

## Site OHS – Depoimentos Históricos

### Transcrição da entrevista 2

**Projeto:** Rede de Atenção à Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Trajetória e Perspectiva.

**Data:** 11 de abril de 2022

**Deponente:** Antonio Joaquim Werneck de Castro

#### Entrevistadores:

Carlos Henrique Paiva

Maria Tereza Fonseca da Costa

**Duração:** 2:11:27

#### Como citar:

DEPOIMENTO de Antonio Werneck. **Site do Observatório História e Saúde – COC/Fiocruz**. Depoimentos – Rede de Atenção à Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Acesso: dia de mês de ano.

# Transcrição da entrevista completa

Carlos Henrique Paiva (CHP) - Mais uma vez agradecer ao doutor Antônio Joaquim Werneck de Castro pela entrevista. Hoje é dia 11 de abril de 2022, estamos aqui eu, Carlos Henrique Paiva, na companhia da minha colega Maria Tereza Fonseca da Costa, no âmbito do projeto “Rede de Atenção à Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro - Trajetória e Perspectivas”. Werneck, a primeira entrevista já está transcrita, já tivemos condições de dar uma olhada. Superinteressante, várias questões que certamente a gente vai trabalhar ao longo da nossa atividade de pesquisa.

Nessa primeira entrevista, já quase um mês atrás, você falou sobre suas atividades em Niterói e sobre suas atividades e suas experiências, também, na SMS do Rio. E você terminou falando sobre a sua atividade na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério. A gente terminou aí e eu vou querer retomar essa sua atividade lá em Brasília, mas antes da gente fazer isso eu queria explorar dois aspectos para a gente “aquecer” e produzir conexões mais vigorosas entre o primeiro e esse segundo depoimento.

Na primeira conversa, por duas vezes pelo menos, você se autodefiniu como uma pessoa pragmática – pragmático em distinção daquilo que você identificou como ‘intelectuais’. Então você criou duas categorias que, naturalmente, deve ter nuances entre essas categorias, mas vamos entender assim... Teriam dois grupos, né? Vamos imaginar que tem dois grupos. Eu queria começar pedindo que você falasse um pouquinho sobre esses diferentes grupos, ou seja, sobre esses grupos que você chamou de pragmáticos e os intelectuais. E a maneira como esses diferentes grupos se relacionam com o processo de construção de políticas, no âmbito da Região Metropolitana do Rio, ou mesmo do Estado do Rio de Janeiro. Essa é uma primeira pergunta. Depois eu coloco a segunda questão.

**Antonio Werneck (AW)** - É mais uma divisão assim... bem empírica, né? Bem minha, de uma coisa pessoal que eu via, entre grupos de amigos. No início da nossa formação – final da década de 70, de 75 a 80 – a gente foi muito influenciado pelas análises que estavam sendo colocadas por pessoas de São Paulo, do Rio, um pouco da Bahia, Pernambuco... a gente conheceu muita gente nessa época... o pessoal do Paraná, também. E esses colegas faziam uma análise da Previdência, da ruína da Previdência, né? O descalabro, né? Tanto que a tese do Jaime Araújo – eu acho que a Jaime Araújo...

#### **CHP – Jaime Oliveira.**

**AW** – Jaime Oliveira, né? É, Jaime Oliveira. Era (Im)previdência Social, né? O “im” entre parênteses. Os nomes eram nomes assim, os diagnósticos eram do caos completo, da separação da Medicina Preventiva da Curativa – que foi a tese do [Sergio] Arouca, da Medicina Integral, lá em São Paulo, em Campinas. E, também, um forte movimento dos trabalhadores na época: a Semana de Saúde do Trabalhador... Isso tudo influenciou muito a gente naquela época. Aí teve um grupo que se dirigiu para as universidades e um grupo que se dirigiu para os serviços. Então eu divido um pouco assim: nós somos os ‘pragmáticos’, porque nós fomos para o dia-a-dia da luta, dentro dos serviços de saúde; e os outros foram para Academia, foram estudar. E eu citei a frase que a gente sempre brincava, né? “Quem estuda não trabalha; quem trabalha não estuda... não pesquisa...”. (risos). Aquelas frases assim, né? Não me lembro, eram umas brincadeiras se fazia muito na época.

#### **CHP – É uma divisão mais institucional....**

**AW** – É, é.

**CHP – Você, com isso, não está querendo dizer que os intelectuais eram mais informados por uma doutrina ou por uma teoria. Que eles eram mais doutrinários do que aqueles que estavam serviço.**

**AW** - Eu não sei se a palavra é ‘doutrinário’, mas que eles, com certeza, tinham muito mais informação do que a gente no serviço sobre o contexto e sobre a perspectiva, as tendências. Eles talvez não tivessem informações sobre o dia a dia, a prática, né? Eles talvez não conhecessem o serviço, eles talvez não conhecessem o que os profissionais

de saúde estavam vivenciando na dureza do dia a dia, que a gente tinha. Muitas vezes eram aquelas críticas: “Vocês estão formulando dentro dos gabinetes, dos tapetes em Brasília, e nós estamos aqui na lama do serviço de saúde”.

**CHP – E quais eram as implicações concretas no processo de formulação e implementação de políticas dessas diferenças? Do fato de você estar mais no serviço, a par, digamos assim...**

**AW** – Eu chamo uma diferença entre a gente... eu citei um caso, eu acho, na conversa. Eu vou tentar repetir ele para pegar o fio da meada.

Eu fui Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e uma das vezes eu fui chamado para conversar com o pessoal da Fiocruz. Nós fomos ali para o 7º andar, aquela salinha do Planejamento, e estavam lá os nossos professores todos, né? O Mario Hamilton, [Adolfo] Chorny, a Suely Rosenfeld, todo mundo! Estava lá o Nilson [do Rosário Costa], enfim, ainda vivos, né? Esses que eu citei, ainda vivos. E aí, eles perguntaram: “mas nós vamos formular como?” Eu falei: “Não, esse papel aí não é meu, não. Esse papel é de vocês. Vocês formulam aí e eu boto em prática aqui.” Mas isso era um pouco uma verdade. Você quer um exemplo? Para mim, o principal exemplo foi a Norma Operacional 01/96, que era muito boa no seu conteúdo teórico, mas era incompreensível para os 5800 Secretários Municipais de Saúde. Os secretários não estavam entendendo o que era municipalizar a Atenção Básica e fazer a transferência de recursos automaticamente, baseado em critérios epidemiológicos e sociais. Deixar de transferir pela produção e transferir pela condição de saúde daquela população.

E eu acho que a gente só avançou na Atenção Básica. Até hoje a gente passa alguma coisa da média complexidade e da alta, mas você baseia toda a transferência em cima da produção do atendimento de alta e média complexidade e de internação – você não faz uma transferência automática para os estados e para os municípios. Mas tudo bem, isso avançou também bastante. Mas eu diria isso: quem formulou a norma 01/96 foi a moçada da Academia! No Rio era o Eduardo Levcovitz, da UERJ – que era o Secretário que eu substituí. Em São Paulo era o pessoal **todo** (dá entonação à palavra) da Academia, da USP. Era a maioria, inclusive, de lá. O vice-ministro do [Adib] Jatene era o... Saboya, ... eu não me lembro. Tinha um cara desses que ficou inclusive de Ministro Interino [José Carlos Seixas] - sai o Jatene, ele fica ali um, dois meses, até o [Carlos] Albuquerque assumir, no final de novembro, início de dezembro de 1996.

E aí eu entro lá em 1997. Então a diferença era um pouco isso: você tinha formuladores, que formularam essa teoria, mas que estavam desligados do discurso e da prática dos secretários municipais de saúde. A gente teve que fazer um livrinho pequenininho e virou best-seller! A gente imprimiu dois mil e, no dia seguinte, estava todo mundo pedindo mais: “O que muda com o PAB [Piso da Atenção Básica]?”. E sem falar nenhuma norma do INAMPS, sem falar nenhuma norma do SUS, sem falar nada... em linguagem de comunicação, em linguagem do dia a dia, falava para ele o seguinte: “Olha, prefeito. 90% dos municípios recebem menos de R\$ 5 por habitante/ano com...” - era três e pouco, eu acho, até - “... com a transferência pela produção da Atenção Primária”. Essa norma diz o seguinte: “Todo mundo vai receber r\$ 10 por habitante/ano”. Isso é o princípio, porque depois ele vai sendo corrigido. E aí os prefeitos falam: Puxa, vou aumentar de três para dez...” é ótimo! É claro que numa cidade pequena, de 20 mil habitantes, ele ganhava por ano cerca de R\$ 60 mil, R\$ 70 mil, ele passou a ganhar... de R\$ 20 mil, passou a ganhar 200 mil reais. É nada, né? É nada! Mas para ele, Prefeito, quase pagava o salário do pessoal que trabalhava lá - eles não tinham Agente Comunitário de Saúde ainda, eles não tinham Saúde da Família que pagava mais, aquelas coisas. Então, para ele, aquilo resolvia. E você tinha um benefício financeiro para construção de unidades, de atração... eu acho que essa talvez seja a diferença.

Voltando lá na década de 70, 80, eu me lembro que os auditórios ficavam cheios! Os auditórios onde você ia discutir a crise da Previdência, ficavam cheios. E aí o Jaime [Oliveira] e outros estavam presentes. Eles eram os intelectuais, mas eles estavam lá, presentes. E às vezes eles davam umas cutucadas muito interessantes, do ponto de vista da teoria. Por exemplo: a figura dos livros dele e do Hésio [Cordeiro] era uma figura da loba romana, e todos os grandes empresários de saúde mamando nas tetas da Previdência, né? Então o Ministro lá fazendo discurso do “vamos implantar os PAMs”, vamos implantar o PLUS [Plano de Localização de Unidades de Saúde] da vida etc, e Jaime dá um berro lá no meio do auditório: “tem que largar as tetas da Previdência!”. E aí tem uma efervescência do auditório. Mas ali já estavam organizados os trabalhadores, tanto funcionários públicos da Previdência como servidores públicos estaduais, né? Mas as pessoas... se você perguntasse para mim, naquela época, se o cara do estado queria assumir responsabilidades que o SUS viria colocar para ele em 86, ele dizia que não! Ainda assim, mesmo tempos depois, você tinha aquela disputa entre os grandes focos da Previdência que eram... alguém que trabalhava nos bancários, outro trabalhava nos industriários, outro trabalhava no... essas corporações, né, médicas, de profissionais de saúde, eram muito fortes. E eu acho que esse era um problema para os chamados intelectuais. Eles não conheciam as

bancadas de quem estava trabalhando nesses hospitais.

Os hospitais universitários, eles também se isolaram. Eles se isolavam, eles não queriam entrar no sistema – até hoje eles não querem muito entrar no sistema. Eles querem ter um financiamento à parte, eles querem ser tratados diferente, eles querem ter reconhecimento de que fazem pesquisa... coisa que a rede, inclusive, depois mudou. Eu não me lembro mais que [ano o] congresso da ABRASCO aconteceu, mas aconteceu assim: metade das pesquisas eram pesquisas oriundas de pessoas em serviço. A pesquisa em serviço virou uma coisa rotineira, natural, entendeu? Então, foi isso que eu chamava, né? É o grupo que ia para lá... o Jaime foi para UERJ, eles foram para a Medicina Social, eles criaram a Medicina Social da UFF, criaram o Instituto de Saúde lá da UFRJ. E, quando a gente chegava, tinha sempre um embate, um estremecimento, né? A gente era amigo, companheiro, aquelas coisas todas, mas pensava diferente. Algumas vezes eu fui nessas discussões do Instituto e eu mesmo... os alunos perguntavam: “Aonde eu vou trabalhar?” Eu falei assim: “Você vai trabalhar no serviço público, você vai trabalhar nas cooperativas” – aí já tinham algumas coisas de organizações sociais – “você vai montar seu consultório, você vai montar sua clínica”. E a moçada da Medicina Social falava: “Não, não! Eu quero que esses caras sejam carreira pública do SUS”. Eu falei: “É, a carreira pública do SUS é a metade do sistema. A outra metade é privada, é essa loucura de mercado. Você tem que ensinar ao seu aluno que se ele não ficar dentro da... ou se ficar uma parte e a outra parte, ele tem que saber o que é esse mercado que está aí, entendeu?” E aí eu acho que esse conflito entre as pessoas fez nascer também... uma discussão que a gente teve, que morreu logo, que era assim: a ANS, a Agência Nacional de Saúde, ela foi... criada no nosso...tempo lá no MS, a gente estava lá no Ministério da Saúde. Eu estava lá, o Albuquerque estava lá e a gente estava lá, eu fui com ele aos Estados Unidos para pegar... diretrizes, documentos, etc foi gente para o Chile, foi gente para a Inglaterra, foi gente para a França e eu fui com ele para os Estados Unidos. E a Agência Nacional de Saúde era para regular o SUS todo! Não era para regular só a Saúde Suplementar, era para ter duas divisões: uma divisão analisaria o mercado, a Saúde Suplementar; e outra [di]visão analisaria o desempenho da pública e criaria regras para rede pública. Essa parte morreu, essa parte se perdeu, mas criou intelectuais como a Ligia Bahia, que pegou aquilo ali, pegou as teses dela todas, e virou uma grande intérprete do movimento de mercado da Saúde Suplementar, entendeu? Mas é diferente do profissional que está sentado lá, definindo as regras. Hoje eu não sei nem como é que está, mas eu acho que a ANS foi meio incorporada pelos donos de empresas de saúde aí.

Então essa é a experiência, Carlos. Não sei se é isso que você estava querendo saber, mas era um pouco isso. O exemplo que eu dava era o das normas. Tinham um secretário do CONASEMS [Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde] que tinha uma frase que dizia assim: “Puxa, esse pessoal que vai para lá, que é intelectual, eles têm uma vontade que é uma legislação vociferante!” Por quê? Porque emitia norma todo dia! Não dava tempo inclusive de você implantar a norma e o MS já tinha mudado. Os Secretários Municipais nem tinham tempo de ler as normas – o Secretário tinha greve, tinha não sei o quê, e eles estavam ali legislando, criando regras, criando normas. E regras, às vezes, que eram só da burocracia. Por exemplo: isso não faz parte só dos intelectuais, isso faz parte da burocracia também, né?

Quando eu estava lá no Ministério, a primeira coisa que eu recebi para autorizar o credenciamento no SUS foi uma clínica de... eu acho que dessas de... como é que chama isso dos exames da mulher? Densitometria óssea! Uma clínica que ia fazer densitometria óssea, não sei o quê... uma clínica de exames complementares, lá no interior de Mato Grosso. Aí eu perguntei para o funcionário: “Mas vem cá, isso aqui é autorizado pelo Secretário?” - o Secretário de Assistência à Saúde era o presidente do INAMPS. Então, os caras tinham aquela imagem, né, do presidente do INAMPS, e a gente falando: “Não, Secretário é outra coisa”. O cliente do Secretário lá, para nós, era o Secretário Estadual de Saúde. Os Secretários é quem iam operar o sistema embaixo. Então, eu em cima, tinha que dar para ele o que eu conseguisse para apoiá-lo a desenvolver o sistema no seu estado, né? Aí eu perguntei: “Vem cá, o que é isso”? E ele falou: “Vem para cá, para o MS. O processo nasce lá na cidadezinha, credencia, faz toda a identificação da clínica, do serviço, vai para o Secretário Estadual e depois vem para cá.” Eu: “Em quanto tempo”? Ele: “Ah, tem quase um ano que isso está aí para ser credenciado”. Eu falei: “Vem cá, e se essa clínica nem existir? Se essas fotos que estão aí são falsas? Alguém do Ministério foi lá olhar?” Ele disse: “Não, mas se o senhor quiser, a gente manda alguém”. Eu disse: “Não, não quero que mande alguém não. Eu quero que o secretário ou o técnico que montou isso aí assine a responsabilidade.” Aí eu assinei, mas naquele dia mesmo passou assim: “todos os secretários municipais de saúde têm autorização para credenciar o seu serviço, qualquer que seja”. Agora, se ele vai receber o dinheiro que está nos cofres federais para pagar aquele serviço, é outro problema. Mas isso aí também é uma burocracia incrível. Então, eu chamo isso dessa separação entre o cara que fica dependendo, tendo que puxar o saco do Secretário Nacional para poder conseguir alguma coisa, entendeu?

E o outro exemplo que eu poderia dar, era o exemplo da análise do desempenho das

Unidades. Eu até hoje acho que as pesquisas no Brasil, que são análise de desempenho, não voltam para os analisados. Então, se algum colega escreve uma tese sobre a Prefeitura do Rio de Janeiro e o seu desempenho, a qualidade, aquilo não é discutido dentro da Secretaria Municipal de Saúde. A gente fez, por exemplo, uma análise da implantação dessa transferência automática, contratou o pessoal de Campinas, e a maior dificuldade era falar: “Vem cá, agora tu vais lá em São Paulo discutir com os caras o que está acontecendo com a transferência automática. Ouvir a crítica deles.” Porque eles tinham uma avaliação bastante positiva. E eu falei: “Pô, mas tem prefeito dizendo que isso aí não funciona, não, Cara! Então vai lá discutir com os prefeitos.” Eles não tinham tempo e eles já estavam desenvolvendo outra pesquisa. Aquilo ali foi um produto, ele resolveu, deu os resultados... “Ah, publica um livro, publica uma pesquisa”, publica não sei o quê, mas ele [não ia] discutir com os profissionais avaliados... então acho que essa é outra distância entre o que eu

chamei de intelectuais e pragmáticos, entendeu?

**CHP – É, eu acho que isso dá pano para manga, porque tem que ver com o processo de institucionalização da pesquisa também, né? Acaba virando um fim em si mesmo até certo ponto.**

**AW – Verdade. Verdade.**

**CHP – Werneck, antes da gente explorar um pouco essa sua ida para Brasília – tem vários aspectos aí que você já até adiantou né? Por exemplo, referiu um sistema de saúde que tem no seu interior pelo menos dois sistemas, dois subsistemas, né? Como é que a gente faz um sistema de saúde, como é que se produz rede em um sistema de saúde que está dividido, né? Enfim, isso são questões que a gente vai recuperar um pouco mais adiante. Antes de ir para Brasília... no seu currículo eu vejo que você assume a Secretaria, a SAS, em 97. Eu queria fazer um balanço, assim... qual é o balanço possível da sua experiência ainda no Rio, do ponto de vista do processo de construção de redes, ou de redes temáticas de saúde? Até a 97, qual é o balanço... e por balanço eu estou me referindo às redes concretas, experiências institucionalizadas. O que saiu? Saiu de que forma? Saiu com qual problema? Qual é a sua leitura desse processo?**

**AW -** Essa foi um pouco da vivência desse macro trabalho que a gente teve na Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Eu fiquei lá de 91 a 96, saí, fui para o Ministério em 97 e 98, voltei, fiquei final de 98, 99 e 2000 na Secretaria Municipal, saindo em



2001. Mas então, ao chegar na Secretaria tinha essas análises da implantação do SUS – o que a gente já abordou um pouco isso na outra conversa. O SUS tem as suas regras [definidas] lá em 1988 e 1990, mas a portaria que implanta o SUS nesse novo formato foi em janeiro de 91. Tem que recuperar um pouco essa história, para chegar nesse ponto que você está levantando.

Essa portaria tinha vários problemas porque, também, eu acho que foi assim: “o SUS é para municipalizar?” Então o MS veio com as quatro pernas de elefante e falou: “Então toma o serviço. E vamos fazer rápido.” Eles queriam fazer tudo em 1991 – dar todos os hospitais federais para os municípios, para os estados e os PAMs... principalmente os PAMs no interior, eles falavam: “porque o prefeito não quer o PAM?” Porque tinha o artigo 10 da portaria, que dizia que o município tinha que restituir ao governo federal o valor dos salários dos funcionários federais que estavam naquele PAM. Só isso já era mais que a receita do município! Ninguém aceitou a norma operacional 01/91, com essas características. E a gente no Rio de Janeiro... olhando, a gente tinha saído, o Rio tinha saído da falência. Tinha dívidas... a gente tinha um problema sério: o governo tinha usado em 89 e 90 as verbas de transferência do SUS para pagar os funcionários – e isso era proibido. A gente tinha que resolver esse problema, porque se não você vai ter que devolver aquele dinheiro inteiro. Então a gente fez um acordo, um convênio, se comprometendo a aplicar determinados recursos em 91 e 92 – porque o governo acabaria em 92 e nós também, né? A gente só tinha um ano e pouco: a gente entrou em março de 91 e acabava em dezembro de 92. E só não saímos porque o Cesar Maia foi eleito e resolveu manter o Secretário de Saúde, ou porque conhecia a gente do PDT, ou porque sabia que o [Ronaldo] Gazolla era um cara bom para caramba, não sei o quê... mas enfim, a gente teve mais tempo.

Mas o nosso tempo é esse. Então, a gente tinha que resolver esse problema e tinha que dizer para o governo: “Não podemos municipalizar nada. A Prefeitura do Rio não pode assumir nada.” Então a gente fez alguns estudos. Os estudos de gastos - não tinha custo ainda – mostravam que a força de trabalho federal, em 10, 15 anos, 80% iria acabar, iria se aposentar, iria... morrer só isso de você repor, já inviabilizava qualquer orçamento, já era mais do que o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde. Esse foi um ponto.

O outro ponto foi a estrutura de gastos. A estrutura de gastos mostrava que você gastava mais com limpeza e higiene e não sei o quê, do que com manutenção de UTI, com manutenção de equipamentos. Você gastava com essas... vamos dizer, as hotelarias, mas não gastava... o médico quando chegava para entrar numa UTI, ele tinha que escolher [com] qual equipamento que ele ia tentar salvar o sujeito, porque

os equipamentos não tinham manutenção. Então, fizeram uma estrutura de gastos completamente, vamos dizer assim, abocanhada pelas empresas que mandavam ali na Secretaria de Saúde. A gente teve que fazer, para virar, ... as compras não eram programadas, os medicamentos não eram entregues. Então a gente bolou uma coisinha que foi legal, porque a gente olhou para o sistema quem é que usava medicamentos. E aí a gente fez uma entrega programada de medicamentos, uma compra programada de medicamentos. E aí foi um acordo com a [Fundação] Getúlio Vargas, tinha um pessoal também do Sindicato... acho de empresas produtoras de medicamentos – não lembro o nome deles.

E aí você fez uma licitação. Na época essa licitação era uma inovação, porque você ia entregando a cada mês e, como tinha inflação ainda, você ia tendo índice de reajuste balizadas pela Getúlio Vargas. Eles aceitaram isso. Aí a gente começou a ver quem é que demandava medicamento e qual medicamento tinha a sua linha. Então, assim: os antibióticos para UTI, internação, não sei o quê, pegavam 12% dos gastos da Secretaria de Saúde com medicamentos. E os 500 remédios, medicamentos da Atenção Básica pegaram 1%, 0.5%, uma coisa assim – é claro que são mais baratos e essa é uma relação que existe, mas era bastante distorcida. E aí a gente mostrava... teve a sorte de ter uma pessoa que foi legal na área Saúde Coletiva... A gente também tem uma brigalhada muito grande, porque a Secretaria só tinha um comando, um coordenador que mandava nas unidades e mandava nos programas. Aí teve uma brigalhada interna, porque isso aí já existia desde 1975, quando ela foi criada, eram os grandes operadores do sistema e eles tinham poder, mas para rachar essa... a proposta era deixar um coordenador só no serviço e outro coordenador só no programa, a briga foi tão grande que a gente teve que... um dos caras convidados para participar da remontagem da Secretaria de Saúde teve que ser demitido, mandado embora, porque ele brigou e não aceitou, né? Ele não aceitou perder aquele poder, ele achava que aquilo ali era o poder maior.

### **CHP - Quem é essa pessoa, você pode dizer?**

**AW** – Era o João Batista. O João Batista foi o primeiro coordenador ali da Secretaria de Saúde. Quem chegou de fora era o [Ronaldo] Gazolla, eu, Carlos Mercês e o João Batista. Nós três – Gazolla, eu e Mercês – ficamos no gabinete e o João Batista foi para essa área que chamava... não sei se era Coordenação Geral de Organização e Assistência de Saúde, uma coisa assim. Tinha também um procurador que chegou, que era indicado pelo Marcello Alencar, que até hoje a gente tem bom relacionamento

com ele. Um profissional interessante, porque ele deu uma olhada na legislação. E um sujeito para a área de infraestrutura, que foi o Sérgio Coelho, que era um cara que trabalhava 15 horas por dia e conhecia o mercado todo, conhecia todos os fornecedores. E aí a gente foi agregando gente. E na época, por exemplo, com essa coisa de gastos, a gente começou a olhar assim: “O que o Ministério da Saúde transfere para a Secretaria de Saúde?” A maior transferência era da Aids. Então a gente falou: “Pô, tem que ter uma pessoa legal na AIDS e que saiba olhar, que goste de olhar gastos. Porque ir lá para a AIDS arrumar despesa não dá!” Aí a gente chamou a Betina Durovni, que era uma menina da UFRJ.

Mas voltando lá na crise, quando a gente dividiu, a gente teve a sorte... eu tinha uma amiga, que era a Cristina Boaretto, que a gente convidou para a Saúde Coletiva e que ela deu essa visão do Programa. Aí a gente começou a discutir esses gastos, onde eles estavam sendo aplicados por Programa, né? E começamos a ver isso: gastava tanto em UTI, gastava tanto... a rede básica era uma miséria! Você olhava os postos de saúde, era o cocô do cavalo do bandido, entendeu? A gente comentava isso: que o cara tinha tão pouco poder, o diretor de um posto de saúde, um diretor de um centro de saúde, que ele nunca tinha entrado no gabinete do Secretário Municipal de Saúde. Os diretores, gente da ativa, gente que lutou pelo SUS, gente que tinha ido para a 8ª Conferência, esses caras não conheciam o gabinete do Secretário de Saúde. Aí a gente fez a primeira reunião dos centros de saúde... (risos) a gente fez no gabinete do Secretário de Saúde: “Entra todo mundo aqui para conhecer esse negócio.”

Na época – até 92, a gente tinha pouco tempo. A gente olhou a AIDS e olhou o Programa da Mulher e da Criança. E foram criadas duas grandes frentes de trabalho, de informação. E aí também era uma brigalhada incrível, porque os obstetras eram contra uma série de coisas, os pediatras também, mas você começou a fazer vários seminários internamente, etc. Então o nosso olhar, por programa, nesse período entre 1991 e 1992 foi muito ruim. Olhando o retrospecto, ele foi muito ruim. Você não conseguia ultrapassar esse dilema de “está faltando fralda, está faltando mercúrio, está faltando seringa, está faltando gaze, está faltando álcool”. Essas coisas... foi quando, em 1992, eu acho que a gente tem uma tranquilidade. Em 1992, com a compra programada de medicamentos e com o Sergio Coelho, o Mercês, o Joaquim Amaral... o procurador, e já um novo Superintendente. Nessa época a gente botou o Ítalo. Nem me lembro se foi o primeiro cara depois do João Batista... foi o Ítalo?

**Maria Tereza Costa (MTC) – Werneck, só para ficar gravado: são criadas as duas Superintendências, né? A de Serviços e a de Saúde Coletiva?**

**AW** – Isso. E aí, como o João Batista não aceitou... a gente falou: “Você vai ser o Superintendente de Serviços de Saúde”, mas ele não quis e foi embora. Mas ali, a Superintendência de Saúde, eu não sei se primeiro o Ítalo ou foi o Walter, o Walter Mendes, aí da Fiocruz, que faleceu.

**MTC – Acho que não. Não sei.**

**AW** – Enfim, eu já não lembro o nome de quem. A gente tem que recuperar o nome de quem ficou no lugar do João Batista. Mas era isso: a gente queria que o cara do Serviço fosse um cara do Serviço, rato de hospital. O João Batista era um anestesista da área, ele foi [do Hospital] Getúlio Vargas, não sei o quê. E o Ítalo também. A gente queria um cara que tivesse essa vivência do hospital.

**CHP** – Werneck, estava ótimo! Você caiu num momento, para a gente, superinteressante. Deixa eu compartilhar uma conversa que a gente estava tendo, de bastidor, para você considerar aí na sua retomada. Eu estava conversando com a Tereza que a gente está entendendo – ou eu, especialmente, estou entendendo – que esses programas mais ou menos correspondem, ou corresponderão no futuro, a uma rede temática. Eles são uma certa concepção de uma linha de cuidado que, em alguns casos, pelo menos, vão envolver várias instituições de diferentes níveis. É isso? É sobre isso, exatamente, que a gente está falando?

**AW** – Você pode perguntar para a Cristina [Boareto], para a Betina Durovni, para esse pessoal... Inclusive eu esqueci de citar também que quem chegou nessa época foi um pessoal do Planejamento, que era ex-INAMPS... Regina Saraiva... e também a gente reviveu o Felipe Cardoso, que foi o grande secretário da Fusão do Estado do RJ em 1975 e era um gestor centralizador... quem viveu isso pode ter opinião diferente, mas eu acho que nós não tínhamos essa noção de que olhar e fazer os conceitos dos programas de saúde já iam dar em redes temáticas, já iam dar em cuidados de atenção... a gente, acho, não usava isso não! A gente usava o seguinte problema: o cara para entrar na UTI, você não tinha nem protocolo, cada hospital fazia o seu, cada um analisava UTI de uma maneira. A gente foi discutir a UTI com as pessoas, os cuidados intensivos...[No Hospital] Miguel Couto a gente mostrava para ele: “olha, Cara, de cada dez pessoas que entram na UTI aí, sete morrem”. Aí o ‘cara’ falava assim: “Não, não é possível!” Eu falei: “É possível, é só você olhar os dados dos últimos

dez anos. Nos últimos dois anos, cada cinco morrem. Mas se você fizer a média dos últimos dez anos, dá sete. É um absurdo! Ou o cara está chegando muito arrepiado aí na UTI e morre mesmo, ou o cuidado está uma porcaria.”

Quando a gente começou a olhar por isso e tentar dar força para o pessoal do ambulatório – o pessoal que tinha que levar o conceito de saúde para a população, a gente não pensava em rede não. Não pensava em rede temática, não pensava em nada dessas coisas. Nessa época era apenas olhar e mudar os conceitos que a Rede de Saúde trabalhava com a população e com seus profissionais. E dar força para algumas inovações, discussões, etc. A integralidade da Secretaria de Saúde era complicada. Deixa eu te dar um exemplo: Em 92 teve esse negócio da Rio-92, lembra? Foi nesse ano maluco que a gente estava no primeiro ano, achando que podia dar certo... e a gente tem que se despedir da Secretaria... a gente fez uma série de coisas e uma delas foram os programas de Saúde Escolar e a Saúde do Adolescente. Ainda não tinham pessoas que tinham cabeça para isso lá. Vieram depois: vem a Viviane, a própria Tereza [Costa da Fonseca] ... a Tereza sai do [Hospital] Jesus e vai para programa, mas fica no Jesus um tempo. E algumas pessoas que têm uma cabeça diferente: o Carlos, para Saúde Escolar; a Carla [Brasil] e a Maria Auxiliadora para as maternidades e para o pré-natal... Porque em 1992 teve a crise da UTI, né? E algumas crises também na área de Renal, que é mais da rede privada, conveniada ao SUS, né? Mas ocorreram essas crises e tinha que ter pessoas que discutissem isso.

Mas além da Rio 92, além do último ano de Governo para a gente, teve [a epidemia] da Cólera, você lembra? [Para atender aos casos de] cólera você tinha que buscar esses conceitos de atendimento. O exemplo que eu vou dar é esse: tanto para a Cólera, tanto para a Assistência do Adolescente ... a Meri Baran na Epidemiologia, que se estabeleceu e ficou muito bem, eu acho, também. Foi uma substituição de uma pessoa que estava lá há dez anos, 15 anos. Foi uma troca de conceitos na área de Epidemiologia. A menina lá da Epidemiologia: “temos que separar um andar de cada hospital, com 50 leitos. E não pode ser leito comum, tem que ser uma maca com buraco no meio” – porque o paciente vai ficar deitado e vai ficar com disenteria 24 horas, tomando soro na veia. Bom, ela pediu para comprar essas macas e os gerentes de compras não compraram a maca! Eles não chegaram a finalizar, mas eles não botaram para o edital que a maca tinha um buraco no meio, porque eles acharam que era loucura da mulher, mas nem foram lá conversar com ela. Você vê já numa Secretaria que o diálogo corria, o gabinete a porta aberta, não sei o quê.

A outra foi da [do programa de assistência ao] adolescente, que as meninas pedem para comprar pênis de borracha. Aí elas pedem para comprar 300 pênis de borracha. E

aí vai lá para o edital, o técnico lá da Infraestrutura, do Sérgio Coelho... Eles olham e falam: “Pênis? Não, ela errou, é tênis, com T.” Aí ele bota tênis e nem pergunta para a gente. Aí quando eu vejo o processo pronto para ser publicado está escrito tênis (risos)... Então você vê que os conceitos, a briga não era só com os profissionais de saúde não: a infraestrutura não estava preparada para implantar serviços novos, ideias novas, coisas novas; ou problemáticas, como a da Cólera né? Mas eu tenho cá comigo que a gente... até porque não deu tempo. Em 92, último ano da gente, não dava tempo de você respirar.

**MTC – Mas não foi o último ano, né, Werneck? Acabou não sendo o último ano.**

**AW** – Mas a gente só soube disso na eleição. O Cesar Maia foi eleito em outubro, novembro – naquela época eleição era em novembro ainda, né? - e aí em dezembro ele visita o [Hospital] Salgado Filho com a gente, com a equipe atual. Ele marca lá às 7 horas da manhã e às 7 horas da manhã a gente estava lá no [Hospital] Salgado Filho. E andando lá, para cima e para baixo, ele chama o [Ronaldo] Gazolla numa sala e convida o Gazolla. O Gazolla sai da sala falando: “Nós vamos continuar, porque ele convidou e eu, maluco aqui, aceitei.” Eu falei: “Maluco por maluco, a gente vai [fazer] dar certo esse negócio”. E a gente continuou. Mas a gente foi para lá para o Salgado Filho para se despedir, para agradecer ao Prefeito que saía – que era o Marcello [Alencar]– e aí passar para o Cesar Maia tudo o que ele precisasse. A gente não foi para lá para continuar, entendeu?

**MTC – Werneck, quando você sugere – e eu acho que você tem razão – de ouvir outras pessoas, porque a sua percepção é de que “a gente não estava fazendo nada nem pensando em rede nesse momento.” Eu não sei agora, olhando para trás, algumas situações que você acabou não citando... [como a atuação d]a Ana Ramalho, né? Algumas situações na Assistência Perinatal, embrionárias no câncer...**

**AW** – Mas isso foi depois de 1992. Lá para 93, 94, começa esse papo de rede. Que não começou com a gente. A gente foi absorvendo esses conceitos de fora. Algumas pessoas já traziam isso.

**CHP – Fala para a gente sobre exatamente isso, Werneck. Você está falando que em 93, 94, isso começa a ser de alguma maneira incorporado. Quem está trazendo? Está trazendo o quê? E com que implicações concretas?**

**AW** – Isso, para mim, começou com uma discussão muito grande, de 1992 para 1993, que foi o que era a porta de entrada do sistema. Todo mundo falava “porta de entrada”, a “porta de entrada” e o que eu me lembro é que a porta de entrada só era o Centro de Saúde, os Postos de Saúde e as Emergências. E a gente falava: “Não, cara! A porta de entrada, para a gente, é todo mundo. A porta de entrada é a assistência farmacêutica; a porta de entrada é na hora que o paciente acha que tem um câncer; é na hora que o paciente tem uma dor”. Então, o conceito de porta de entrada para nós, naquela época, começou a mudar. Até porque, justamente aí entre 1991 e 1993 foi criado o Agente Comunitário de Saúde, pelo Ministério; e em 1994 o Programa de Saúde da Família. Aí eu acho que começaram as discussões de rede, mas só em 94 – a segunda fase nossa – a melhor fase para nós, que foi a fase que o Prefeito participava das questões de Saúde e exigia que os seus setores sociais trabalhassem em conjunto: ele criou as macrofunções. Então, ao mesmo tempo que na Saúde começaram a aparecer os conceitos de rede, na área institucional também começou a aparecer o conceito de rede, entendeu?

O Cesar Maia ia para as reuniões do idoso e queria saber como a saúde olhava o idoso. E ele tinha uma visão até mais avançada do que vários de nós, entendeu? Você chegava no lugar para discutir o idoso e ele falava: “Mas vem cá, e aquela senhora que está com 55 anos, que já é idosa porque ela desgastada, ferrada, ganha um salário-mínimo, tem cinco filhos e o marido a abandonou. Essa é idosa ou não é?” “É idosa só por causa da necessidade social? É idosa porque está desgastada? O que é então? Essas críticas da multidisciplinaridade também foram muito grandes. E começaram a participar com a gente agentes sociais diferentes: a Secretária de Promoção Social, a Secretária de Educação. “Saúde na Escola? Deixa lá com o pessoal da Saúde.” “Saúde na favela? É com o pessoal do Desenvolvimento Social.” E isso começou a ser uma diretriz do governo.

Eu acho que nós fomos beneficiados com esses conceitos de Reforma do Estado dessa década, de 1994 a 2000. De 94 a 2000 a Reforma do Estado estava muito forte. No governo Fernando Henrique entra o Bresser Pereira e lança um Ministério da Reforma do Estado. Então, esses conceitos... “todo mundo tem que trabalhar em conjunto”, coletivamente, macrofunção, os nomes que dessem... o conceito de integração, de integratividade com as outras redes... “Bom, então a mulher eu tenho que olhar desde que ela está querendo engravidar até depois que o filho dela fizer um ano”. Está certo? Então, nós começamos com um conceito, lá na Secretaria, que são temáticas – não sei qual nome você usou – mas eram cuidados de atenção de grupos sociais. Então você olhava a mulher desde a gravidez de adolescente, até o filho dela... isso ainda entra

todo mundo. No primeiro ano tem que ter o pessoal acompanhando a taxa de mortalidade infantil e fazer a investigação do óbito. A gente começou a trabalhar olhando assim.

**CHP – Werneck, vou te fazer uma pergunta. Nessa época o Eugênio Vilaça já estava com aquela discussão de SILOS, né? Lá pela OPAS. Isso rebatia em vocês de alguma forma?**

**AW** - Nós fomos lá. Nós fomos convidados para um Programa de Atenção à Saúde, etc, etc. Rapaz... eu não gostei. Eu não gostei nada do que eu ouvi lá. O Eugênio fez duas palestras: uma na abertura do Encontro e outra depois, ele explicando como é que eles implantaram. E eu falava para ele o seguinte: “Olha, a minha sensação é de que isso aí vale para um município pequeno, sem complexidade. Se você está querendo exportar ou que a gente pegue alguns conceitos seus, eu até topo. Mas o Rio de Janeiro é um pega para capar! Não tem... integração. o governo federal quer engolir o governo do estado, o outro quer engolir o governo municipal e o pau come!” Então, é diferente um pouco. Agora, como conceito eu também acho complicado porque nós estamos trabalhando com hospitais de extrema complexidade e que para nós, na época, se você olhasse pela questão de você pegar um grupo social com câncer – Oncologia, por exemplo – o INCA... até um pouco a Fiocruz fez isso, mas o INCA não conseguiu. O INCA queria criar INCAs em vários estados. Acabou que ele não conseguiu e alguns estados criaram setores de Oncologia bem fortes – São Paulo, Rio Grande do Sul e até o interior de Goiás ali... e para cima também. Mas o INCA queria criar INCAs, federais, em várias regiões.

A Fiocruz foi diferente, ela foi absorvendo: absorveu Pará, Paraná, Minas... ela virou imperialista das instituições de Saúde. O Rio de Janeiro até passou por isso...

**CHP – Fui falar isso aqui um dia desses, numa reunião, quase fui apedrejado.**

**AW** – (risos) O estado do Rio ofereceu, em 2007, o IVB [Instituto Vital Brasil] para a Fiocruz e a Fiocruz não aceitou. (risos)

Então, a gente não participou muito com o Eugênio Vilaça. O Gazolla não gostou dele... o Gazolla era mineiro também, então eles se entenderam bastante lá com os mineiros, nós adoramos os caras lá, mas trazer para cá a gente não trouxe nada do SILOS. Nada, nada.



**CHP - Você esboçou uma crítica ao SILOS e ninguém pode dizer que ele tenha sido bem recebido em termos nacionais – pelo contrário, teve muitas restrições com relação ao SILOS. Mas a questão que eu queria te colocar é o seguinte: tudo bem. Então qual era a rede possível no Rio de Janeiro? Considerando a nossa realidade institucional... só para situar, a gente está falando da segunda metade dos anos 90?**

**AW** – É, 93 a 96 na Secretaria de Saúde e de 94 a 2000 no Brasil, no Ministério, que foram épocas muito semelhantes ali, né? Final do governo Fernando Henrique até a saída do Serra, em 2000. Aí entra o PT e tem outros conceitos, outras coisas, muda até o nome das NOBs, né? A NOB vira NOAS. Gostam de mudar nomes, né? Mas traziam conceitos diferentes.

Nós tentamos criar algumas redes. Por exemplo, uma rede que... essas dos cuidados e atenção nós conseguimos algumas coisas na Mulher, na AIDS, nas Doenças Infecciosas. Agora quando a gente foi conversar, Ana Ramalho negociar na época o começo dos cacons – tinha outro nome, era Polos Oncológicos, não sei qual é o nome – e... com os universitários, as reuniões eram ótimas. Fiz reuniões com todos os hospitais universitários, era maravilhoso. Mas não tinha efeito, entendeu? As pessoas não conseguiram se sentir integradas numa rede da cidade do Rio de Janeiro. No máximo, o pessoal da prefeitura dizia: “Nós somos a rede municipal, eles são a rede estadual. Quer criar a Rede de Atenção da Mulher é aqui na Prefeitura. Não vai juntar com esse pessoal do estado aí, que eles não vão fazer nada. Vai chegar lá na maternidade deles, eles não vão fazer nada.” Então, nós não conseguimos. E trabalhamos as redes no nosso ambiente. A gente tinha “x” maternidades, vamos municipalizar. A gente municipalizou as maternidades em 95, as federais – municipalizamos quatro ou cinco.

Queríamos ampliar um pouco a nossa, digamos assim, nossa influência no novo conceito de Atenção à Mulher – fazer um parto com banheira, com caminhar, com assistência, com enfermeira do lado. Bom, então vamos municipalizar, porque trazer os colegas dos serviços do MS para cá para eles fazerem junto conosco, nós não conseguimos. Municipalizamos no pau, quebramos a cara em várias coisas, municipalizamos as maternidades e os hospitais psiquiátricos, para criar a Rede de Atenção à Saúde Mental. Teve 500 debates na Saúde Mental!

**MTC – Só para deixar o registro: os PAMs já tinham sido municipalizados.**

**AW** – Os PAMs foram um pouquinho antes. É o mesmo termo de cooperação, mas eles foram assumidos administrativamente em fases diferentes. Nos PAMs o que valeu não foi a questão de você ter essas linhas de cuidado de atenção; foi você ter um

ambulatório receptivo. Porque a nossa impressão do PAM é que ele limitava os atendimentos. Nossa impressão não, nosso diagnóstico. Os caras criavam um... os caras que eu digo é todo mundo: médicos, diretores, chefes do PAMs, eles criavam uma carapaça em torno do PAM que só entrava e só fazia o que eles queriam. Então, o PAM do Matoso era uma ociosidade... tinha umas 50 salas, só funcionavam 10. Até o PAM ali do centro da cidade, perto do INCA, o PAM Henrique Valadares, que era um PAM fundamental ali para aquela região, os gerentes fechavam às 8 horas da manhã, entendeu? Abria às 7 h e fechava às 8 h e não entrava mais ninguém. Então, a visão do PAM era uma visão mais de “vai abrir, vai atender para produzir, tem que atender.” Oito consultas por médico é pouquíssimo, tem que ter 20. “Vamos produzir, vamos brigar para isso acontecer.”

Alguns caras que foram para os PAMs tinham umas especialidades... Esse colega que eu citei do Matoso, ele depois se envolveu muito com o Programa do Idoso. Então, lá no PAM Matoso ele fez um programa de atenção ao idoso de forma integral, passava na fisioterapia, passava não seu aonde... Mas no PAM não entrou esse conceito não, Tereza.

**MTC – Werneck, Carlos, deixa eu só... tive um *insight* aqui agora. Nesse período você falou dos PAMs, da municipalização dos PAMs, mas no início, logo na entrada de vocês, foram institucionalizadas, criadas, as áreas... Coordenações de Áreas Programáticas, que começaram com só com um coordenador, sozinho, sem um lugar físico para ficar, e depois foram progredindo. Mas essa proposta inicial era uma proposta onde esse Coordenador de Área Programática dialogava com diferentes níveis de atenção na naquela área que estava definida.**

**AW –** Mas a premissa era só administrativa, não era conceitual, de Rede de Atenção, de cuidado, nada disso. É o seguinte: na sua região você tem dez postos de saúde pequenos, dez centros de saúde, dez PAMs, hospital de emergência e você tem que cuidar desses todos. A premissa – isso foi de 91 para 92, né? Em 92 uma das coisas que avançou foi o Plano de Carreiras, que você não conseguiu aumentar o salário, mas, pelo menos, enxugou o plano de carreira, porque o plano de carreira que existia ainda tinha funcionário... lavador de lâmina, sabe? Da década de 50, das campanhas de tuberculose. Então, você enxugou esse plano e criou um incentivo financeiro, que era uma coisa que o César Maia gostou, em 93, e ele implantou uma lei que... a gente pegava uma parte do dinheiro, do faturamento. e distribuía pelos funcionários.

A seguir, em 95... porque a gente não conseguiu, porque teve que municipalizar e a

gente teve que atrasar. Em seguida, era para essas Coordenações virarem subsecretarias, com autonomia de gestão naquela área. Isso não acontece porque a gente teve que focar na municipalização. Quando eu volto do Ministério, em 1998, eu volto para implantar isso. A minha conversa de retorno com o Gazolla foi essa: “Gazolla, vamos implantar as Subsecretarias nas áreas de Planejamento”. Inicialmente eram cinco, passaram a ser dez. E o próprio Município, que usava só cinco, passou a usar dez em todas as secretarias, a partir da saúde. Primeiro foi a gente, depois a Educação, depois Serviço Social e aí o César Maia canetou para todo mundo – as dez áreas de planejamento. Algumas diferenças regionais: o limite da nossa, de Bangu ia até Realengo; a da assistente social pegava Realengo e não sei o quê, entendeu? Umas coisas assim. Mas o conceito das áreas de planejamento nasceu da Saúde.

E aí eu voltei para implantar isso. Tanto que eu assumo a Superintendência de Saúde. Eu vou para lá e falo com o Gazolla: “Olha, eu vou ficar um ano aqui, não vou ficar mais de um ano. No dia 10 de março do ano que vem, no dia 10 de abril do ano que vem, eu vou sair.” E o Gazolla não acreditou que eu ia sair.

**CHP – Werneck, o curioso é que a gente já está há uma hora fazendo a transição para o roteiro da parte dois (risos). Mas é tão bom, está tão rico, que eu não estou fazendo uma queixa.**

**Eu queria colocar uma outra questão. Você nos falou o seguinte... um pouco antes de você ir para Brasília, você está dizendo: “A gente já está lidando com uma certa concepção de rede, eu fui lá ouvir o Vilaça, ouvi com restrições, etc. E a gente vai construir uma rede possível, que é uma rede que não se comunica com as demais instâncias”.**

**AW – Com certeza.**

**CHP – Eu te o pergunto o seguinte: como é que nesse mesmo contexto, nesse mesmo período, outras capitais – São Paulo, Curitiba, BH – elas estão? Estou querendo te estimular a pensar de maneira comparativa. A gente está na média? A gente estava abaixo? Por que? Eu fico imaginando de Curitiba talvez tivesse avançado mais nesse processo. Evidentemente que a gente está falando de um país desse tamanho, que tem peculiaridades regionais imensas, né? Mas é para entender um pouco, em termos relativos, em termos comparativos, a nossa situação, no Rio de Janeiro, com relação às demais, às grandes capitais, daquilo que você conhece nesse período.**

**AW** – Eu acho que a gente estava abaixo da média nacional em termos de municipalização e estadualização. Houve movimentos fortes, né? Por isso estou dizendo: o primeiro momento vai de 91 a 94; e o segundo momento vai de 95 a 2000. Foi quando o governo federal realmente falou: “Olha, reforma do Estado... transferência de responsabilidade, apoio financeiro, apoio administrativo...” o governo federal tinha esse conceito, né? Tanto que o Estado do Rio de Janeiro... o Marcello Alencar assume alguns hospitais federais, mas ele não municipaliza hospitais estaduais para a Prefeitura. Então, você vê: isso era uma incoerência, a gente tinha essas incoerências e essa estadualização deu errado. Tanto o governo municipal devolve ali, no governo Cesar Maia, né? Ele devolve lá, em 2001, os municipais; e os estaduais foram devolvidos automaticamente, porque o estado perdeu o controle da rede que tinha recebido. Então a gente estava mal, a gente nunca conseguiu integrar os três gestores, por mais que tivessem gestores diferentes, sem nenhuma lembrança, memória, de algum conflito anterior.

Mas na nossa época o primeiro gerente do MS que tentou impor regras para a gente foi o irmão do Itamar Franco – o irmão do Itamar Franco era o responsável pelo Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Então, ele era Deus! Ele sentava na mesa e não te ouvia! Só vomitava um monte de coisas. Vomitava dinheiro, dizia que tinha isso, que tinha aquilo.... ele nunca tinha sentado numa cadeira dentro do SUS e estava impondo uma série de regras no Rio de Janeiro. Então, essas arestas, esses distanciamentos, essas coisas assim, o Rio de Janeiro estava atrasado em relação aos outros. Bem atrasado, bem atrasado. A gente não conseguiu romper esse conflito, até hoje. Até hoje!

**CHP – Werneck, vamos falar um pouquinho finalmente da sua ida para a SAS. Como é que foi esse processo da sua ida? Como é que você construiu o seu encaminhamento para lá e qual sua agenda programática, lá?**

**AW** – O [Carlos] Albuquerque era já era um ministro diferente nessa época, porque ele substitui o [Adib] Jatene. Eu sempre digo que um Ministro tem que ter duas coisas: ele tem que ter dinheiro e tem que ter poder. O Jatene teve poder, mas não teve dinheiro; o Albuquerque teve dinheiro, mas não teve poder. E foi só o Serra é que teve poder e dinheiro juntos, né? O Albuquerque substituiu o Jatene, que tinha sido a figura-mor, que ia salvar o SUS. E implanta uma CPMF, né? Apesar que ele só começa arrecadar a CPMF em 97, né? 96 para 97, ele começa a arrecadar. Mas ele já tinha dado os aumentos em fevereiro de 96. Então, quando o Albuquerque entrou – em outubro, novembro [dezembro] – e eu entrei, em janeiro de 97, a gente tinha que pagar as

dívidas de 96 e tinha que já pagar, atualizado, de janeiro de 97 a dezembro de 97. E aí era famosa briga da CPMF. A briga era: “A CPMF está te dando R\$ 10 bilhões de reais. Isso é dinheiro novo ou ele substitui o orçamento que já existia?” Até o [Pedro] Malan [Ministro da Fazenda 1995-2003], apesar da sua cabeça de estado reformista não sei quê, ele dizia: “Não, isso dá garantias a você que não vai faltar, mas isso substitui o seu orçamento. Apesar disso, a gente conseguiu ali – nesse ano de 97 para 98 – criar essa regra... não fomos, né? Isso é uma discussão antiga, mas [para] implantar regra do aumento do PIB, de um ano para o outro, o orçamento tem que aumentar também.

Então, o que o Albuquerque entra e começa a pensar: “Será que o Alceni Guerra, lá em 91, tinha razão quando dizia que o problema do SUS era de gestão?” Em parte, sim, porque os nossos gestores são muito ruins, os prefeitos não participam, os secretários municipais de Saúde são muito mal treinados, a grande inteligência e formação de pessoal está mais na Região Sudeste... o cara lá do interior do Acre não sabe nem o que é NOAS, NOB... enfim, em parte ele tem razão, mas não vale a pena a gente olhar para dentro do Ministério, ver como o Ministério está trabalhando, para ver se o Ministério pode ajudar esse sistema que está fazendo... de alguma maneira, ele pode ou não pode ajudar? O Ministério da Saúde, em vez de ficar criando regra nova, o que ele pode fazer para resolver?

Então, em novembro e dezembro [de 1996] ele sai conversando com os secretários das capitais maiores. Quando ele está de Ministro ele convida alguns profissionais e vai lá no Rio também, ouvir o Gazolla. E o Gazolla me leva e leva o Carlos Mercês também, nós três. Aí ele gostou da conversa, olhou a Secretaria, viu como é que era... aí convida a gente de novo no Rio Grande do Sul e nós vamos ao Rio Grande do Sul. E ele perguntava para a gente: Como é que vocês vêem o Ministério?” Ele era diretor do Hospital Universitário no Rio Grande do Sul, um hospital que era empresa – ele tinha poder e tinha dinheiro também lá, ninguém mandava nele. E a gente falava para ele: “O senhor é Ministro de qual parte do Ministério?” Aí ele falou: “Como, qual parte?” E eu disse para ele: “Tem o Ministério da AIDS, tem o Ministério da Atenção Básica, tem o Ministério da Epidemiologia, da Vacina e dos Remédios, tem o Ministério do antigo INAMPS – ainda existe lá, Ministro –, tem Ministério que é o Gabinete do Ministro, tem o Ministério que fala com os hospitais e tem o Ministério que fala com a rede privada”. Ele falou: “Quantos Ministérios são”? Eu falei: “São sete, Ministro” (risos).

Então, essa visão de baixo para cima fez ele escolher algumas pessoas e ele convidou o Gazolla para ser Secretário no MS. O Gazolla falou: “Não dá para eu ir, eu opero, eu gosto de ficar no hospital, eu opero toda quarta e sábado, eu tenho meu consultório, não vou largar”, etc, etc. E declinou do convite. Aí o Ministro perguntou para ele, eu

nem estava junto: “E O Werneck, pode vir?” Ele falou: “Pode, o Werneck, pode!” E já me mandou para lá. Aí, ele me chamou na casa dele para jantar, fomos eu, ele e Mercês, e ele falou: “Olha, o Ministro te chamou para trabalhar lá”. Falei: “Ah, eu não quero, Gazolla”. Vai não vai, vai não vai e eu fui. Fui lá em Brasília, conversei com a equipe do Albuquerque, conversei com o Chefe de Gabinete, que era um cara que trabalhava com o Albuquerque há muito tempo, que era um professor de Administração em Saúde, da área administrativa. Conversei com o Barjas Negri, que era já um indicado do Fernando Henrique ainda na época do Jatene, porque no negócio da Reforma do Estado o Bresser propõe os “homens de ouro” do Fernando Henrique. Então eles botam nas Secretarias Executivas, independente do Ministro eles botam os homens de confiança dele. E lá no Ministério era o Barjas Negri, um cara oriundo da Educação de São Paulo, ligado ao [Mario] Covas, ligado ao Fernando Henrique e era um homem de ouro. Era um economista que tinha todas as credenciais para assumir a Secretaria.

A conversa com o Barjas seguiu muito legal. Tinha lá suas brigas com o Ministro, reclamações, porque o Albuquerque não era Ministro, o Barjas era; o Albuquerque falava um monte de coisa, o Barjas reclamava de como a gente lidava com a imprensa, com a comunicação... Tem esse negócio de marqueteiros do governo, isso é uma aporrinhação só. Como se fala com a imprensa, tem um treinamento de marketing, é um saco. Então, o Barjas reclamava mas vivia muito bem com a gente. E o Barjas leva algumas pessoas para lá, que foi o Januário Montone, que foi para a Funasa e depois assume a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Era um administrador de carreira, um cara da Universidade de Campinas, um sociólogo. E aí ele leva algumas pessoas e a gente... eu já participava de algumas coisas do governo, né? E a gente ia absorvendo ali.

Voltando. O Albuquerque teve essa visão: “eu quero alguém das prefeituras ou do estado, que esteja na linha de frente da Secretaria e que tenha uma visão de como o Ministério tem que trabalhar com esses caras”. Então, você perguntou qual era a minha diretriz. Eu cheguei lá e falei com o Albuquerque: “Albuquerque, é o seguinte, vamos olhar o sistema. Quem é que manda nesse negócio? Os secretários estaduais, eles mandam aqui no Ministério da Saúde, mas é verdade, eles são os clientes principais. Ao mesmo tempo, a gente tem que dar força para o município”. Então, a minha diretriz principal lá, no momento, foi criar uma estrutura que dialogasse com os secretários estaduais de Saúde e discutisse com eles o desempenho da rede. Então a gente cria um Programa de Avaliação de Desempenho das Secretarias Estaduais de Saúde, que tinham três grandes temas, olhavam três grandes temas. E aí no final, dizia:

“Olha, sua Secretaria de Saúde está faltando “gestão informatizada”. Sei lá, um exemplo. Então vamos criar os sistemas, vamos melhorar os sistemas de informática do DATASUS, para poder atender.

E a outra coisa era fazer a transferência automática de recursos, que estava na NOB 96 ... E a terceira coisa que eu cheguei lá, que envolvia, era a extinção do INAMPS. O INAMPS tinha sido extinto em 91, mas não tinha acabado. O Secretário da Assistência à Saúde era o inventariante. Eu falei: “Eu quero acabar com isso, vamos fechar o INAMPS”. E a gente fecha o INAMPS em 1997... ficaram algumas regrinhas lá, administrativo, para fechar depois. E fazer a reorganização da Secretaria de Assistência à Saúde, com essa transferência automática, pagando as dívidas. Então, a gente aprimorou lá os pagamentos. Em 97, se você for analisar pelo desempenho, 99% do orçamento, eu gastei 99% do orçamento da Secretaria de Assistência à Saúde – coisa que, nos anos anteriores, eles não tinham gasto nem 80, 70, 60% do orçamento. Eu acelerei aquele negócio para pagar as dívidas e fazer essa avaliação.

Aí a gente teve alguns problemas, por exemplo: os secretários estaduais que tinham poder e fala... o secretário do Covas, que era o [José da Silva] Guedes, em São Paulo, era muito poderoso, sempre foi, o secretário de São Paulo sempre foi muito poderoso. Mas sendo do Covas, do Fernando Henrique e o Guedes sendo também, já participando da panelinha política paulista, ele praticamente não falava comigo, ele levava direto as coisas para o Albuquerque, ele não passava por uma discussão técnica. Então quando a gente mandou fazer a avaliação lá em São Paulo, a equipe do MS era coordenada por um professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: o [Eduardo Luiz Andrade] Mota. Eles foram para São Paulo e o Guedes nem recebeu a equipe do Ministério da Saúde, mandou o Chefe de Gabinete dele receber. O Chefe de Gabinete dele era uma figura, depois foi Chefe de Gabinete do Serra, né, o [Otávio Azevedo] Mercadante – não é o Aloísio Mercadante, é outro Mercadante, também experiente no SUS, depois ficou no Butantan, quando saiu do governo federal, um cara muito legal. Mas ele chegou lá e o Chefe de Gabinete perguntou: “O vocês querem?” Ele falou assim: “São três equipes. Uma vai avaliar toda a tua parte de informações; a outra vai avaliar a tua estrutura; e a outra...” “Ah é?” Aí chamou o técnico de Informações: “Fala aqui para esse pessoal do MS”. E aí a equipe ficou lá dois dias em São Paulo, conversando com o pessoal de base, e eles falaram a verdade! A equipe perguntando assim: “Tem sistema informatizado?” Ele falou: “não. Não. Não.” A nota de São Paulo foi 4,5. E aí o Guedes ficou maluco, foi no Ministro, o Covas foi no Presidente, foi no não sei o quê, porque “O Ministério não podia fazer isso com ele”. Eu falei: “Secretário, é a resposta do questionário”. E ele: “Mas quem respondeu o

questionário?” Eu disse: “Vocês, pô”.

Então, havia essas idiossincrasias do poder, na hora de você negociar se os secretários estaduais eram realmente os clientes. Então a gente tinha os secretários estaduais como os sujeitos que recebiam as primeiras orientações e tinham que distribuir isso no Brasil, mas a gente abriu algumas pontes com a Secretaria Municipal de Saúde. No Rio de Janeiro eu também não consegui fazer **nada** (dá entonação à palavra). Criei uma comissão, interligação entre os gestores daqui, mas a reunião não acontecia, não existia, enfim.

**CHP – Werneck, esse último ponto que você está chamando atenção, eu queria te provocar um pouco mais. Durante a gestão do Temporão, eu me deparei com um documento institucional do Ministério que se referia ao Rio de Janeiro como uma esfinge – essa expressão está no documento. O Rio de Janeiro seria alguma coisa misteriosa, né? Na maneira como é tratado nesse documento, se consegue avançar em processos institucionais de construção de rede em alguns lugares, mas no Rio de Janeiro, por alguma razão, as coisas não conseguem se encaminhar. Agora você de Brasília, olhando o país inteiro – você está aí no final dos anos 90 – qual era a leitura, mais uma vez em termos comparativos, do Rio de Janeiro? Por que o Rio de Janeiro não avançava? Quais são as questões, na leitura de vocês naquela época... queria até separar a leitura que você faz hoje desse processo da leitura que você fazia naquele contexto. Qual era o diagnóstico naquele contexto, no final dos anos 90, da realidade do nosso estado, no que se refere à rede de atenção?**

**AW** - Eu peguei era o meio do ano. Era final do governo Marcello Alencar no estado, e na prefeitura tinha sido eleito o [Luiz Paulo] Conde. E o Gazolla tinha continuado. Então, éramos amigos. No governo federal, a gente pegou um médico que vinha da área da reforma psiquiátrica, que era o Ricardo Peret, que tinha sido diretor do Pinel e todo mundo dizia que era o melhor administrador de hospital que se conhecia. Pegamos o Peret e botamos na rede Federal e falamos: “Olha, você vai ter que dialogar com o pessoal do Marcello Alencar e com o Gazolla. E eu vou dando uma força por aqui. Eu vou no Rio e dou posse para você, mas uma posse diferente. Não vamos fazer aquela posse de ir lá para o escritório do INAMPS para te dar posse. Não, nós vamos fazer uma reunião administrativa, em que você assume a função, mas você já conversa com os diretores dos hospitais e com o pessoal do Gazolla e com o pessoal do Marcello Alencar” – que era o Medina, mas o Medina era só médico mesmo. Quem operava a SESRJ era Rosângela, Walter e outros colegas lá. “Então nós vamos fazer um dia inteiro



lá, de uma agenda com você, para você fazer isso”. E a gente faz a agenda: conversa com os diretores dos hospitais federais de manhã; almoça com o Gazolla; de tarde vai para o estado e de noite eu vou embora. Aí a minha sensação. Eu saí e falei: “O dia foi ótimo, maravilhoso, só não vai dar certo esse negócio.” Liguei para o Peret e falei: “Peret, você faz o máximo que você puder, eu acho que vai ter dificuldade aí com a Secretaria Estadual de Saúde...” Na época eu já... meu diagnóstico era esse, cada um era encastelado no seu canto. Quando o federal conversava com o município, o estado embarreirava; quando o federal conversava com o estado, o município embarreirava; ou os três se embarreiram! Cada vez esse xadrez era pior.

Fora esses conceitos da presença “inampiana” aqui no Rio, né, que o hospital é a casa que tudo resolve. É muito forte! Os profissionais dentro do hospital, eles acham que é só para o hospital que ele tem que olhar. “Eu só olho para os Servidores”. “Eu só olho para o Pedro Ernesto”. O resto é o resto. Então esses dois conceitos de conflitos institucionais e a visão “inampiana” ainda muito forte de que você é um encastelado na sua instituição é, para mim, um grande defeito. Isso aí eu tinha na época, continuo tendo hoje e pode ter outras coisas.

Essa figura da esfinge aí é legal para chamar atenção, mas a gente tem diagnóstico disso: realmente os caras botaram aqui... o poder dos deputados sobre a rede federal era muito grande. O poder dos deputados sobre a rede municipal também era muito grande. Rompeu ali no ciclo César Maia, que dá ao Gazolla poder dele nomear quem ele quiser. A gente fez alguns acordos, de pessoas que eram indicadas por deputados. Mas era o sujeito da rede. Eu acho que o deputado, o vereador ficou com vergonha e já... já botavam um profissional, um médico do hospital para não trazer de fora. E ele sabia que ali o diretor não podia fazer nenhuma loucura, não podia criar uma enfermaria para os apadrinhados dele na região, mas o Hospital dos Servidores... além de ser um local... tinha uma suíte presidencial lá, para qualquer coisa, né? Apesar que eu acho que é meio absurdo isso, mas tinha enfermaria só para deputado. Eu assisti lá, em Brasília, várias brigas de deputado. Uma briga que tinha a nossa deputada Jandira Feghali, um deputado de primeira hora – que tinha sido da Siderúrgica Nacional, que era o pessoal do PTB, que na época não era do PTB ainda, era o Roberto Jefferson, e um grupo do PMDB, meio PSDB também, que era até lá de Niterói.

Foi engraçado nessa reunião, porque batiam na mesa! A Jandira mandava no Bonsucesso, não tinha outra! “Não, lá não entra ninguém!”, ela batia na mesa, assim. E o deputado que estava entrando, novo, falava: “Não, mas eu quero o Bonsucesso

também!” O deputado era do PFL, mais poderoso do ponto de vista da presença política. Mas acabou ficando a Jandira com PFL... nem na época do governo Fernando Henrique isso foi tão... a gente conseguiu romper esse domínio dos hospitais, entendeu? A gente nomeou algumas pessoas legais e tudo, mas não rompia. Então, essa terceira perna era muito poderosa. A influência política, externa à saúde, por interesses ou de grana – do cara botar grana – ou interesse de poder e de influência, ou de alguns benefícios – ter uma enfermaria só para ele e mandar os eleitores fazerem lá os exames na hora, ser atendido por quem queria, etc, etc, isso é muito poderoso no Rio. Isso, para romper com isso, é fogo.

Uma vez, numa sexta à noite, me liga a chefe da Assessoria Parlamentar do Ministro e fala: “Pô Werneck, tem um deputado lá, passou a semana inteira enchendo o saco do Ministro que o hospital dele.... ele não está conseguindo isso, isso e isso”. Eu falei: “Segunda-feira eu vejo, mas me dá o nome do hospital aí”. Ela falou: “Pera!”. E ela volta: O nome do hospital é Raphael de Paula Souza”. Aí eu falei: “Esse hospital não é dele, esse hospital é do governo federal. O que ele deve estar com problema é que ele não nomeou o diretor lá. O diretor não é dele. O diretor foi nomeado pelo grupo da tuberculose, que indicaram a direção de lá para gente e a gente nomeou. Ele deve estar puto por causa disso”. Aí ela desligou, deu o maior esporro no deputado, voltou no telefone e: “Vai passar o fim de semana, Werneck. Eu já resolvi o problema”. Resolveu nada, aquilo era brigalhada o tempo inteiro.

Então essa terceira perna, eu senti na época, vi essas brigas de deputados. Teve um exemplo de ... que também o poder entre estado e município é muito forte. A gente tinha que municipalizar ou estadualizar um hospital em Salvador – acho que essa até eu já falei, da outra vez. E aí nós vamos para lá. Cheguei, abri a reunião: “Está no SUS, esse hospital é federal, agora a gente está transferindo... dá dez anos 10 anos de investimento, tanto tempo... dez anos para pagar o pessoal, essas coisas todas e depois faz uma avaliação”. E transfere todo o orçamento, a gente quer transferir 100%. Ah, o orçamento aí agora é R\$ 100 milhões? R\$ 100 milhões para o município ou para o estado. Então aquilo abriu o olho do Secretário. Mas o secretário de estado era nada mais, nada menos, que irmão do Antônio Carlos Magalhães – irmão mais velho ainda, porque a família era toda de médicos. E acabei de falar e ele disse: “Werneck, isso não tem nenhum problema. Esse hospital vem para o estado e está decidido”. E aí a Prefeitura calou a boca. E era uma reunião da Saúde, não envolvia governador, não envolvia prefeito, não envolvia nada. Era o Secretário estadual, o Secretário municipal, um representante do hospital – que eu acho que não foi o diretor no dia, porque ele

estava doente – e a minha equipe, a nossa equipe lá da SAS: eu, Roberto Magalhães e tinha o Mota também, da Bahia. Mas o Mota nem pôde entrar na reunião porque ele era inimigo do Secretário de Estado – o Mota era do PT e o Secretário de Estado queria até que eu demitisse ele. Eu falei: “Ah, Secretário, não vou demitir não. O Mota não vai te atrapalhar em nada aqui”.

Então, essa terceira perna, Carlos, tem que considerar. Eu não eu não chamaria de esfinge, porque a gente tem todas as condições de rastrear esse poder, entendeu?

### **CHP - Nessa terra de caciques, qual era o papel de órgãos colegiados como a CIB, por exemplo? Como é que como é que funcionavam?**

**AW** - Uma boa pergunta. Antes das CIBs, as comissões locais e regionais tinham um nome também. Ninguém obedecia a ninguém; terra de ninguém. Elas gerenciavam mais o apoio de recursos federais, talvez, e uma trocadinha ou outra, um prefeito que conseguiu conhecer o diretor do INTO e mandava os pacientes de Ortopedia para lá, não sei o quê. Mas assim: “vamos organizar aqui em conjunto, numa boa, conversando, dialogando... bota em cima da mesa tudo que você tem...” não tinha. Tanto que uma das críticas que a gente sofreu muito no Rio, na Secretaria de Saúde, é que os secretários municipais da baixada e do interior falavam assim: “Vocês recebem a mesma quantidade de PAB, PAC, não sei o quê, AIH do que a gente e, além disso, vocês têm os hospitais federais que tem orçamento aí e atendem as pessoas do Rio.” E a gente falava para eles: “É verdade, isso aí é verdade. Mas a gente atende também, em vários lugares, 30% de pessoas que não são do Rio. Então, não adianta fazer só a crítica. Tem que botar em cima da mesa e analisar as coisas em conjunto”.

O orçamento do Rio, *per capita*, somando todo mundo, realmente é maior do que o orçamento *per capita* de vários estados – talvez seja só abaixo de São Paulo, talvez até maior que o de Minas. Mas então a figura dessas comissões era para discutir as normas, a aplicação do dinheiro federal, a integração da rede. Implantação, por exemplo, do SAMU, só foi acontecer depois disso aí, depois de 96. Eu saí de lá em 98 e não tinha SAMU ainda. Eu acho que o Samu só em 2001, 2002 – a Bárbara está aqui completando que foi Humberto Costa (risos). Então é... 2003, desculpa! O Serra sai em 2002. Então, o papel das CIBs era complicado. Era ineficiente do ponto de vista desse tipo de relação. Agora, para biscoitar recursos a CIB sabia correr atrás (risos).

***Uma voz fala, ao fundo.***

**AW** - Ela está citando aqui... Uma das críticas que a Bárbara sempre e eu apoiei também, é que as CIBs nunca... não sei como é que tá agora, mas naquela época nunca se articulava com conselhos municipais e os conselhos estaduais de saúde e, às vezes, enfraqueciam o poder dos conselhos municipais e estaduais. E a gente apanhava bastante na Prefeitura por causa disso.

**CHP** – Tereza, a entrevista está ótima, a gente tem um roteiro e o Werneck vai se antecipando a uma série de questões que a gente vai colocando, de maneira que dando saltos, assim... não tem necessidade de retomar coisas que eu acho que ele já deixou, no meu ponto de vista, bem claro, mas você pode retomar, viu, Tereza.

**MTC** - É uma riqueza de comentários e a gente vai aprendendo e também se lembrando. A única coisa que eu não queria perder a oportunidade é que o Werneck pudesse nos indicar pessoas da Secretaria ou deste momento aí dos anos 90 e dos anos 2000, que trabalharam com ele ou não. Pessoas que você acha que a gente poderia ouvir nessa perspectiva de fortalecer... de ganharmos oportunidade de contato e entrevistas mais ou menos dessa natureza.

**AW** – Quando eu fui trabalhar com o Gazolla a primeira vez, em 83, a visão era um pouco de você construir uma equipe: o Gazolla era rato de hospital e eu era da saúde pública, da atenção básica, era do posto de saúde, era médico de família, gostava dos programas. Implantei lá vacinação... fui um dos implantadores da vacina da pólio em 80, lá em Niterói. Então o Gazolla não tinha essa visão, ele só tinha a visão de hospital. Hospitalar... era um cara maravilhoso, mas quando ele entrava na área de saúde pública... então, essa constituição eu sempre levei na vida: “Vamos trazendo pessoas com esse tipo de visão”. É claro que vocês não vão entrevistar todo mundo que foi gestor ou coordenador ou superintendente na época, né?

**MTC** – Quem você acha que a gente devia entrevistar?

**AW** - Assim, por exemplo, você é uma das entrevistadas (risos), você não tem como escapar. Você é da pesquisa, não pode. Mas assim, a Ana Ramalho é uma pessoa que entrou com essa visão; a Cristina Boaretto, que foi Superintendente de Saúde Coletiva, né? De coordenador eu falaria da Telma Bataglia...

**MTC** – Ótima lembrança. Até porque, circulava no federal, no municipal...

**AW** - Na área de programas, a Viviane e a Betina eu acho que são indispensáveis. Talvez a Dôra [Maria Auxiliadora]... a Carla Brasil hoje continua lá, então acho que às vezes a visão mistura muito. A Dôra, na atenção infantil... para não levantar muitos nomes, seria isso. E diretor de hospital... diretor de hospital... é uma dúvida. Nessa época era o Paulinho Plim-Plim, que é vereador aí. O Paulo Pinheiro. A gente chamava de Paulinho Plim-Plim, porque ele adorava aparecer na Rede Globo. Tinha alguma coisa no [Hospital] Miguel Couto, ele chamava logo a Rede Globo.

### **CHP – E em Brasília?**

**AW** – Em Brasília vocês podiam chamar o Eduardo Mota, esse cara do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, que era um cara que tinha essa visão. Era um petista infiltrado no PSDB, na época (risos). Os dois caras que ficavam comigo, no gabinete, eram o Roberto Magalhães e a Vera Andrade mas eram mais da assessoria do gabinete, lidavam com os programas, lidavam com isso, mas...

### **MTC – Roberto chegou depois, né?**

**AW** - Eu cheguei lá em janeiro, ele chegou em março. Ele era da UERJ, tinha que liberar algumas coisas lá... aí demorou um mês.

### **MTC – Mas isso na década de 90?**

**AW** - Em 1997. Quando eu voltei para a Prefeitura... o Roberto falou: “Posso ir com você?” Eu falei: “Claro!”. Ele ficou lá conosco e implantou a Política de Indicadores de Desempenho Hospitalar e de Unidades Básicas. Mas ele trabalhou lá no Ministério comigo também. E ele foi do INAMPS! O Roberto, ele assina... eu acho que ele assina a famosa portaria lá, de 1982. Qual é aquela portaria? Que era dos... 3046, né? Ou a 4036. Essa portaria ficou famosa porque ela dizia que eram quatro consultas por hora, você lembra? Era a portaria que marcava....

### **MTC – Era a referência de todas as pesquisas de avaliação (risos).**

**AW** – Isso. Isso. Ele assina essa portaria. Ele era assessor do... acho que era o Hesio já, na época. Ele era assessor do Hesio. A Regina Saraiva era assessora, nessa época, do

Hesio, mas a Regina eu acho que não vale a pena, porque ela tem essa visão só dos indicadores, ela é muito fechada nisso, muito focada nisso. Ah, só esses nomes. Se eu lembrar mais algum, mando para vocês.

**CHP – Werneck, antes de acabar e de te passar a palavra para você falar o que acha que merece comentário, eu queria te fazer mais duas perguntinhas. Ao longo da nossa entrevista a gente está o tempo inteiro preocupado em construir um filme, um processo. A gente foi dando conta de uma dinâmica de como as coisas foram se definindo, se constituindo. Se a gente olhar hoje para nossa rede - agora um retrato – qual é o retrato possível da Rede de Atenção à Saúde no Brasil e no Rio de Janeiro? A primeira coisa que eu queria te ouvir, um retrato assim: como é que você avalia a nossa situação em termos nacionais e locais. Essa é primeira pergunta. A segunda pergunta é assim: obviamente você vai elencar muitos problemas, ninguém vai se espantar com isso. À luz dos problemas que precisam ser enfrentados, quais são as formas viáveis de enfrentamento das problemáticas da nossa realidade, tanto brasileira quanto local, para a gente, de fato, construir uma Rede de Atenção à Saúde que faça jus ao nome, né, que seja de fato uma rede. Então são duas perguntas. No final das contas é um pouco o diagnóstico, qual é o diagnóstico possível da Rede de Atenção à Saúde Nacional? Sei que isso é muito difícil, pois estamos lidando com uma variedade de situações regionais muito importante, mas, em termos gerais, qual o comentário possível? Como é que a gente pode diagnosticar nossa realidade local e, à luz desse diagnóstico, o quê, na sua opinião, precisa ser feito?**

**AW -** Você quer que eu fale umas três horas ou então posso falar em 30 segundos também, naquele negócio: “Eu acho horrível”, e acabou. (risos)

Eu estou muito decepcionado com o desempenho que a gente teve na pandemia. Estou muito decepcionado, tanto os Profissionais de Saúde como um todo, como a rede em si, entendeu? As pessoas criando só núcleos de atenção, em vez de abrir as portas do serviço de saúde para a Covid, entendeu? E essa coisa do heroísmo... cada vez que aparecia na televisão aquele negócio do cara que teve alta da Covid e ficar batendo palma para ele, aquilo me dava uma dor no estômago do cacete, porque a gente sobreviveu a tantas coisas no Sistema de Saúde que... aplaudir ali aquele sujeito que teve Covid, que eu eu não sei como é que ele pegou a Covid, não sei se ele foi um irresponsável, se ele realmente tinha dez doenças e nem sabia o que era Covid – só foi saber o que era Covid lá dentro. Enfim, eu fiquei muito decepcionado, eu vi coisas aqui na Rede Pública de fazer um PCR e dar resultado 15 dias depois! Um resultado que pode sair duas horas. Fazer PCR em cadáver? Um desperdício do teste, só para

confirmar se aquele cadáver era Covid ou não. As máximas da saúde pública foram desrespeitadas nesses últimos anos.

Eu saí da área de Serviço de Saúde ali em 2006, 2007. Até 2006 eu fiquei na Fiocruz – 2003, 2004, 2005 e 2006. Então, já não estava muito no serviço, mas eu tinha uma relação com a moçada da rede, né? Então a minha visão era uma visão ainda lá de 2000, 2001, 2002... eu não sou a melhor pessoa para te dar essa opinião agora, eu sou mais um olheiro já aposentado. Eu posso te dizer assim a decepção que eu tenho, de ver como foram tratadas as pessoas na Covid. “Ah, bom, mas foi só a Covid?” Não. Isso pode ser para o câncer, pode ser para parto... Eu agora tô no Conselho de Medicina, também, e vejo muito processo lá de má assistência obstétrica. E tem essa briga dentro... do que é a violência obstétrica. Alguns levam essa radicalidade dessa expressão da violência obstétrica e os outros ficam falando... “Violência obstétrica? É um absurdo criticarem um obstetra.” Enfim, eu tô muito deprimido por causa disso, entendeu?

Eu acho que a rede pública degingolou de uma forma tal nos últimos dez anos, que é incrível. A dedicação que eu sentia há 40 anos atrás, quando entrei na rede em 77, eu não vejo mais não. “Ah bom, tem uns médicos ainda aí, tem uns enfermeiros, tem algumas pessoas trabalhando que são dedicadas...”, mas a multiplicidade de formas de pagamento, as formas de gerência de saúde, elas criaram um ambiente de caos e confusão. As pessoas não ficam no hospital mais de um ano, dois anos. Nem tem mais gosto de dizer: “Sou do [Hospital] Salgado Filho”, “sou do [Hospital] Souza Aguiar”. Não tem mais esse negócio. Ainda tem o Instituto de Cardiologia, o INTO/INCA não sei o quê, ainda tem alguns... em algumas unidades ainda tem isso. Talvez nos hospitais universitários também. Talvez no ambiente onde eles acham que eles são donos e fazem o que querem. E ninguém enche o saco deles.

Talvez na Fiocruz isso aconteça para caramba, né? O profissional que é que é contratado tem um tipo de cobrança de serviço; o profissional que é concursado aí... então eu acho que veio junto... o sistema de saúde, como a mão de obra dele é o sistema público, veio junto essa degradação da relação do poder do estado com o seu pessoal. Aqui na minha região, no meu bairro de Petrópolis, a gente tem uma associação de moradores e tem um movimento de moradores razoavelmente forte. São 1.800 pessoas, então a gente se conhece, as pessoas se falam, conhece todo mundo, não sei quê...

### **CHP – Rodrigues deve estar aí, né?**

**AW** – É. Não aqui na região. Por lá, junto à Secretaria.

Aí, o posto de saúde fez uma apresentação do que é a equipe de Saúde da Família. Eu falei: “Cara, pô, não dá. Depois de 30 anos de SUS, um enfermeiro, responsável pelo posto de saúde, fala aquelas barbaridades na minha frente... a gente errou em alguma coisa”. Quem está transmitindo os conceitos de Saúde para a população, está transmitindo completamente equivocado. Então a rede de saúde tem esse... o poder do estado degringolou essa relação com seus profissionais; e os profissionais, que já tinham alguma visão deformada, ou não, do INAMPS ou, sei lá do quê, da vida toda que a gente teve, a gente não conseguiu mudar a cabeça desses caras. Nós fomos ineficientes. Então, as soluções para isso: aquela velha máxima da carreira de Estado.

Tem alguns colegas que desde o início do SUS, lá em 86, tem um aí da Fiocruz... que é o Eduardo Costa, que foi Secretário de Estado da época do Brizola e participou da fundação do SUS no Brasil. Ele, [Sergio] Arouca, Davi, foram para Itália três, quatro vezes! Depois foram para a Inglaterra oito, dez vezes, para trazer as coisas – além deles, outros foram também, né? Mas o Eduardo Costa, quando assumiu a Secretaria de Estado, ele falou: “Eu não quero ser secretário das unidades estaduais de Saúde. Eu quero ser secretário das unidades públicas de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, e com elas trabalhar”. Também não conseguimos. Na época, conseguimos passar alguns postos de saúde para alguns municípios: Paraty, Niterói, Friburgo, Campos... foram poucos, dos 90 municípios à época, passamos para oito ou dez. Passamos para Petrópolis...

### **CHP – Eu tinha até pensando em conversar com o Eduardo Costa. Ele está doente, né?**

**AW** – Ele esteve doente, mas está legal agora já.

O Eduardo, desde aquela época, ele falava: “Vamos fazer...” - você sabe que o Gentile [Carlos Gentile de Mello], eu acho que falou isso – “Vamos fazer cada postinho de saúde até o hospital, como se fosse o Banco do Brasil. O Banco do Brasil vai abrir uma agência nos cafundós de Goiás, aí tudo é o Banco do Brasil: a cor amarela e azul; o símbolo; a cadeira; todas as coisas iguais e o gerente lá faz a mesma coisa que o gerente da cidade do Rio de Janeiro, da Avenida Presidente Vargas. Então, ele recebe o mesmo treinamento, ele ganha menos, porque trabalha na cidade tal, tem outros



incentivos... mas todo mundo vê: o Banco do Brasil é o Banco do Brasil”. Ele falava: “o posto de saúde tinha que ser tudo azulzinho, verde, com aquela cruz do SUS e o Bonsucesso tinha que ter a cruz do SUS”. O enfermeiro daqui de onde eu moro, por exemplo, não colocou nem a logomarca do posto, nem a logomarca da Prefeitura, nem a logomarca do SUS na apresentação dele. Ele era um cara que estava ali fazendo o bem, porque ele é enfermeiro e foi contratado para isso: está fazendo o bem para a população.

Então esse conceito é... Talvez uma verticalidade da conceituação do SUS fosse importante. Do símbolo do SUS e a forma do SUS chegar na população – isso é uma verticalidade interessante, um novo pensamento.

A outra coisa é a radicalidade da descentralização. Não tem porquê mais você ficar enrolando, porque o deputado manda no... não tem, isso não existe. “Ah, porque o Prefeito... eu não municipalizo porque o Prefeito é horrível, é corrupto.” Não tem pré-requisito nesse caso. A gente já está há 30 anos e não municipalizou em vários lugares.

Eu acho que a terceira questão é essa questão dos indicadores e critérios. Os indicadores e critérios – seja de saúde, seja de financeiro ou administrativo – o Brasil não discute isso, entendeu? A gente esqueceu a legislação, esqueceu as regras, esqueceu as coisas. Não sei se o volume de coisas, se o brasileiro é assim, se o brasileiro só resolve as coisas por intuição do que por coisas concretas e fatos concretos, mas o planejamento em saúde, a organização...

O governo agora lança uma rede para substituir a Rede Cegonha. “Aumentamos o dinheiro de R\$ 900 milhões para R\$ 1 bilhão e 600”. Palmas! Alguém discutiu essa rede? Eles discutiram com alguma... eles discutiram desempenho da Rede Cegonha? Antes da Rede Cegonha, qual era a rede que existia? Quem são esses atores?... Então, isso está no sangue! Tem que dar uma depurada nesse sangue aí e usar critérios, história... esquecem as histórias! Histórias que a gente está revivendo aqui, conversando há cinco, seis horas, esquecem, passam adiante.

A gente errou, falou besteira durante muito tempo (risos). Cada lugar que a gente passou, a gente teve um papel. Uma vez uma aluna da minha turma, depois de uma aula do José Mendes Ribeiro e do Nilson [do Rosário Costa] sobre o desempenho das unidades de saúde, uma aluna pergunta: “Mas se tem todos esses problemas aí, por que vocês ainda querem ser diretor de hospital, secretário, secretário municipal?” Aí a gente falou: “Eu acho que a gente pode fazer diferença ainda, entendeu? A gente pode fazer alguma coisa para tentar melhorar, no meio disso tudo”. Mas o volume de coisas

contrárias ao desempenho público racional é enorme nesse país, é enorme. A gente está num... governo federal que fala que a gente é uma merda, que o funcionário é uma merda. Então fica... “o funcionário é uma merda”.

Eu não sou a melhor pessoa nesse momento, por estar deprimido com o que eu vi aí, na atenção à Covid. A moçada aqui no posto de saúde em pé, na chuva, para dizer que estava com tosse, e o profissional dizer que não vai atender, e mandar ele para UPA em Itaipava – que tem que pegar um ônibus de uma hora e pouco. E se ele tiver com Covid? Pegar um ônibus de uma hora e pouco de ida e de volta! Enfim, vi as pessoas abandonando as pessoas dentro dos hospitais. Vi gente entubando, que não sabia entubar. Eu não sei entubar, mas eu digo logo: “Eu não sei entubar. Quer que eu entube? Me dá uns dias, uma semana, para poder ir no anestesiológico, em algum serviço e me treina, porque senão não dá para entubar”. Também vi colegas dobrando o plantão, porque ele viu que na equipe seguinte ninguém sabia entubar. Lá no [Hospital Municipal Ronaldo] Gazolla. Um cirurgião plástico que tem formação de cirurgia geral e trabalhava com entubação lá no fundão, ajudando a preparar os pacientes e entubar – então, esse colega médico tinha experiência. Ele se ofereceu para ir ao plantão do Gazolla, chegou lá e viu isso. E mostrou para a gente o que era. Eu não fui lá ver, mas vi pelas mãos desse cara, como é que era esse negócio de entubação.

Discutir entubação com pessoal de Medicina de Família, porque teve uma hora que a prefeitura disse que talvez, quando eles recebessem o paciente com Covid e tivesse determinados sintomas, já tinha que sair entubado de lá na ambulância para o vaga zero. Aí, a gente discutiu: “Vocês estão malucos, pô. Vocês vão ficar malucos. Porque não são 100% das gravidades que preciso de entubação, em primeiro lugar. Em segundo, nenhum Médico de Família sabe entubar. Nenhum! Me diz aí um e a gente vai mostrar para a SMS ... esse aí, a gente vai dar uma placa para esse sujeito”. Aí a prefeitura voltou. Mas chegou a distribuir kit de entubação. Depois voltou atrás: “Não, nós queríamos que o Médico de Família entubasse. Era para a ambulância ter o kit, para não chegar lá e faltar, porque já tinha atendido outro e não tinha kit na ambulância, tinha que ter um kit na unidade...” Deu um monte de desculpa, mas ela disse inicialmente que queria que os Médicos de Família entubassem.

Eu diria que essa coisa do conhecimento em Saúde, eu vi poucos... Secretária, etc, terem uma continuidade, sei lá, cinco, dez anos, de formação em serviço. A gente não resolveu isso no SUS, entende? Pode ter coisa específica: o médico vai se formar em transplantador de fígado. Aí ele vai lá para o Bonsucesso e passa três anos na

residência, faz quatro, cinco anos, tudo bem, isso tem. Mas o profissional, no dia a dia, discutindo os conceitos e as aplicações, as formas, uma coisa continuada... eu me lembro que a prefeitura do Rio fez isso aí com o Daniel [Soranz], no meio ali... da primeira vez que ele foi Secretário. Eles fizeram um acordo com a UFRJ, que também deu uma merdinha do caramba, corrupção, que botaram um monte de gente lá, mas tinha os preceptores e o funcionário ganhava R\$ 5 mil, R\$ 6 mil a mais para participar de um incentivo... não sei se da fundação lá do Fundão, que a Prefeitura passava um dinheiro para eles. Era uma forma dele tentar levar preceptores e pessoas se acharem que estavam em treinamento. Mas acabou que virou um *plus* a mais de dinheiro, entendeu? “Ah, quem está ali, escalado para lá, ganha R\$ 6 mil a mais. Se eu vou treinar, se eu não vou treinar...” isso não era o importante.

Então, essa coisa de uma capacitação permanente, que a gente sempre falou, capacitação em serviço, nós nunca fizemos. Nós acabamos com as escolas técnicas – o estado do Rio de Janeiro fechou a escola técnica. A escola aí da Fiocruz forma 200 pessoas. Tem que formar três mil, cinco mil por ano, 10 mil por ano.

**CHP – E eu acho que menos de 3% vão para o SUS.**

**AW** – E menos de 3% vão para o SUS. Mas você sabe que isso eu acho ruim? Eu era criticado por isso. Lá no Vital Brasil a gente treinava as pessoas aí vinha a Roche e contratava o técnico; aí vinha a indústria farmacêutica, e contratava o cara. Aí falavam: “A gente gastou um dinheiro para...” Eu digo: “Não, isso é para o Brasil. Isso é para o Brasil, o profissional é brasileiro, ele está em qualquer lugar. Se ele por acaso pegou uma sementinha do que eu falei aqui para ele aqui, nesses dois anos que ele esteve com a gente, eu já estou satisfeito.” Então, eu não reclamava quando o técnico que eu formava ia para o SUS ou para outro lugar. Agora, esse percentual que você está falando é realmente trágico, né? A gente não consegue absorver no SUS quem a gente forma. A gente acaba formando para outros lugares. Esse percentual é muito ruim, né?

**CHP – Olha, Werneck... fantástico! Eu queria... Tereza, você tem alguma questão a fazer?**

**MTC** – Não.

**CHP – O próprio Werneck, você tem algum comentário?**

**AW** – Não.

**FIM DA ENTREVISTA**