leva para a cidade, em uma estrada de chão. Você me imagina com uma apendicite aguda, com um simples toque dando pulos... Como é que eu me comportei? Felizmente não me lembro do que aconteceu, mas fui levado e aí acordo operado num centro cirúrgico. Eu nem sabia o que era aquilo... Coisa de louco para uma criança que nasceu e viveu na roça até os oito anos. E que ainda nunca tinha visto luz elétrica, pois até então a luz que iluminava era a lamparina a querosene. E eu me vejo na enfermaria, com pessoas estranhas... Então aquele foi um ambiente que me marcou profundamente. Essa assistência foi dada numa Santa Casa de Misericórdia – isso eu também coloco no artigo. E ainda coloco uma questão que eu achava fantástica, mas não sei se ainda ocorre. Quando meus pais me matriculam na escola rural,



## Entrevista

antes dessa crise, eu ficava numa sala que tinha: eu na primeira série, colegas na segunda série e colegas na terceira série. Todos ficavam juntos e a professora conseguia dar aula para as três séries juntas ao mesmo tempo. Eu tinha uma matéria “aprendendo a escrever”, outro já tinha outro nível de ensino, e o terceiro ano. Era um negócio assim, e que eu também chamo a atenção. Ela se chamava Dona Dalva. Quer dizer, olha a força que tinha uma mulher dessas! Ela conseguia fazer isso e nos ensinava princípios básicos de higiene: você tem que tomar banho todos os dias, tem que limpar o ouvido, tem que escovar os dentes – também foi um contato importante de saúde pública na escola que, depois, o SUS não explora isso, pois só agora é que temos um programa dessa dimensão, um programa de saúde escolar que está lançado no Governo Lula. Estou contando um pouco da minha história para você. Depois eu vou para a cidade e me matriculo no quarto ano primário, entro no ginásio e aí houve o meu terceiro contato. Ah, sim! Quando eu venho para a cidade (já com dez anos) é que tenho outro contato com o sistema de saúde. Com dez anos, depois de ter tido catapora, caxumba, coqueluche, depois de ter tomado xarope de lobeira com mel... Não sei se você já ouviu falar disso: lobeira é uma fruta que dá no cerrado. Em Minas Gerais tem muito – ela tem uns espinhos, é redonda, e o pessoal corta, faz uma cuia e a coloca... Ela produz um líquido. Coloca-se o mel e se faz tipo um xarope. Ela faz diminuir a tosse da coqueluche. Assim, depois de ter tido tudo isso foi quando tomei as primeiras vacinas da minha infância. E também coloco neste artigo um quadro que me marcou muito, que foi o de acompanhar um amigo de infância que adquiriu um tétano, pois se feriu em um carrinho de mão enferrujado. Foi o primeiro quadro de tétano que eu vi na minha vida, e que também marcou na minha formação profissional. Vi o sofrimento de um garoto novo (da nossa idade), e aí eu chamo a atenção, porque é o serviço de saúde não chegava à zona rural e continua não chegando. Coloco isso como um desafio. Mas voltando a sua questão...

**T.A** – É preciso continuar sonhando?

**A.A**– Sim. Até fiz um desafio numa época, que não consegui ainda cumprir, enquanto Secretaria de Gestão com estratégia participativa, mas acho que se a UNESPE topar esse desafio, eu gostaria de fazer com vocês – seria identificar principalmente alguns usuários que participaram da Oitava Conferência Nacional de Saúde, e que ainda estão vivos, e entrevistá-los. Como é que eles vêm acompanhando a conquista do direito ao acesso universal, às ações aos serviços de saúde? Quando constatamos... Vivo isso no dia-a-dia, até pela minha origem

de uma família pobre do interior de Minas, mas com muita dignidade – são pessoas que continuam sendo usuárias do SUS. E, pelo fato de eu ser médico e de ter construído a minha vida profissional em Brasília, é raro o momento em que quando necessitam de um procedimento mais complexo, não tenham que se valer da minha relação profissional no sistema de saúde para assegurar o acesso delas a determinada ação. E acabamos fazendo, pela relação que se tem... Não trabalhando com a questão do privilégio, mas você pode, além da sua cota no ambulatório, atender mais uma pessoa depois? Você acaba usando isso. Recentemente tive uma experiência muito forte com um irmão mais velho que eu – ele tem sessenta e quatro anos. Num acompanhamento de rotina se constatou que, ao fazer o PSA, ele tinha um PSA elevado – de 4.4 (algo assim, acima de quatro e abaixo de cinco), exigindo assim, um procedimento mais especializado. Ele sai do centro de saúde e vai para o ambulatório de urologia, no qual é preciso que se tenha um exame pelo urologista. Aí se faz o toque retal. Ao termos acesso a esse urologista, ele acabou precisando fazer uma biópsia. Então começa o drama. Felizmente encaminharam isso lá no próprio ambulatório de urologia, onde marcamos a biópsia, que constatou haver uma adenocarcinoma de próstata. Pelo protocolo de câncer de próstata, quer dizer, quando se constata, por meio de biópsia, um PCA elevado, a biópsia positiva, e já há o diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, tem toda uma necessidade de um estadiamento – em que estágio está esse câncer? E aí há um conjunto de exames aos quais a pessoa se submete; tem que fazer tomografia, densitometria óssea para saber se ele já saiu dali, se é um câncer violento que dá metástase para os ossos, para o pulmão, para o fígado... Nesse estadiamento é preciso fazer alguns exames complexos. E ele foi orientado, no próprio hospital, a voltar para o centro de saúde para marcar todos esses exames, quando ele já tinha conseguido vencer a barreira do acesso e chegando a um profissional especializado, a um clínico especializado. Isso não foi só com ele, já presenciei tal fato em outros casos em que as pessoas chegam ao especialista e se exige um exame mais complexo para se ter a certeza de determinado diagnóstico. Então a pessoa é orientada a voltar para a porta de entrada do serviço, que é o centro de saúde, para começar todo o procedimento de marcação de exame e tal. Eu quero, se vocês toparem esse desafio, que possamos ouvir: como é que essas pessoas se sentem, as que participaram da Oitava Conferência, que levantaram o crachá aprovando o acesso universal, e que depois embasou os constituintes a colocarem na Constituição... Como é que elas se sentem quando, semelhante ao que ocorreu com meu irmão, se vêem numa situação como essa? Ou, se for um usuário (homem) que possui uma esposa que necessita ou necessitou, em algum momento, de uma intervenção do

## Entrevista

angiologista porque ficou cheia de varizes? Ou porque teve um filho que precisou fazer um exame mais complexo de otorrinolaringologia, ou ainda teve uma crise de desmaio e precisou acessar um neurologista? Como é que elas se comportam, como estão se sentindo hoje, já que, em 86, na época da Oitava Conferência estavam cheios de sonhos, aprovaram que o acesso universal era importante, se encantaram pelo sistema que construímos na Constituição de 88... Será que elas continuam encantadas? Estou fazendo esse questionamento. E o que podemos fazer para reencantar essas pessoas, se por um acaso perderam esse encanto? Ou até para encantar novas pessoas que não tiveram o privilégio que tivemos de vivenciar 86, 87, 88, 90 (na época da lei 8080, da 8142)? O que fazer para encantarmos aqueles que chegaram depois de nós, mas que hoje convivem com um sistema que ainda tem dificuldades?

**T.A** – Este é um grande sonho?

**A.A**– Eu continuo sonhando, pois pelo balanço vemos que avançamos muito. Continuo sonhando com um Conselho de Saúde qualificado, estruturado, respeitado, com Conselheiros qualificados para fazerem intervenção, podendo compreender, numa linguagem mais simples, o que vem a ser um orçamento para a saúde, podendo ter a possibilidade de... Na Secretaria em que trabalho estamos num projeto de inclusão digital, com essa perspectiva de qualificar o Conselheiro, para que ele possa, de fato, ter essa compreensão, ser inserido no mundo da Internet, da informática. Que ele possa compreender essa dimensão do mundo virtual, e receber uma mensagem quando o Fundo Nacional disparar um clique, repassando um recurso para o seu Município, para ele poder ser alertado de que está chegando tal recurso, tal programa, tal ação. Que ele possa, claramente, acompanhar a aplicação adequada desse recurso. Este continua sendo o meu sonho: um Conselho onde, ao se deliberar e aprovar uma resolução, que ela seja homologada e respeitada pelo gestor que está ou que vai entrar, que possa prestar contas de três em três meses, como a Lei de Responsabilidade Fiscal determina para os Conselhos de Saúde, ou de quatro em quatro, como a Emenda 29 prevê. Que se veja o Conselho de Saúde como um grande parceiro da gestão, e não como um inimigo da gestão. Que possa ter a responsabilidade de aceitar as demandas levadas aos usuários; que possa trabalhar e ver isso como um estímulo para determinada política, e não para ampliar a questão de cooptação para ter seus projetos pessoais aprovados. Eu vejo um grande desafio de você garantir a plenitude do que significa “acesso universal”, a ação integral que eu, como cirurgião, já num campo mais especialista do atendimento... Mas que atenda as pessoas, não

pensando apenas no campo da minha ação enquanto cirurgião. Que eu possa perceber que diante de mim, no atendimento individual... Que me façam perceber que existe um ser humano com um sentimento, que ele é completo, tem uma esposa, tem filhos, uma família, um meio social, e que é pressionado constantemente por tal meio social, ou por meios ambientais, ou sócio-econômicos e que, ao pegar uma caneta para fazer a prescrição de qualquer medicamento, tenha a preocupação e saiba qual a possibilidade de aquela pessoa ter acesso àquele medicamento. E se não puder, o que eu posso fazer para ajudar, para fazer com que o serviço o garanta, para evitar uma experiência que vivi em Brasília, no “saúde em casa”, que me tocou profundamente, o que, inclusive me ajudou a levar este debate aos colegas da cirurgia geral do Hospital de Base. Foi quando fui chamado para visitar uma casa. O agente comunitário chamou a equipe e esta me chamou. Eu gostava de participar das visitas domiciliares. Pude presenciar uma jovem que tinha um transtorno mental, vivendo em condições das mais precárias possíveis em uma das cidades daqui, de Brasília. Na época chamávamos de “Cidade Satélite” – era o Recanto das Emas. Ao chegar me deparei com essa paciente jovem com transtorno mental que, portanto, não tinha total domínio de seus atos. Em função disso, ela era abusada por pessoas da própria comunidade – eles a estupravam e tinham, inclusive, relação anal com ela, que possuía um prolapso de reto. E me chamaram por quê? Porque ela foi, teve acesso a uma consulta especializada com o proctologista no Hospital de Base, com membros da minha equipe do Hospital de Base que, sem conhecer a realidade social daquela pessoa, sem ver que era um ser que precisava de outra atenção também, prescreve para ela pomadas e banho de assento morno tantas vezes ao dia, quando eu constato que naquela casa não tinha nem água encanada. Era de uma família que não tinha emprego, o hospital não oferecia o medicamento prescrito... E eu fiz questão de levar este colega proctologista para visitar esta paciente. Quer dizer, com que realidade trabalhamos nos ambulatórios e tomamos determinadas atitudes, fazendo determinadas orientações às pessoas, e que não vão servir para nada? Pelo contrário, vai aumentar a angústia da família que vai ficar com a dor na consciência, porque foi ao médico, acessou um profissional especializado, recebeu uma orientação e não pôde dar cumprimento porque não tinha condição. Esse caso me marcou profundamente e me mostrou – eu discuti isso com a equipe, com os residentes – que o princípio da integralidade é você ver as pessoas como um todo, fazendo promoção e prevenção, o que se faz em qualquer nível de atendimento, desde o básico até o de maior complexidade. Se um cirurgião cardíaco, até ao fazer um transplante (que seria um dos procedimentos mais complexos da sua especialização), não trabalhar na prevenção de saúde e

na prevenção de doenças, basicamente seu ato não vai servir para muita coisa, pois a pessoa vai voltar com outras complicações, com outros problemas. Então esse atendimento, a atenção integral, o princípio da integralidade de você ver a pessoa como um todo, aplicando a questão da promoção e da prevenção que se faz em qualquer nível de complexidade, também é um desafio que está colocado hoje, para todos nós, além do controle social. O princípio da equidade nos remete a essa luta constante e freqüente, de você ter assegurado... E a sociedade brasileira tem que fazer essa opção de recursos suficientes para que você financie as ações, senão não garante esse princípio tanto de ter acesso a um transplante (quem tem mais ou menos, independente da sua condição), como atender esses Municípios que hoje só sobrevivem com FPM. Como é que podemos chegar lá? Seria o Estado assegurar, ou a própria União? São esses os desafios colocados. Acredito que temos de continuar sonhando que são possíveis de serem assegurados. E isso continua a me estimular com o mesmo estímulo que eu tinha quando participei da Oitava Conferência. Creio que seja possível, nos vinte anos para frente, chegáramos a este estágio de poder bater no peito e dizer com orgulho: “o Brasil tem o melhor Sistema Público de Saúde do mundo – é democrático, participativo, generoso, solidário e acolhedor, e com um financiamento adequado”.

**T.A** – Para finalizarmos, diante deste seu desafio democrático, como é que a Secretaria, hoje comandada pelo senhor, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa pode contribuir para o exercício do coletivo, de uma gestão de fato democrática e participativa, isso assegurados os direitos e deveres do Sistema Único de Saúde para todos os brasileiros?

**A.A**– Essa Secretaria que você citou tem um nome comprido, não é? Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ela é oriunda de outra Secretaria que se chamava Secretaria de Gestão Participativa. Quando o Presidente Lula ganha a eleição em 2002 e designa para coordenar uma equipe de transição, na área social, o companheiro Humberto Costa, e que depois seria escolhido como Ministro de Estado da Saúde do primeiro ano de governo, eu tive o privilégio de participar dessa equipe, juntamente com a Fátima Souza, com a Maria Luiza, com Gastão Wagner, com Sérgio Aruch e tantos outros, como Jorge Solla, com alguns que ainda estão aqui, no Ministério da Saúde, e outros que estão em outras fronteiras. E, naquele momento, naquela ocasião, já se discutia a necessidade de se fazer uma reformulação no Ministério da Saúde para se conduzir a construção do sistema de saúde, de um governo democrata e popular eleito, como foi o do Presidente Lula em 2002. Aí o Humberto é

designado Ministro e partimos para definir a composição da equipe. Eu tive o privilégio de assumir a chefia do Gabinete do Humberto, naquele momento, junto com o Gastão na Executiva, com o Solla na Secretaria de Atenção à Saúde, a Maria Luiza na Gestão do Trabalho de Ação e Saúde, o Hermógenes na Ciências e Tecnologia, já na perspectiva de uma nova estrutura interna. O Ministro, então, num debate com o Sérgio Aruch e na reformulação, cria a Secretaria de Gestão Participativa que, naquela época, tinha dois departamentos: um, que era um grande canal de comunicação – o departamento de Ouvidoria Geral do SUS – criando, inclusive, o “disque Saúde” como uma grande ferramenta de interlocução com a sociedade; e o departamento de acompanhamento do processo da reforma sanitária. O Sérgio Aruch, então, é nomeado para coordenar essa Secretaria, ou seja, o Sérgio foi o primeiro Secretário dessa Secretaria. Por obra do destino o companheiro Sérgio acaba sendo vítima de uma doença grave. Ele teve um câncer, ficou pouco tempo na frente da Secretaria e, infelizmente, houve a grande perda – ele veio a falecer dois anos depois. E essa Secretaria, que foi criada, inspirada e conduzida por ele, passa a ter como se fosse um “definhamento” aqui, dentro do Ministério, até pela complexidade do desafio que assumimos, querendo fazer muita coisa... Assim, é uma Secretaria que acaba tendo um processo, não do fortalecimento que ela merecia. Foi uma Secretaria que continuou na estrutura, mas não mais com o arrojo que deveria ter, até porque foi um grande baque para todos nós a perda do Sérgio. Acho que isso contribuiu muito com a fragilização da SGP. O Humberto saiu e depois eu fui para a Secretaria Executiva, em dezembro de 2004, e fiquei até julho. Aí vem o Presidente, faz uma reforma ministerial, e entra o Ministro Saraiva Filipe, o qual também havia contribuído com a construção da Oitava Conferência, da extinção do INAMPS e da construção do SUS. O Saraiva Filipe me convida para continuar em sua equipe, e me oferece para assumir a Secretaria de Gestão Participativa. Com a experiência que eu havia tido de chefia de gabinete e depois de Secretaria Executiva, trago uma proposta ao Ministro Saraiva de uma reformulação da SGP e, sem ampliar cargos, com a mesma estrutura administrativa que tinha, faço a proposta de se ampliar a estrutura da Secretaria, criando quatro departamentos. Continuaria o Doges, transformo o Departamento de Acompanhamento da Forma Sanitária no Departamento de Apoio à Gestão Participativa (da AGEP), trago para dentro de tal Secretaria o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, que até então, estruturalmente, era vinculado ao Gabinete do Ministro, mas funcionalmente estava vinculado a SAES (de Atenção à Saúde), e propunha a criação de um departamento novo. Pela experiência que tive, percebemos a necessidade de termos um Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

## Entrevista

(que é o DEMAGS). O DOGES, hoje, é coordenado pelo Adalberto Fulgêncio, o companheiro servidor do Ministério da Saúde, com larga experiência no campo da gestão, cujo apoio à gestão participativa é coordenado pela Doutora Ana Costa, a qual também é uma servidora do Ministério e já foi até do MESPRA(?), da UNB e ainda participou do processo da reforma sanitária. O DENASUS é hoje coordenado pelo companheiro Luis Carlos Bolzan, que vem de uma experiência municipal, do interior do Rio Grande do Sul, como Ex-Presidente do Conselho de Saúde do Rio Grande do Sul, e também de representante do CONASEMES (no Conselho Nacional de Saúde). E há o DEMAGS, coordenado pelo companheiro André Bonifácio, o qual havia sido Secretário Municipal de Campina Grande; coordenou o Departamento de Apoio à Descentralização quando fui Secretário Executivo do Ministério. A lógica, quando construímos essa Secretaria – que teve uma participação efetiva do Conselho Nacional de Saúde – é a de ser a única Secretaria que tem uma estrutura aprovada em tal Conselho. Não é obrigatório o Ministério submeter ao Conselho... O Executivo não precisa submeter a um órgão de controle social, aos Conselhos de Saúde, a organização de uma estrutura administrativa. Mas por ser uma Secretaria que já vinha com o desafio (e depois teria mais ainda) de estar apoiando permanentemente o controle social, fortalecendo o controle social, buscando assegurar o fortalecimento do Conselho Nacional de Saúde, fazendo essa interlocução do Conselho com o Ministério da Saúde, avaliamos que seria importante o Conselho participar da construção deste processo. Então o Conselho aprovou a estrutura. Inclusive, a própria redação do decreto, que deu as competências da CEGEP hoje, foi a de ter a participação de Conselheiros na sua elaboração. E depois eu fiz questão de levar para ser aprovado no plenário do Conselho Nacional de Saúde. A concepção foi esta: precisávamos de uma Secretaria com uma estrutura que pudesse trabalhar com essa relação, entendendo que o controle social é uma das espinhas dorsais do SUS. Um dos tripés do SUS é o controle social, uma estruturante importante. Assim, precisávamos ter um departamento que cuidasse dessa relação, que pudesse buscar apoio permanente, respeitando a autonomia e a independência dos Conselhos, um departamento que pudesse funcionar para ser os ouvidos onde se canalizasse as demandas, que é a Ouvidoria, que pudesse auscultar, encaminhar, cobrar de quem fosse necessário aquilo que a população pudesse manifestar por meio de um “disque Saúde – 0800”, e também fornecer informações que pudessem facilitar a vida das pessoas. Temos um banco de dados riquíssimo, em que as pessoas podem acessar, via um sistema de unidade à resposta audível, gravado, que é um banco de dados da Ouvidoria. Que tivéssemos um departamento que construísse indicadores capazes de sinalizar,

tanto o controle social como para a gestão, quando as políticas tivessem bem ou não, para sinalizar que era para fortalecermos essa relação da gestão – é o Departamento de Monitoração e Avaliação. O outro departamento era aquele que, identificado esses indicadores, se houvesse uma necessidade de uma mudança, de um apoio, captando a demanda via ouvidoria ou via controle social dos Conselhos de Saúde, que pudesse ser acionado para isso, e que fosse o nosso braço operacional e que ordenasse o SUS. Então essa foi a lógica da construção da CEGEP. Muitas vezes a estrutura que você vê não mostra o porquê, por exemplo, de ter isso aqui. Foi essa a lógica, e aí buscamos de que forma podemos contribuir para fortalecer esse processo. E nós, numa parceria com a ENSPE(?) (do Conselho Nacional de Saúde), o Conselho criou um grande programa de inclusão digital dos Conselhos, e a CEGEP, então, é viabilizadora, materialmente, financeiramente e também tecnicamente da execução junto ao Conselho, desse grande programa que tem a parceria do CNS, do ENSPE (que por enquanto é um projeto piloto) e CEGEP. Nossa meta é estruturar, do ponto de vista físico, os Conselhos de Saúde. Hoje ainda temos Conselhos de Saúde que não têm sala para funcionar, não têm um espaço físico. Dentro do projeto fizemos uma grande distribuição – compra de equipamentos, como computador, impressora... Estamos agora fechando uma parceria com o canal saúde de antena parabólica e com a televisão de 32 polegadas, DVD, gravador de DVD; e uma parceria com o MINICOM (o Ministério das Comunicações), buscando garantir conectividade, para que cada Conselho tenha estrutura, para que possa ser ligado e ter conectividade. E nessa parceria com a ENSPE, num projeto piloto, estamos construindo um grande programa de capacitação de Conselheiros. Nossa meta é, elaborado o projeto piloto, construído o modelo, trabalhar um grande projeto de educação à distância com os Conselheiros, chegando a 2010 na perspectiva de levarmos isso para 110 mil Conselheiros em todo o país. Por enquanto estamos trabalhando com os Conselheiros dos Estados e com os nacionais de levar essa proposta para 100%. Então queremos ter como produto Conselheiro que possa ter noção de informática, ter possibilidade de acessar (com um computador, uma ferramenta para isso), conectividade para que ele possa ter acesso à internet, e que tenha preparação para ser formado e buscar informação no âmbito da saúde. Como é que ele pode acessar um portal da transparência, um portal do Ministério, ter acesso ao Fundo Nacional da Saúde, saber como é que ele busca a informação dos recursos que estão indo, para quê estão indo... Como é que ele pode se comunicar com outros Conselhos, investindo numa grande rede nacional de Conselho de Saúde nessa perspectiva da troca de experiências, da comunicação, do fortalecimento das ações; como ele pode remeter uma denúncia de suspeita



de má utilização de recursos para o Ministério Público (Estadual ou Federal); como ele pode acessar o site do Tribunal de Contas do Município (quando tiver), ou do Estado, ou mesmo o TCU, o Congresso Nacional, a Câmara Legislativa, a Assembléia Legislativa, a Câmara de Vereadores, ou seja... E aí vem um sonho nosso (de vinte anos), de termos um Conselho de Saúde com outro perfil do que temos hoje. A CEGEP, então, dá todo o suporte para o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, fazendo essa ponte de apoio permanente. Hoje estamos numa perspectiva de informatização completa. Todo Conselheiro titular de lá, hoje, tem um laptop à sua disposição. Basicamente não existe tramitação de papéis nas reuniões, tudo se dá por via eletrônica. E para o Conselheiro que não souber trabalhar com o computador, ofertamos essa possibilidade via DATASUS (aqui, no Ministério). Ele pode ter o curso que for necessário para aprender a trabalhar com o computador, mas a maioria sabe. Na última reunião distribuimos um pendrive para cada Conselheiro, de dois giga, para que se pudesse levar para suas entidades as informações disponibilizadas ali. Hoje, a reunião do Conselho é transmitida em tempo real (via internet) para todo o Brasil, para todo mundo. Você, da UNESP, pode acompanhar a reunião do Conselho. Estamos adquirindo as antenas parabólicas para que cada Conselho do país possa ter a possibilidade de acompanhar videoconferências, acessar o Canal Saúde, a Empresa Brasileira de Comunicação (que é do Governo Federal) – a EBC – e todo o mecanismo de transmissão da televisão pública. É essa a perspectiva. Queremos criar alguns indicadores de avaliação que queira um Conselho de Saúde. O que é um Conselho de Saúde em pleno funcionamento? O que significa isso? Um indicador que avalie a gestão democrática deste Conselho – se o presidente é eleito, se é indicado, como se dá o processo de escolha dos membros do Conselho? Tivemos um trabalho com a FIOCRUZ também que já nos dá alguns indicadores, e que estão em funcionamento agora – pelo DATASUS – e depois vamos viabilizar isso para colocarmos na página da Secretaria. Há o apoio permanente às Conferências, às plenárias de Conselhos... Então a CEGEP tem essa vocação, disponibilizando senhas de acessos a relatórios de auditorias, nas quais o Conselheiro Nacional que já foi disponibilizado para o Conselho possa ter acesso a qualquer relatório de auditoria que for feito, em qualquer lugar do país. O Conselho Estadual, nesta meta, está disponibilizando senha para que os Conselheiros Estaduais possam ter acesso ao relatório de auditoria do Estado – quando ela for realizada no Estado. E o Conselho Municipal deverá ter a possibilidade de acesso a qualquer auditoria feita pelo DENASUS naquele Município. Isso, no sentido de tornar transparente uma ação efetiva do DENASUS, um órgão que faz auditoria, acompanha a uniformidade da aplicação dos recursos. Estão

mudando o processo de trabalho no DENASUS, para que o trabalhador, além de fazer auditoria, seja um parceiro de fortalecer, de apoio técnico aos Municípios que necessitarem, já que estão descentralizados, criando alguns indicadores do Departamento de Monitoramento e Avaliação que também possam ajudar na questão do controle social e na gestão, disponibilizando, por meio de uma ferramenta que foi desenvolvida na Ouvidoria (o Ouvidor SUS), para implantar a ouvidoria do SUS em todo o país, apoiando financeiramente e tecnicamente essa descentralização para, quando o cidadão necessitar ou de uma informação, ou de uma denúncia, de qualquer contato com o SUS, ao ligar para determinado número, que possa, primeiramente, ter a possibilidade de ter, num primeiro contato, acesso com a Ouvidoria do SUS mais perto de sua casa. Quando se ligar para determinado número de três dígitos, não os 0800, porque este é propriedade privada das empresas de telecomunicação. Para trabalharmos com ele temos de comprar, pagar por este serviço. Mas quando se pega um acesso tipo o de três dígitos com semelhança do 192 (que é ligação gratuita), mas também o Estado não paga por ele. Queremos que o sistema permita, ao acessar esse número de três dígitos, com que haja um desvio para uma ouvidoria mais perto de sua moradia. Se ele está reclamando da dificuldade de uma consulta, ou de maus tratos em um serviço numa Secretaria Municipal de Saúde, a primeira responsabilidade de correção ou de solução deste problema é na gestão municipal. Então, que essa ligação possa remeter para a Ouvidoria Municipal do SUS no Município, ou no Estado, ou (no nosso caso) na União. Aí apoiamos tecnicamente a construção de um sistema nacional de ouvidoria com kits que disponibilizamos, que financiamos para o gestor que queira implantar uma ouvidoria do SUS. Disponibilizamos esse programa chamado “Ouvidor SUS”, o qual foi desenvolvido pelo DATASUS em parceria com a Ouvidoria (com o DOUV – Departamento de Ouvidoria), e está aí para ser utilizado. No campo da auditoria nossa meta é também construir um departamento nacional de auditoria, no qual o Estado tenha um componente (de responsabilidade do Estado), que possa fazer primeiro o trabalho dentro no Estado. E que o Município possa – se não no Município, mas numa região – haver a rede solidaria, a qual é fundamental para que também fique cada vez mais perto do cidadão, respeitando a lógica do SUS que é: o SUS tem que ter serviços organizados, os mais próximos dos locais onde as pessoas residem e moram, e têm a sua relação social, que é o Município, o Estado e depois a União. Assim, trabalhamos nessa perspectiva e é esse o papel da CEGEP, é esse o trabalho que estamos construindo quando aprovamos uma política nacional de gestão estratégica e participativa chamada de “Participa SUS”, que prevê o fortalecimento desses componentes, dessas estruturas, no controle social

## Entrevista

de apoio à gestão, capacitando gestores também para que possam ter essa compreensão, no aspecto do entendimento e da prática de que SUS só é possível se avançarmos primeiro com a solidariedade nos três níveis de gestão – municipal, estadual e federal. Depois com a participação dos trabalhadores, os quais são os grandes executores das políticas. E com a participação, também democrática, daqueles para os quais tanto os serviços como as ações são destinados – são os usuários e a população em geral. Essa compreensão e essa prática permanente é que constituem nosso programa de gestão política de estratégica. É a nossa meta de atingimento, enquanto estivermos com a demanda do CEGEP.