

## CEBES entrevista José Gomes Temporão, ministro da Saúde<sup>1</sup>

CEBES interviews José Gomes Temporão, the Health Minister



No ano passado, a atual Diretoria Nacional assumiu a entidade com uma proposta que ficou conhecida como 'Refundação do CEBES'. Uma proposta que não se restringe a nós, mas que tem como objetivo a retomada do movimento da Reforma Sanitária brasileira. Afinal, em 2006, o CEBES e a revista *Saúde em Debate* completaram 30 anos, com uma contribuição indiscutível para a construção do pensamento e das práticas críticas e transformadoras em saúde neste país. A Refundação é a reafirmação do projeto plural e não partidário do CEBES, projeto este comprometido com a construção da democracia e da saúde enquanto um processo instituinte de permanente reinvenção da sociedade. Dentre os muitos projetos da Diretoria no contexto da Refundação, julgamos importante resgatar e preservar a história do próprio CEBES, o que gostaríamos de ter feito ainda quando contávamos com a companhia de David Capistrano, um de seus fundadores, Eric Jenner Rosas, Sergio Arouca e mesmo com Eleutério Rodrigues dentre muitos outros companheiros. Afinal, apesar de todas as crises, das numerosas dificuldades, foram editados 71 números da *Saúde em Debate* e 40 da *Divulgação*, além de vários títulos de livros e documentos.

Denominamos este projeto de 'Memória do CEBES' e é com muito otimismo que damos início a ele entrevistando o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, *cebianos* de primeira hora, presidente nacional no período 1981-83, e membro da Diretoria Nacional em várias gestões. O ministro Temporão fala da importância do CEBES

no início de sua formação médica e política, de suas vivências como sanitarista e de suas metas e projetos, estratégias e obstáculos à frente do Ministério da Saúde. Fala, ainda, da 13ª Conferência Nacional de Saúde e das fundações estatais de direito privado.

Mas, o melhor é ouvir tudo do próprio ministro.

**Sonia Fleury – Você pode imaginar nossa satisfação em recebê-lo aqui, um ministro *cebianos*! Com esta entrevista, inauguramos o Projeto Memória do CEBES. Fale sobre sua experiência no CEBES, e o que você acha que a mesma agregou à sua trajetória política e profissional?**

**José Gomes Temporão –** Primeiro, queria agradecer o convite e manifestar minha alegria de estar aqui nesse debate com os companheiros *cebianos*. Tudo começou quando eu estudava medicina na UFRJ. No início do segundo ano, eu tinha um amigo, o Gerson, um ginecologista, que me convidou para trabalhar em Nova Iguaçu, na Maternidade Nossa Senhora de Fátima. Eu dava plantão com ele nos domingos. Gerson foi o primeiro médico que conheci que me mostrou como se dá a relação médico-paciente. Não foi na faculdade que aprendi isso, foi lá na Baixada. Comecei a aprender muita coisa com ele. Naquela época, eu não tinha muita idéia do que ia fazer; achava que ia fazer clínica médica. Vivíamos na ditadura. Então, havia aquele clima complicado na faculdade, também. Ali, na Baixada, eu tinha um contato muito próximo com a situação social – que já conhecia desde a época que trabalhei no

<sup>1</sup> A entrevista foi gravada nos estúdios do Canal Saúde, no dia 7 de julho de 2007, cujo vídeo comporá o acervo histórico do Projeto Memória do CEBES. Excelente oportunidade para agradecer à generosidade e à competência técnica de todos os profissionais do Canal Saúde e do Centro de Documentação da ENSP (CEDOC), que participaram da gravação. Pelo CEBES, participaram Sonia Fleury, Ligia Bahia, Francisco Braga, Luiz Antonio Neves, Lenaura Lobato e Paulo Amarante.

Projeto Rondon, que acabou desaparecendo, e que foi importante também. Esta vivência começou a me despertar uma visão mais crítica, um contraste entre o que se via na formação médica e o que acontecia na prática, na periferia. A política estudantil me aproximou de muitas pessoas, uma delas o Emílio Mira y Lopes, que conhecia um casal de médicos que trabalhava em Padre Paraíso, em Minas Gerais, onde passei um mês de férias. Peguei minha Brasília e, junto com minha esposa, Liliane, e dois amigos médicos, fomos para lá. No pequeno hospital, fazíamos um trabalho de mobilização na comunidade. Um dos amigos era mestrando da UFRJ na área de esquistossomose e utilizava o teatro e abordagens interessantes para trabalhar a questão da organização da sociedade em torno das questões de saúde. Por meio do Emílio e do um aluno dali, organizamos uma semana de debate científico com o Arouca, na UFRJ, o que foi muito interessante para nós. Antes, havíamos levado o João Saldanha, e depois do Arouca, foi a vez da Ana Tambellini. Mas o Arouca falou as coisas maravilhosas de sempre e, quando terminou o encontro, comentamos com os alunos: Rapaz que coisa incrível! Fantástica! Não entendi nada, mas é muito importante a determinação social, o modo de levar a vida. *Naquela época, eu não militava no Partido Comunista, mas já conhecia muitos militantes. Por volta de 1965, 66, o David Capistrano pensou em lançar, em São Paulo, uma revista que transmitisse para a sociedade uma nova maneira de pensar a saúde. Eu já estava muito perto do Movimento de Renovação Médica no Rio de Janeiro. As primeiras reuniões para estruturar o CEBES eram em Copacabana, na sede da Associação dos Psicólogos. Tinha o Jaime, o Arouca, entre outros, e eu ficava maravilhado com aquela proximidade e é ali que decido fazer saúde pública.* A partir daquele momento, começo a me envolver com o CEBES. Nós nos organizávamos como o Núcleo do Rio. As primeiras discussões eram intermináveis... o que seria mais importante, a questão do trabalho sindical ou o movimento cultural? Entre 1976 e 77, entro para o PC e, na época, o CEBES passa a ser um importante espaço de atuação comunista. Para mim, o CEBES foi uma escola política, foi neste espaço que aprendi a fazer política. O interessante é que o Cebes era quase que a única voz que analisava criticamente as políticas do governo. Nosso grande arauto era o Carlos Gentile de Mello, que viajava pelo país inteiro e tinha uma coluna na *Folha de S. Paulo*. Ele repetia, incessantemente,

que a Unidade de Serviço era um fator incontrolável de corrupção. Eu me lembro de várias comissões, inclusive a comissão de saúde do trabalhador, na qual também trabalhei, com o Fernando Szklo e a Isabel Picaluga. O CEBES não ficava só no movimento cultural, na discussão teórica. Fomos para a favela da Maré onde abrimos um ambulatório. Neste período o CEBES cresceu muito. A revista expressava com clareza as inquietações e insuficiências da nossa capacidade de avaliação do cenário, e crescia pelo Brasil inteiro. Toda segunda-feira havia reunião do CEBES, na avenida Churchill. Não consigo pensar na minha formação política, e como sanitarista, sem o CEBES. O CEBES foi uma escola fundamental. Depois, veio a luta política, a luta por hegemonia. Entramos no Estado com a Nova República, e aí já foi outra história, uma nova trajetória, mas nunca perdi os meus vínculos. Sempre participei dos conselhos do CEBES. Mais recentemente, até voltei a ser presidente e vice-presidente. Fico feliz pelo fato de a Sonia Fleury ter assumido a presidência com a missão de Refundação. Se imaginarmos que essa nova etapa na Reforma Sanitária é uma luta que vai atravessar gerações, que essa nova etapa inclui um ministro *cebi-ano* e a Sonia, reassumindo a presidência, então, vale lembrar o Gentile, que dizia que somos 'otimistas incorrigíveis': as coisas vão mudar!

**Sonia Fleury** – Muita coisa mudou desde quando formulamos o projeto da Reforma Sanitária, a própria conjuntura política mudou. Mas, dos valores fundamentais daquela época, não dá para abrir mão, certo?

**José Gomes Temporão** – Naquela época, tínhamos disponibilidade total para a luta política. Naquele momento, quando começamos a organizar o CEBES, eu estudava e ponto. Quando não estava estudando, estava no CEBES, ou no partido, na luta. Nós nos especializamos, fizemos doutorado. Tudo muda. Mas há coisas que não mudam. Por exemplo, desde o início, quando eu estava me preparando para ser ministro – sem saber se o seria, porque as informações que eu recebia eram de que seria indicado, porém não recebia nenhuma informação oficial, me dediquei a pensar assim: bom, se eu for ministro, o que pretendo fazer? E tinha pronto um livro maravilhoso, chamado *Quase ministro ou O dia em que for ministro*, mas eu virei ministro. Nessa hora, pensei em resgatar o documento *A ques-*

*tão democrática na área da saúde* que o CEBES encampou e levou para o 1º Simpósio de Política de Saúde da Câmara, que é uma carta de princípios. Nos anos 1970, exatamente quando a saúde foi contaminada por saberes que vêm dos campos sociais, da economia, filosofia, antropologia, trabalhávamos muito a questão da determinação social. O olhar era muito mais político: de que maneira a sociedade produz e reproduz as condições de saúde e doença, e o que está por trás deste processo. Nesta trajetória, até pelo fato de a grande tarefa ser a estruturação do SUS, nós migramos mais para uma missão operacional, mais instrumentalizadora. Tínhamos que formar gestores, formar pessoas que pensassem e organizassem os serviços. O resgate desse princípio fundamental foi ter a saúde como um espaço importantíssimo de pensar, refletir e criticar a estrutura da sociedade – tais como para onde ela caminha e o que está por baixo do conjunto de determinações, de sobre-determinações, o que cria injustiça, o que cria sofrimento, o que cria miséria, desigualdade, iniquidade, preconceito. Nós trabalhávamos com isso, lá. Penso que é fundamental trazer de volta – claro que numa outra dimensão, onde atualmente inserimos a questão da intersectorialidade de governo – a questão da transversalidade, já que hoje temos instrumentos não disponíveis lá atrás, inclusive os comunicacionais. E esse é um dos pontos. Os outros pontos centrais da reforma, como a democratização do controle social, a participação da sociedade na formulação e na gestão das políticas, a questão da universalidade, da equidade e do direito à saúde como um bem essencial, são absolutamente valiosos e atuais. Não perderam sua atualidade de maneira nenhuma. Vejo isso com muita clareza. A agenda que construímos naquele momento, é claro que num outro contexto, nós avançamos. Crescemos e aprendemos muito, porém, o Brasil mudou, entretanto, sabemos que o Brasil continua com os mesmos problemas estruturais daquela época, com desigualdades e injustiças. Portanto, nossa agenda continua atual. Se alguém colocasse na minha frente aquela agenda do CEBES, eu a assinaria novamente, sem medo nenhum de errar.

**Sonia Fleury – Vamos falar mais da retomada do projeto da Reforma Sanitária e do significado de estarmos aqui, companheiros e companheiras da sociedade civil e do governo. Nessa trajetória, tivemos perdas importantes, afetivas e políticas, como a morte do Sergio Arouca, do Eric Jenner Rosas, do David Ca-**

**pistrano, da situação do Eleutério, companheiros que foram importantes para construir a unidade afetivo-política que temos. E falando um pouco dessa unidade de foro político, vamos tentar discutir a retomada da Reforma, as mudanças que, nesse patamar, se evidenciam com o Ministério. Com que forças políticas você conta para isso? Percebemos o seu movimento político de abrir e ampliar, da aproximação com empresários, com a mídia, mas há alianças históricas dentro deste setor, que de alguma forma precisam ser revisitadas e revitalizadas. Propomos, a partir disso, abrir esse bloco de questões.**

**Lenaura Lobato – Falávamos dos valores da Reforma que ainda estariam presentes em nossa agenda política. Você diria que a idéia da seguridade social, como colocada na Constituição, ainda é atual, ou precisaria ser repensada, redefinida? Em que bases seriam, já que isso é uma questão mais geral a partir da qual pensaríamos as alianças?**

**José Gomes Temporão –** Ela é atualíssima, estamos no processo de regulamentação da Emenda 29. Nós nos debruçamos muito sobre a análise do orçamento setorial, e a constatação da perda dessa visão mais organizada do ponto de vista social. Infelizmente não avançamos nesse sentido. O que aconteceu foi uma fragmentação desse processo, inclusive num ponto de vista que tínhamos colocado na lei. Até fizemos um cálculo: quando houve a interlocução do processo de repasse de financiamento da Previdência Social para o financiamento da saúde, essa passou a ser custeada pelos recursos do Tesouro. O que tivemos foi uma perda real de recursos. Logo depois, tivemos essa proposta de recomposição através do ICMF, com o ministro Adib Jatene não conseguindo avançar, só retendo 40% dos recursos destinados para a área de saúde. Depois, o ex-ministro Serra, com a Emenda 29, faz uma nova tentativa, de pelo menos garantir pisos constitucionais para a saúde. Não percebo esta questão na agenda política. O fato de ela não estar sendo colocada é complexo. Porque quando entrei para o ministério, evidente que o Presidente era muito focado na tradição da FIOCRUZ, dos sanitaristas. Contudo, a análise passou por questões que eu não saberia dizer, mas que o CEBES recoloca nas suas propostas de análise. A importância de colocar na agenda e na pauta, diria que hoje ela está fora das questões do governo, não consigo perceber essa discussão.

**Sonia Fleury** – O financiamento da seguridade social é um aspecto complexo. Mas, se retomarmos, politicamente, organizando de uma Conferência Nacional de Seguridade Social, outras formas, menos pelo aspecto financeiro, ameaçariam menos o governo e poderíamos abrir um espaço. Talvez até retomarmos pelo lado dos determinantes da saúde. Porque, na realidade, toda essa construção da seguridade social vem daí, da idéia de que não pode ser só saúde. A pergunta seria, já que o ministro retomou este aspecto fortemente no seu discurso, quais serão as alianças necessárias para coibir a propaganda de bebidas alcoólicas, de alimentos nocivos à saúde?

**José Gomes Temporão** – O primeiro passo foi procurar a Frente Parlamentar de Saúde, para me colocar ao lado dela na discussão do financiamento e regulamentar a questão da Emenda 29. Até porque a proposta que vou apresentar significaria ampliar muito os recursos federais para os gastos setoriais. Nos anos 1980, o gasto federal era em torno de 70% e 80%. Atualmente, houve uma redução do gasto federal e aumentaram muito os gastos municipal e estadual. Hoje, o ministério tem um gasto federal que é a metade do gasto setorial público. Estamos apresentando uma proposta para que, até 2010, aumentem significativamente os recursos federais. A idéia é acoplar o plano que estou desenvolvendo, que podemos discutir com o Presidente, para obter esse resultado. Não são resultados do ponto de vista epidemiológico. São resultados de criação de empregos e recolhimento de impostos. Para isso, preciso mudar radicalmente. Em geral, pedimos dinheiro, em tese: Preciso de mais dinheiro porque está subfinanciado, o setor privado está quebrado. Mas o que se vai fazer com este dinheiro? No Parlamento terão debates importantes sobre a questão do aborto, os medicamentos de alto custo, a questão da propaganda de bebidas alcoólicas. Outro movimento é a questão do empresariado produtivo da área de saúde. Criamos o COMSAÚDE, um fórum para tratar das políticas e essas relações. A questão do planejamento familiar e do aborto levanta uma rede de entidades e forças que estavam meio adormecidas: os movimentos feministas com suas múltiplas visões. O licenciamento compulsório traz de volta toda a questão das Organizações Não Governamentais do campo da AIDS, mais do que isso, mostra a falência da política de proteção patentária no que diz respeito ao acesso das sociedades dos países pobres e em desenvolvimento ao co-

nhecimento gerado. Do jeito que as coisas vão, a tendência é que fiquemos completamente alijados do acesso. Um exemplo prático, não entrando no mérito, é a vacina contra o HPV. Não vou discutir se ela é adequada, porém custa 1 bilhão e 800 mil reais incluir a vacina no calendário brasileiro. Este preço é colocado pelo detentor da patente. A outra questão que não conseguimos avaliar é a necessidade de um relatório sobre a repercussão da política de saúde brasileira no exterior. Há uma curiosidade dos mais diferentes países sobre o que está acontecendo aqui. Estou atuando, também, junto aos governadores. Tento conciliar a agenda dos governadores com o teto-tabela. A idéia é sempre levar para eles uma agenda estruturada e ampla sobre a atenção básica. Por exemplo, alguns governadores estão apoiando a extensão da licença-maternidade de quatro para seis meses. Agora, o Eduardo Campos acabou de aprovar, em Pernambuco, o benefício para o funcionalismo público. Então, estou nessa atividade com os governadores. Alguns deles são muito fechados em algumas propostas. Mas os governos de Pernambuco, Alagoas, Rio, estão muito afinados com essa coisa da reforma do estado, com a questão da promoção, do PSF. Então, foi uma aproximação importante. É evidente que temos de trabalhar com mais determinação e com mais qualidade o espaço do Conselho Nacional de Saúde. Fui até lá para uma participação formal e para falar um pouco sobre minha agenda, e ela foi muito bem recebida em alguns pontos e muito mal recebida na questão das medidas no campo da gestão. Voltando à questão dos médicos. Numa visita à Brasília, com o CFM e AMB, construímos uma gigantesca política de formação dos médicos brasileiros através de um portal, numa parceria entre os médicos e o Ministério da Saúde. Metade dos médicos brasileiros é filiada à Sociedade, metade não. Metade dos médicos brasileiros não tem especialidade, apesar de que a exercem de alguma forma. Para os médicos especialistas, existe toda uma estratégia de qualificação; para os outros, não. Assim, há uma demanda de formação e qualificação. A questão do Conselho e a questão sindical são pontos que temos de trabalhar numa política mais estruturada, mais clara, porque tanto o Conselho, de um lado, e o Sindicato, de outro, são espaços privilegiados para se fazer política.

**Francisco Braga** – Eu queria voltar à questão do financiamento. Ninguém discute a necessidade do au-

**mento do financiamento à saúde. As evidências com base na comparação internacional são bastante claras nesse sentido. Você considera que esse aporte de recurso vai ser suficiente para, de fato, alcançarmos a melhoria na qualidade dos serviços, acesso, de fato, da população ao serviço universal do SUS? Como você vê esse passo na regulamentação da EC-29 e a importância disso no processo de consolidação do SUS?**

**José Gomes Temporão** – É importante essa análise. Quando se faz uma comparação com o Canadá, por exemplo, eles gastam mil e poucos dólares *per capita*; Portugal gasta 1.500 euros *per capita*; já os Estados Unidos, metade do consumo de medicamentos produzidos no mundo se dá ali. Essa comparação é perigosa. Ela pode ser importante politicamente, mas mostra uma distância brutal. Nosso espelho não pode ser um gasto de uma sociedade brutalmente medicalizada, na qual os interesses privados colocam isso de maneira muito clara. A questão de construção de preços no setor é totalmente distorcida. Nós temos que buscar um padrão de poder que dê conta das demandas que a gente quer. Agora, não dá para se discutir essa questão sem discutir o gasto. Não tem jeito. O Banco Mundial lançou recentemente um relatório, bastante interessante, que mostra como o sistema é ineficiente. A gente não pode dizer que 30% dos recursos são desperdiçáveis, não há esse indicador. Não temos um exemplo bem claro. Hoje, grande parte dos hospitais com escala que funcionam como SUS, não têm escala para funcionar como hospital; eles não operam no padrão de custo-efetividade; eles não têm um desempenho razoável, porque não são hospitais. Eles poderiam ser transformados em policlínicas, ou unidades de apoio. Por outro lado, os hospitais com característica regional, fundamentais para a atenção à população, são financiados. E, aí, você entra nas forças que mantêm esses hospitais pequenos financiados e operando em padrões de ineficiência. São forças estritamente locais e paroquiais que são representadas no Congresso e pressionam o ministro. Assim, no meu plano, estamos trabalhando em novas modalidades de arranjos organizacionais que permitam que a rede de serviço de saúde opere em bases de eficiência mais adequada. Então, por exemplo: mais dinheiro para a saúde, sim. Mas mais dinheiro para jogar de novo na alta complexidade, ou para qualificar definitivamente o PSF como estratégia de orientação como porta de entrada única do sistema. Realmente, tenho de ter uma porta de

entrada muito qualificada para a população, sobretudo nas regiões metropolitanas. A idéia é fazer essa porta obrigatória ou não? É uma discussão, na medida que o PSF está começando a entrar nas portas metropolitanas. Veja-se o exemplo de Belo Horizonte, onde se tem ali 500 equipes que mudou radicalmente o padrão de funcionamento. Lá, você tem o Odorico Fortaleza, que está estendendo o processo, mas aqui no Rio você não tem praticamente nada. Em São Paulo tem alguma coisa, mas... Neste ponto, creio que mudam os espaços culturais, a maneira como a população percebe os espaços de serviços distintos. Não adianta querer ficar vendendo um produto. A população procura o hospital. Não adianta querer discutir o que é essa qualidade, recolhimento e salário dos profissionais. Como é que vou querer que o cidadão, um médico, enfermeiro ou fisioterapeuta, se dedique de fato a esse projeto se ele não tem um salário competitivo. Nesse contexto, o que estamos propondo é alentador. Você sairia de um gasto de 80 bilhões para alguma coisa em torno de 120 bilhões. São recursos substantivos que poderiam dar outra conformação a essa questão. Também não dá para discutir a questão do financiamento sem pensar nas modalidades de remuneração dos prestadores. Toda hora que alguém vem me falar sobre a tabela do SUS, eu digo que não discuto tabela. Sou contra a tabela. Quero discutir novas modalidades.

**Ligia Bahia** – Quería que o senhor detalhasse um pouco a questão dos investimentos, sabemos que temos uma dependência interna muito grande nas questões dos medicamentos. Nossa indústria tem dificuldade de alavancar na área de pesquisas. O que o Ministério está pensando no médio prazo para resolver esta questão?

**José Gomes Temporão** – O primeiro ponto foi pensar o seguinte: essa dinâmica setorial é tão complicada que a tendência, em geral, é o governo virar prisioneiro de alguns paradigmas. A idéia era formular uma proposta que seja abrangente o suficiente para que possa estar engajada na questão dos desenvolvimentos sociais. Uma primeira dimensão é a determinação social. A intersectorialidade vem da promoção. Dito assim é muito simples. O que temos de prática sobre isso? No curto prazo, a gente pode pensar em coisas práticas. O presidente Lula está lançando o PAC Saneamento, que vai custar 40 bilhões em quatro anos. Água e esgoto. Outro espaço interessantíssimo é o diálogo que tive com o

ministro da Educação. Estamos detalhando sobre como aproximar o mundo da escola do mundo da saúde, na perspectiva da promoção. Também colocaria todas as relações com saúde e cultura, saúde e esporte, saúde e habitação, saúde e justiça. Coisa que o ministro Tarso Genro está inovando. Existe uma agenda comum que estamos construindo. A saúde, nessa dimensão, envolve trabalhar a questão do alcoolismo, que preocupa muito, pois existe grande tolerância da sociedade quanto à venda do álcool a menores, consumo abusivo, sobre dirigir embriagado, etc. Não há nenhum viés moralista nessa minha posição, até porque gosto de tomar minha cerveja. A bebida é uma coisa totalmente aceitável – aliás, a bebida, historicamente falando, foi um fator fundamental para permitir que as pessoas chegassem até hoje. Mas falo do uso abusivo, temos exemplos recentes, como o desses jovens que agrediram uma moça no Rio de Janeiro; o do atleta que mata seis pessoas, e vai por aí afora. O álcool, numa visão ampla, e fumo também. Estou colocando nesse contexto a questão do planejamento familiar, do aleitamento materno, cesárea e parto normal, a atividade física e alimentação. A agenda de saúde, dentro desse contexto mais amplo, propicia uma série de outras interfaces. Mas eu destacaria a saúde-escola como campo privilegiado para a gente avançar. Essa é uma dimensão. A outra é a da atenção: as pessoas querem ser atendidas com qualidade, com resolutividade. Outro dia, num debate, o pessoal reclamou que uma pessoa esperou quatro dias para fazer uma cirurgia de hérnia. Eu disse que ele tinha esperado pouco, na Inglaterra ele esperaria oito meses. Mas por que na Inglaterra é assim? Porque a qualidade da porta de entrada é excepcional. O cliente é muito bem atendido e com resolutividade, segundo que o inglês percebe no seu sistema como um bem, que foi construído através de gerações. É um direito fundamental. Na área da atenção, há diversas dimensões. Tem como você estruturar as redes, como mudar o padrão de financiamento e remuneração dos serviços, como garantir o acesso aos medicamentos. Hoje, um impacto importante, principalmente nas populações de baixa renda, é o reembolso direto na compra dos medicamentos – que é a estratégia da farmácia popular, a número 1 e a número 2, como nós chamamos. A número 1 é o prédio que a FIOCRUZ gerencia, e a farmácia popular 2 é o subsídio no comércio varejista. Aí por traz tem também toda uma visão nova da estratégia farmacêutica, a política de

fracionamento, da política da farmácia como um espaço de produção de saúde e não de venda de bugiganga e produção de doença. Esta é outra dimensão. A questão do PSF é central e a estruturação das redes integradas de média e alta complexidade, porque a gente já avançou muito do ponto de vista normativo, mas falta avançar no ponto de vista prático destas redes, usando a contratação como a estratégia de ação horizontal. A terceira dimensão é a da gestão. E aí entra a proposta do novo paradigma da administração pública. O quarto bloco é o da comunicação e da informação, fundamental para o sucesso. A gestão das pessoas, da política salarial, das condições de trabalho, política de humanização voltada para os profissionais, também. E a última dimensão é do complexo produtivo, que é a grande novidade, esse arranjo do poder de compra do estado com política industrial, política de ciência e tecnologia, ampliação da autonomia da nação quanto à produção de bens e serviços.

**Sonia Fleury** – Gostaria de voltar à pergunta sobre a Conferência Nacional da Saúde. As conferências foram pensadas como um momento de formação da vontade política, como quase um ritual, uma dramatização de todo o processo de formação de alianças, de formação de valores. As pessoas sabem que aquilo não vale, mas é uma carta de intenções políticas, formada coletivamente. No entanto, é uma coisa muito difícil de ser manejada e, para os ministros da área, particularmente, tem se tornado quase um incômodo. Então, é difícil manejar um grupo tão grande para chegar a um acordo político. Mas ainda vejo como é extremamente importante a renovação da face de movimento da saúde, não só a institucionalizada mas a instituinte, como movimento. As pessoas vêm um movimento na saúde. Estamos com uma conferência já convocada – antes até de sua posse – sem teses, em uma estrutura diferente da 8ª Conferência, quando havia teses e elas foram discutidas durante muito tempo. O que nos leva a pensar em qual vai ser a importância disso ou como é que a gente pode fazer com que a 13ª conferência de fato represente a política da saúde do momento.

**José Gomes Temporão** – Essa questão do controle social é uma das grandes inovações do nosso sistema. Já há algum tempo nós mesmos fazíamos o diagnóstico de que tínhamos um problema nessa área. Por exemplo, fui o relator da 10ª e percebi ali que existia um

problema estrutural importante. E isso se caracterizou de maneira muito penosa no fracasso da 12ª, uma conferência que não se concluiu. Na realidade, ela virou um palco de batalha entre projetos em conflito por questões políticas e partidárias trazidas para o contexto do encontro. A maneira como ela também se organizou, acho que colocou esse risco e, realmente, foi muito ruim. Minha avaliação é que se nós repetirmos esse fracasso, essa estratégia corre sério risco. Tenho dito isso porque estou preocupado. Considero realmente que uma conferência sem teses é muito complicado porque é quase inevitável que as demandas de recorte mais local acabem contaminando a discussão mais política. Por que, qual o grande produto que um ministro espera de uma conferência? Uma agenda política. Que a conferência encaminhe ao conselho e o conselho leve ao ministro. Nós temos aqui políticas, estratégias, prioridades, uma visão política do processo. O ministro, nesse ponto, deve caminhar por aqui ou por ali. Agora, se eu recebo um relatório com 180 páginas e com 5.500 proposições, o destino desse relatório é a gaveta. O que é um esforço coletivo gigantesco jogado fora. O que eu percebo é que o Conselho está preocupado com essa questão. Porque é evidente em vários momentos que o Conselho sabe que não pode repetir o erro da 12ª. Mas o fato de o diagnóstico estar presente, não me dá a garantia de que vamos conseguir avançar com uma organização mais adequada. Temos que colocar essa discussão, talvez até fazer uma discussão mais específica: como o processo está andando, porque a idéia era que viessem apenas as questões estruturais em cima de um conjunto de teses discutidas desde a ponta. Agora, uma agenda aberta sobre o tema que é a saúde, desenvolvimento... Então, deveria ser interessante o Conselho fazer uma discussão específica de avaliação, inclusive do que aconteceu até agora nas bases e ver a oportunidade ou não de se repensar a organização e o próprio *timing* da conferência. É uma questão polêmica que a gente não pode cometer o erro de repetir.

**Lenaury Lobato** – Você rejeita a idéia do caos na saúde. E citou a questão da insatisfação. Pesquisas apontam uma insatisfação do SUS no caso brasileiro e deu o exemplo específico do sistema inglês. Na verdade, nosso problema sempre foi a questão da fila para cirurgias eletivas. Mas eles tinham uma aprovação muito grande, sempre a tiveram no início da reforma Thatcher – o sistema de saúde inglês tinha 95%

de aprovação junto à população. No caso brasileiro a gente tem uma população que usa o SUS e está satisfeita, embora a gente saiba que há pesquisas nas quais a satisfação do usuário é complicada e não dá para tomarmos isso como verdade, mas a população quer comprar plano de saúde. Eu perguntaria, nós temos problemas grave de acesso no Brasil? O SUS tem problema de acesso no Brasil? O SUS tem dificuldade de acesso para consulta, dificuldade de acesso para marcar o exame, depois, para fazer a cirurgia, depois para conseguir o medicamento. Esse é um problema importante hoje ou não? E se é um problema, você pensa enfrentá-lo de alguma forma específica? Existe, da parte do governo, uma política de expansão do acesso e de universalização, de fato? Não há mais problemas pelo menos na área da atenção básica e de média complexidade. O que o senhor pensa a respeito?

**José Gomes Temporão** – A gente tem problema de acesso sim. Mas, por exemplo, a gente tem problema de acesso nas regiões Norte e Nordeste por falta de oferta. Estive em Rio Branco, no Acre, inaugurando um centro de tratamento de câncer. Até a inauguração deste centro, todos os pacientes com câncer no estado tinham que ser tratados em outro. Agora, imagina o transtorno! E o custo! Agora, a gente inaugurou lá um serviço do mesmo padrão que o INCA aqui no Rio. O problema todo é que nessas localidades em que há dificuldade de acesso por conta da oferta, inexistem ofertas de especialistas para você ampliar a oferta, precisa-se de muito dinheiro. Precisam-se de recursos financeiros adicionais e com o recurso que a gente tem, hoje, é inviável. Mas você também precisa de estratégias diferenciadas. Aí, faço um gancho com a questão do pacto da saúde aprovado em 2006 e que não estou muito satisfeito com ele. Porque o sistema brasileiro ainda está muito contaminado por uma visão normativa, centralizada. O que o ministério da Saúde vai pautar para se fazer? E aí entra a coisa do MUS, que é uma outra discussão. O ministério tem, hoje, uma organização interna que é inadequada para os novos desafios da saúde no Brasil. O ministério tem inteligência para coisas que ele não precisa fazer, que ele não deve fazer e não tem inteligência para as coisas que precisa fazer. Então, gestão de tecnologia é o ministério que tem que fazer. Não tem *expertise*, hoje, qualidade de serviços? Não tem. Macroavaliação do impacto, do sistema de saúde sobre o perfil de morbimortalidade? Não tem. E tem que fazer. Por outro lado,

há muita gente carimbando, despachando, controlando, normatizando e fiscalizando. Agora, como os Sangues-suga e Vampiros, a quantidade de processo de controle, e outros, que existe no ministério, inviabiliza que as pessoas tenham coragem de assinar processo. Então, hoje, é uma burocracia temerosa, com medo, mal remunerada, insegura porque não tem garantia contratual. Porque a maior parte das pessoas que trabalham no ministério é contratada por projetos internacionais, com a destruição da administração pública desde o governo Collor e do Fernando Henrique. Nós temos que construir e normatizar. Já estamos trabalhando essa questão. A gente tem que dá por aprovadas as grandes diretrizes, os grandes princípios. A organização é local e mais larga e ela pode se ajustar às especificidades. A gente saiu daquela coisa da NOB, da plena e semiplena, que foram muito úteis em determinado momento, mas totalmente inadequadas agora. Como é que eu vou prescrever, de Brasília, de que maneira vão se organizar os hospitais para atender à população da Baixada Fluminense? É um disparate! As pessoas têm que sentar aqui e se organizar. Existe problema de acesso? Sim, principalmente na média complexidade. Com certeza. Quer dizer, hoje, tem-se um subfinanciamento muito forte nessa área. O Ministério paga R\$ 7,00 por uma consulta médica. Se eu pagasse por uma consulta o que se pagava no INAMPS nos anos 80, corrigido monetariamente, corresponderia a R\$ 22,00! O setor suplementar paga de 24 a 25. Se fosse assim, eu poderia estar credenciando médicos no seu consultório para o SUS. Então, principalmente a média complexidade, principalmente os exames de mamografia, ultra-som, radiologia e acesso a algumas especialidades como otorrino, neurologista, como fisioterapia ou reabilitação, o acesso está complicado. Hoje, as pessoas têm um acesso muito mais rápido ao transplante de fígado, de medula óssea do que algum procedimento de média complexidade. O que acho muito singular no Brasil, as pessoas que não usam o SUS normalmente avaliam pior. Elas pensam que não usam o SUS! E aí entra a questão de como é que a gente está perdendo a guerra. É a luta ideológica comunicacional. Porque elas usam o SUS quando levam o filho para ser vacinado. Elas usam o SUS quando compram um alimento no supermercado. Quando compram um remédio na farmácia. Quando contraem Aids e são tratados. Quando recebem do Ministério da Saúde medicamento de alto custo e quando fazem o transplante de órgão. Porque

99% dos transplantes de órgão foram feitos pelo SUS! Então, as pessoas não sabem. Uma vez, uma senhora foi me agradecer dizendo que ótimo, que maravilha, que pena que não é do SUS. Esse hospital é do SUS? É. Eu não sabia. Então, nós temos uma questão aí, que é a questão de que, socialmente, a medicina privada e sua hotelaria sustentam que o acesso é socialmente mais valorizado somente por uma visão burguesa de classe média. Isso contamina a sociedade como um todo. Tem gente sendo muito bem atendido em municípios pequenos e médios no Brasil e isso não é valorizado. Além dos dados impactantes que tenho. São ali do Semi-árido. Conseguimos em cinco anos reduzir pela metade as internações por desnutrição. Uma brutal redução de internação por insuficiência cardíaca. O PSF está começando a dar resultado. O que nós temos para oferecer gera mais cobrança e mais demanda.

**Luiz Antonio Neves – Na questão de melhoria de acesso e também da qualidade, a gente vê como é importante a concretização dos sistemas regionais. A gente viu um pacto federativo, um gestor nacional, no ministério, e os gestores estaduais e municipais na realização do sistema como um todo. Como fazer para que se tenha mais integração nesse sistema e menos disputa pelo poder, que é o que acaba acontecendo e atrapalhando um pouco a centralidade no usuário cidadão?**

**José Gomes Temporão –** Nós inventamos uma coisa chamada *tripartite*, que ninguém sabe o que é. Quando você chama alguém de um país e explica, eles perguntam como é que é? Só acontece o que vocês aprovam lá? Eu disse que sim. Se a gente não aprova lá, não acontece. A tripartite já é isso. Acredito pouco que a tripartite deveria estar discutindo mais política e discutindo menos os arranjos burocráticos e os meandros das portarias. O Rio é o melhor exemplo dessa falta de sintonia. Por questões históricas, tem-se uma grande rede federal, estadual e municipal, as disputas e os conflitos. As culturas institucionais, na realidade, nunca permitiram que essa rede operasse. É um grande desafio e até um dos meus 22 pontos. A gente está avançando muito na integração com o estado, mas estamos avançando muito devagar com a relação com os municípios. Mas você coloca, também, uma questão que é muito mais ampla. É impossível a gente imaginar uma realidade em que essas questões das disputas políticas não interfiram no processo. Mas o que falta é



que o pacto avançou e que foi muito importante ao definir prioridades de saúde, pela primeira vez, para os três níveis de governo. Ele avançou quando propôs uma repolitização da saúde (lá no pacto de defesa do SUS); ele avançou no pacto de gestão. Ninguém percebeu ainda mas nós passamos de 130 modalidades de repasse para cinco blocos de financiamento, que agora estão finalmente operando. De repente, quem sabe?, a gente avança para ter um repasse global em cima de um planejamento integrado do Estado de metas estaduais e de contratualização entre o Ministério da Saúde, estados e municípios? O que acontece ainda está muito abstrato. Estou assinando um papel. No papel, diz que eu vou fazer isso. Mas o que garante que vou fazer? Como garantir isso? Ele tem que sair um pouco do campo das intenções para a responsabilização, contratação e cobrança de que a sociedade tenha conhecimento disso. E quando falo em sociedade, não é só Conselho, não. É que a sociedade saiba que os governos têm dez prioridades de saúde e que eles estão trabalhando para reduzir isto. E os relatórios que estamos divulgando mostram o que está melhorando aqui e o que não está melhorando tanto ali. Temos que avançar por aí.

**Francisco Braga – O senhor falava da questão da necessidade de acompanhar esse empenho, na conquista de maiores recursos para a saúde e na necessidade de trabalhar na melhoria dos gastos públicos. E comentava também sobre a preocupação de fiscalização dos atos dentro do Ministério porque houve problemas ocorridos no passado recente (Vampiros, Sanguessugas etc.). Essas medidas são suficientes para que não se tenha um outro problema no campo da corrupção? E que outras medidas estão sendo pensadas para evitar o mau uso dos recursos e a corrupção que talvez seja o exemplo mais desastroso do mau uso dos recursos públicos? A questão da transparência na gestão e a disponibilidade de informação para a sociedade, como é que está sendo trabalhada por você e pela sua equipe?**

**José Gomes Temporão –** Eu penso em três dimensões. Isso é uma coisa complexa. Porque envolve toda a macro e microestrutura da administração pública e seu conjunto de procedimentos. É um emaranhado tão grande de normas e regulamentos, que os que querem usar o recurso público para enriquecer ou fazer alguma outra coisa acabam se valendo disso. Tenho dito sempre que a primeira arma que você deve usar para enfrentar essa

situação é ter, primeiro, uma equipe que seja muito profissional e que seja respeitada pelos funcionários. Que os funcionários percebam que há um ministro sério, voltado com muita seriedade para os gastos públicos, e que é ético. Que trabalha com uma equipe totalmente focada e com esse mesmo perfil. Segundo, mudar-se o padrão de funcionamento do Ministério. Aquele velha questão da fragmentação interna, da falta de um centro de equipe, da pouca clareza de quais são as instâncias de decisão, com pouco processo participativo, voltado para dentro das máquinas de cada secretaria. Priorizar a estruturação de colegiado de cada secretaria com representação dos funcionários. Mudar radicalmente a comunicação interna, da intranet, saber o que está acontecendo. Porque hoje não se sabe... O primeiro dia que entrei na intranet, eram reclamações em cima de reclamações: 'hoje, encontrei um parafuso na sopa', 'hoje estou com dor de cabeça e não vou trabalhar'. Isso é uma maluquice total. Agora já mudou. Quando alguém ligar o computador, tem que aparecer uma tela com o que está acontecendo no ministério, hoje. O que o ministro falou? Leia o documento tal, participe. É outra coisa. E este é uma questão não só do Ministério, mas é do governo: a qualificação e o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle dos gastos públicos. E o último – que você colocou e concordo contigo – é pensar em ser mais transparente nos gastos com saúde. Para onde o dinheiro está indo? Tudo isso deve ser aberto à sociedade. O Conselho é um espaço importantíssimo nisso, representa um conjunto de iniciativas que nos permitem trabalhar esta questão de maneira mais consistente.

**Sonia Fleury –** Mais do que só uma âncora regional, não dá para o Ministério trabalhar com índices das iniquidades que queremos reduzir? A que nível de iniquidade nós queremos chegar, já que não podemos ser iguais em tudo? Não pode ter metas de iniquidade para reduzir as diferenças?

**José Gomes Temporão –** Eles poderiam ter uma âncora regional. Seria um pouco botar na prática o artigo da Lei 8.080, que até hoje não foi implementado e que definia os critérios de repasse de recursos.

**Ligia Bahia –** Essa superterceirização do pessoal do próprio Ministério e a pressão pela ocupação dos cargos políticos da pasta nos preocupa muito. Até nos seus 22 pontos, você mencionou isso. Não é uma preocupação só sua, mas sim de todo o governo. Como

**você está lidando com isso? A pergunta é: você está conseguindo de alguma maneira transformar essas pressões, reduzi-las, torná-las mais virtuosas no sentido da observância da competência técnica dos ocupantes dos cargos?**

**José Gomes Temporão** – Neste ponto, estou indo bem. Consegui montar um secretariado e não houve nenhuma indicação a não ser a indicação do ministro. Dentro das próprias secretarias, as indicações seguem o mesmo ritmo. É evidente que as questões existem e esse é um problema nosso. Tenho discutido muito com os deputados que me procuram para fazer indicações políticas e digo o seguinte: “Mas vem cá, eu não consigo entender por que vocês não estão mais interessados em como é que as políticas do Ministério vão se refletir em benefícios da população. Estas a gente pode discutir. Por exemplo, se você me ajudar a me fortalecer para que eu chegue ao fim do ano com dez mil farmácias populares e a população esteja com pleno acesso a indústria farmacêutica, isso é muito mais interessante! Agora, por que diabos você quer me indicar o coordenador da assistência farmacêutica? Ajude-me a carrear suas emendas, por exemplo, para ter mais farmácia popular na ponta.”

E ainda há a questão dos hospitais do Rio, onde a pressão é intensa para a nomeação de diretores. Tenho dito o seguinte: “Olha, os hospitais nunca estiveram tão bem. É evidente que aqui melhorou de dois anos para cá. Até como resultado do trabalho que eu fiz na SAS, parando os hospitais. Entra no hospital da Lagoa, hoje, e compara com dois anos atrás. Entra no Hospital dos Servidores, do Andaraí, com todas as dificuldades. Para que vou trocar o diretor se ele está fazendo um bom trabalho? Qual o sentido disso?” Aí, entra a questão: não se pode mais ficar neste modelo de gestão da administração pública. Temos que caminhar para um modelo novo, profissional, que é a proposta das fundações estatais e que vai dar uma grande discussão.

**Francisco Braga** – Esta questão está gerando grande polêmica. Mas, retomando a sua fala a respeito das necessidades de retomar um debate no plano político e ideológico, a impressão que eu tenho é que essa polêmica está presente porque, na verdade, a sociedade brasileira, hoje, lida com certa ambigüidade em relação ao Estado e à administração pública. Ela quer mais e melhor serviço público. Ela reclama quando se fala em mudança da administração públi-

ca, e melhor pagamento aos funcionários públicos. Veja a reação da imprensa, de modo geral, na questão do reajuste salarial dos cargos de confiança. Então, há um descompasso entre a expectativa de mais serviços públicos e melhores serviços públicos. Reclama-se da escola pública, do hospital, mas também não se quer entender que, para que isso aconteça, é necessária uma gestão profissionalizada. Qual a sua posição, frente aos últimos embates no próprio Conselho Nacional de Saúde, em levar adiante o projeto de renovação da administração pública, da administração hospitalar como modelo de fundação estatal.

**José Gomes Temporão** – Nós todos concordamos que o sistema de saúde é, na realidade, uma profunda reforma do Estado. O fato de nunca termos tratado a questão da gestão como uma dimensão estratégica é uma fragilidade da nossa agenda. Como é que você organiza o conjunto de instituições e de serviços para que ele possa operar em bases mais adequadas? Essa coisa vem me preocupando, até por minha experiência como ex-diretor do INCA. Porque como o INCA tem uma fundação privada de apoio muito importante, responsável por mais da metade da mão-de-obra de lá, eu vivia o tempo todo discutindo e sendo acionado pelo Ministério Público, pelo Tribunal de Contas, que é inconstitucional. Como é que saio dessa coisa: de um lado, administração direta, com um conjunto de normas e amarras que inviabilizam um padrão de eficiência; de outro, uma série de modelos, digamos assim, mais voltados para o mercado, como as organizações sociais e as fundações privadas de apoio, que também estão sendo questionadas do ponto de vista legal. Eis que me surge a idéia, inclusive com o forte apoio da ENSP, que nos assessorou neste trabalho, e do Ministério do Planejamento, visando a retomada de um novo modelo. A questão política é que este modelo surgia dentro do Estado. Abrimos mão de qualquer outro modelo, mesmo do Estado, mas regido pelo direito privado. Isto significa que as relações contratuais entre esse novo ente e os funcionários, pela CLT, apresentam várias características que lhes permitem operar com base em contratação e profissionalização da gestão. E olhando o hospital, em um primeiro momento, não quer dizer que esse modelo não possa ser usado em outra questão. Hoje, temos um padrão de gestão dos anos 1940 ou 50, do século passado. A nova realidade é que o hospital rompeu com todos os paradigmas do ponto de vista de ci-

ência médica, da tecnologia da informação, dos processos de trabalho em saúde. A administração direta não dá mais conta disso. Quando a gente colocar essa proposta na rua, só o esboçar dessa possibilidade cria uma grande resistência, porque isso atinge questões corporativas, questões culturais e institucionais. Tenho certeza que grande parte desse sentimento vai se reverter quando as pessoas souberem do que se trata. Evidentemente, determinados setores não estarão em nenhum momento sensíveis e dispostos a ouvir, porque estarão guiados por uma disputa política e ideológica num outro campo. Quando ficar claro, por exemplo, que os atuais profissionais estatutários continuarão estatutários até a aposentadoria; que durante o período que continuar trabalhando nesse novo ente poderão ter seu salário complementado; que essa instituição poderá pagar salários mais adequados, poderá ter condições de trabalho mais adequadas. Poderá, por exemplo, se tiver bom desempenho na execução do orçamento, as sobras orçamentárias poderão ser reinvestidas na organização e até na melhor remuneração dos funcionários. Quer dizer, há muitas vantagens. É claro que estou preocupado quanto a este novo ente ter um conselho de gestão, com os funcionários e a sociedade, os usuários. É possível, a partir dessa proposta, desenhar um ente estatal, flexível, democrático, controlado pela sociedade e que opere em bases de eficiência muito mais adequadas. Assim, o debate está apenas se iniciando. Vamos precisar ter uma estratégia de comunicação, de informação, de debate nos sindicatos, com as entidades. Mas, acho que à medida que a proposta fique mais clara, tenho confiança de que a sociedade vai perceber que é um avanço.

**Sonia Fleury: Houve uma falha de comunicação, nesse sentido, da parte do Ministério que...**

**José Gomes Temporão** – Não, não foi uma falha, foi um ato falho! Com certeza. Houve, de fato, um erro de comunicação, Sonia. Mas essa questão está dois anos dentro do governo e pressupõe a regulamentação do artigo 31 da Constituição. Então, o que aconteceu foi que o governo agora está pronto para enviar a proposta para o Congresso. Na verdade, regulamentado esse artigo, abre-se a possibilidade de apresentação de um projeto de lei criando as fundações. Mas concordo que esse projeto deveria ter sido mais trabalhado.

**Paulo Amarante** – Tem havido um debate com relação ao problema do sistema de avaliação da CAPES e do CNPq. Para determinados segmentos da academia, esse sistema aponta para certo distanciamento da produção acadêmica, dos objetivos, dos princípios do SUS. Está minando o SUS, pois determina critérios mais ligados à publicação de artigos em periódicos internacionais e não como impacto no SUS. Isto pode ser um fator que está crescendo muito e que pode inclusive, afastar mais a produção acadêmica do interesse das políticas de saúde, inclusive da formação, porque se está formando docentes nessa linha, que vão, por sua vez, refletir isso na formação, na graduação. Qual a sua visão em relação a isso e se há a possibilidade, por exemplo, de se ter uma ação interministerial.

**José Gomes Temporão** – Bom, esqueci de contar que eu e Paulo Amarante estávamos organizando um dos números da revista *Saúde em Debate* e os exemplares vinham de caminhão e não é que caiu um pé d'água na estrada e molhou tudo? Fomos para um subsolo, em Ipanema, e penduramos as revistas para secar em varais de corda, pois queríamos que elas fossem distribuídas no dia seguinte... Quanto à pergunta, eu acho bem interessante isso. Por exemplo, vou colocar no meu currículo Lattes que sou ministro da Saúde, quantos pontos eu ganho? Nenhum. Durante esse período você não publicou nada! Considero relevante porque, na verdade, o que temos é um modelo que a gente importou, um padrão externo, porque a ciência brasileira repete um pouco o padrão de avaliação por pares do que é considerado qualidade e eficiência fora. Já que temos uma coisa diferente que é a Reforma Sanitária brasileira, por que não pensar nesse contexto de modo a ver a produtividade acadêmica no campo da saúde pública sem atrelamento ao *paper* publicado na revista A ou B? O próprio Ministério poderia puxar uma reunião de trabalho com o de Ciência & Tecnologia, com a CAPES e CNPq para discutir isso. Aceito o desafio... e me cobrem depois.