

## Site OHS – Depoimentos Históricos

### Projeto:

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

**Data:** 25 de março de 2022

**Depoente:** Luciana Maria Borges da Matta Souza (LB)

### Entrevistadores:

Carlos Henrique Assunção Paiva (CHP)

**Local:** Rio de Janeiro

**Duração:** 1h35min50seg

### Como citar:

DEPOIMENTO de Luciana Borges. **Site do Observatório História e Saúde – COC/Fiocruz.**  
Depoimentos - História da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 25/03/2022. Disponível em: <<http://ohs.coc.fiocruz.br/>>. Acesso: **dia** de **mês** de **ano**.

# Transcrição da entrevista completa

Carlos Henrique Paiva (CHP) – Luciana, você é uma personagem do processo de expansão da atenção primária no nosso município do Rio de Janeiro. Então, nós vamos explorar um pouquinho a sua trajetória, que está umbilicalmente ligada a esse mesmo processo de expansão. Queremos conhecer também melhor as ações, as iniciativas, as políticas e também a estrutura político-administrativa associada à atenção primária no âmbito do município, tá bom? Então, só para registrar: hoje é dia 25 de março de 22. Estou conversando com a com a professora Luciana Borges, a quem agradeço muito a disponibilidade.

Aliás, só para registrar: hoje é dia 25 de março de 22. Estou conversando com a com a professora Luciana Borges, a quem agradeço.

Luciana, só para te situar um pouco: eu estou querendo entender como é que vão se modelando, no interior da Secretaria Municipal de Saúde, burocracias profissionais afinadas com atenção primária. Como é que essas burocracias vão... Em que momento elas vão se constituindo? Em que momento elas vão se definindo como estruturas mais vigorosas, do ponto de vista das suas capacidades em agendar atividades no interior da Secretaria? Elas começam a ser ouvidas, digamos assim, pela mais alta burocracia com mais cuidado, porque elas já representariam uma força técnico-política importante no âmbito da Secretaria? Quando é que isso acontece? De que forma isso acontece, conduzido por quem? Para início de conversa é isso. Depois eu vou introduzindo algumas questões e você vai aí, claro, mobilizando sua memória à vontade.

**Luciana Borges (LB)** – Eu vou pedir desculpas de alguma coisa de memória. Eu, naturalmente, sou uma pessoa que tem uma memória ruim. Filha de mãe... (risos)

Então, vamos lá: o que eu posso te dizer? No final dos anos 80, início dos anos 90, na Secretaria Municipal de Saúde, o professor Ronaldo Gazolla era o Secretário de Saúde. E aí foi criada toda uma hierarquia – eu acho que foi o primeiro grande movimento da atenção primária na Secretaria Municipal de Saúde. Foi criado por ele o Departamento de Atenção Primária e quem era a pessoa responsável era Cristina Boaretto - Maria

Cristina Boaretto. E ela criou, nesse mesmo momento, nos anos 88, 89, ela começou a estruturar na linha de programas por ciclo de vida. Então, ela começou a trabalhar Saúde da Criança, Saúde da Mulher... que eram os pontos mais fortes para ela, até porque ela é oriunda da Saúde da Mulher e ela sempre teve uma militância muito grande nessa questão da Saúde da Mulher.

Na Saúde da Criança você pode até ter mais informações do que eu, porque era a Tereza Costa a coordenadora da Saúde da Criança, foi ela que assumiu o PAISC [Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança]. Lá era PAISC, exatamente como era o Ministério: PAISC, PAISM..., né? E a Saúde do Adulto não existia, era adotados aqueles... as lógicas programáticas. Tinha... pois não.

**CHP – O que você está falando, em termos administrativos, é da Superintendência de Saúde Coletiva?**

**LB –** Isso, a Superintendência de Saúde Coletiva, era a SSC. Então, ela tinha o PAISC, PAISM, tinha Programa de Hipertensão, de Diabetes, de Hanseníase, Tuberculose, Doenças Imunopreveníveis... que era o Setor de Imunização, perdão. Tinha a Vigilância Epidemiológica... começou, também, nesse momento, a DST-AIDS, que se tornou muito forte. Enfim, era basicamente isso.

**CHP – Essas estruturas, Luciana, são estruturas muito tradicionais na Saúde Pública Brasileira. Elas estão vindo do passado, não é?**

**LB –** São tradicionais se a gente olha para hoje, né? Há 30 anos, 32 anos, atrás eu acho que nenhum município tinha isso.

**CHP – A questão que estou colocando é a seguinte: como é que foi montar... O que você está me dizendo é o seguinte: essa Superintendência de Saúde Coletiva seria os primórdios de um grupo voltado para atenção primária no interior da Secretaria, né? Mas, no entanto, essa Superintendência de Saúde Coletiva está organizada no modelo dos velhos programas.**

**LB –** Sim, nesse momento era! Nesse momento era dos velhos programas e foi durante muito tempo.

**CHP – Eu fico imaginando, depois, o que foi romper, dismantelar esses programas, para se instituir um grupo técnico com identidade própria, ligada à atenção primária, deve ter sido um processo super...se é que isso aconteceu...**

**LB –** Não existe até hoje.

**CHP – Esse é o ponto.**

**LB –** Não existe até hoje. Ainda existe essa coisa. Eu acho que quando o Eduardo Paes chegou e, logo depois, começou com o Hans [Dohmann] e depois com o Daniel Soranz, é que eles conseguiram quebrar algumas coisas, porque eles transformaram tudo em Saúde da Família e esses programas se linkando com Saúde da Família.

**CHP - Eu acabei te interrompendo. Antes de a gente parar no Soranz, você estava falando desse trabalho conduzido pela Boaretto, ali na virada dos anos 80 para os anos 90, com essa Superintendência de Saúde Coletiva. Como é que a Boaretto... Qual era o tamanho da equipe da Boaretto? Qual era o tamanho disso?**

**LB –** Era muito grande. Era muito grande, porque cada um desses setores tinha, no mínimo, três a quatro pessoas trabalhando. Tinha a Boaretto como chefe e a Boaretto tinha assessoras – tinha uma média de quatro a seis assessoras, que era a Ana Maria, a Nani; a Katia Ratto, um grupo assim, ligado a ela. E cada uma dessas coordenações de programas tinha também um grupo de pessoas trabalhando. Então era um volume bastante grande. Se você for pensar, não tinha menos do que 40 pessoas envolvidas nessa Superintendência, não.

**CHP - Mas não tinha, Luciana, ainda nada parecido com uma política nacional para atenção básica.**

**LB –** Não, não...

**CHP – O PACS [Programa de Agentes Comunitários de Saúde] só em 91. Então não havia, por parte desses grupos, nenhuma identidade com atenção básica?**

**LB –** Não, não! Cada um estava focado na sua caixinha.

**CHP – E como é que isso vai começar a mudar? Fala um pouquinho.**

**LB –** É a Tereza Costa que acaba mudando isso.

**CHP – A Maria Tereza Costa?**

**LB –** A Maria Tereza Costa, isso. O que acontece? Em 1991... em 1990, na verdade, no final de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde alinha junto ao CEDAPS [Centro de Promoção da Saúde], que não é o CEDAPS, é a Fundação Américo de Viveiros, a FAV, um convênio que era Secretaria Municipal de Saúde, Fundação Américo de Viveiros e a Universidade Cornell, de Nova York, através de uma ONG chamada The Health Foundation. Essa The Health Foundation era de um milionário norte-americano, que queria mostrar, provar, que a difenil-hidantoína – que é um anticonvulsivante – serve

para tudo. Aí ele resolveu investir no Terceiro Mundo para mostrar isso. E uma das coisas que ele queria mostrar era que a difenil-hidantoína servia para feridas – feridas de perna e tudo mais. Eu não sei porque cargas d'água, o Daniel Becker, que era o representante da Fundação Américo de Viveiros aqui e tinha conexão com essa The Health Foundation, além de ser funcionário público Federal cedido à SMS-RJ, ele criou em Vila Canoas um modelo de atenção – primeiro modelo de atenção primária intracomunitário, digamos assim – onde tinha o pediatra, o clínico geral, o dentista e uma agente comunitário de saúde.

Isso ele inaugurou lá em 89, por aí, sendo que em 90 eles chegaram à conclusão que não podia mais ser esse modelo, até porque o Ministério da Saúde estava criando, estava implantando, o Programa Saúde da Família. E eles optaram por criar ali dentro um modelo experimental do Rio de Janeiro em Programa Saúde da Família. Então o Rio de Janeiro já estava desenvolvendo, na verdade, três tipos de intervenções diferenciadas: o modelo da Rocinha, que era intracomunitário, mas não tinha o médico de família – era por especialidades; o modelo de Agentes Comunitários da Saúde, na Maré; e aí eles queriam implantar em Vila Canoas, São Conrado, com apoio da The Health Foundation, um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de um embrião do Programa Saúde da Família, que seria lá e seria no Parque da Cidade, lá na Gávea.

Com isso ganharam recursos, fizeram investimento em obra numa estrutura física intracomunitária para transformar no postinho de saúde pequenininho, bem pequeno, e foi feito um concurso. E foi nesse concurso que eu participei e entrei e me tornei, junto com a médica selecionada para Parque da Cidade, a primeira médica de saúde da família oficial da SMS-RJ.

### **CHP – Em que ano você entra?**

**LB** – O concurso foi em 90 e eu começo em março de 91. Porque eu estava saindo da residência de Pediatria. Ainda estava, em 90, na residência de Pediatria. E disse a eles que eu só poderia assumir março de 91 e eles me esperaram. Eu acho que, dentre as pessoas entrevistadas, eles acharam que eu tinha perfil para ser o médico experimental de lá, embora eu fosse uma pediatra de Hospital Universitário – eu estava saindo da residência, mas eu sempre quis fazer isso. Eu não fiz Medicina de Família na época, porque não existia. E aí, começou lá... eu acho que junto com o Programa de Agentes Comunitários da Maré foi a primeira estruturação embrionária de algum tipo de intervenção de atenção primária mais horizontal, mais global, mais integrativa e tudo mais.

Era uma estrutura onde tinha um agente comunitário, um técnico de higiene dental, uma dentista, uma médica – que era eu – e uma assistente social. Era tudo isso pago pela The Health Foundation, através da Fundação Américo de Viveiros, e supervisionada pela Secretaria Municipal de Saúde. Então nós tínhamos que nos adaptar aos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.

### **CHP – Ainda na condução da Boaretto?**

**LB** – Sempre na condução da Boaretto.

Aí, o que acontece? A gente começa a trabalhar e eu ia, com o meu carro, pegar caixa de medicamentos no posto de saúde da Gávea para levar para a comunidade. Era uma coisa muito pouco estruturada, era absolutamente artesanal. Eu era treinada na Secretaria de Saúde com os protocolos que eles queriam: então, eu fui treinada em hanseníase, tuberculose, preventivo, planejamento familiar, aquela coisa toda. Levava os medicamentos, os exames eram coletados no Posto de Saúde da Gávea, os pacientes com hanseníase e tuberculose, eu encaminhava para lá. Pacientes que, porventura, tinham que ser internados eu encaminhava para o [Hospital] Miguel Couto, mas eu tinha livre acesso ao Miguel Couto para ir visitar os pacientes. A gente começou com todo o processo básico da Saúde da Família, de cadastramento das famílias... só que não existia, não existiam microáreas, porque só tinha uma agente comunitária, que era a Luzia. A gente tinha cerca de... naquela época eu tinha cerca de 600 famílias sob nossa responsabilidade territorial, sanitária e tudo mais.

Aí, o que acontece? Por algum motivo assim... dois ou três anos depois, eu chego e digo que não quero mais continuar lá, que eu queria fazer o meu Mestrado e o Mestrado não era profissional, era Mestrado Acadêmico, era o dia inteiro. Eu tinha um vínculo da Secretaria Municipal de Saúde que era usado lá e transfiro esse meu vínculo para plantão, esquema de plantão. E eu te confesso que com isso inativa o projeto lá em Vila Canoas, provisoriamente.

### **CHP – Isso meados dos anos 90, né?**

**LB** – Foi em 94. Porque eu passo para o Mestrado em 94. Aí é inativado lá, porque não conseguem um outro médico para ir para lá, para a comunidade. E aí eu vou para o plantão, só que eu me torno extremamente infeliz, Carlos. Antes disso tem uma coisa muito legal: a Teresa vai visitar a comunidade enquanto Coordenadora do Programa da Criança. Porque eu preenchia todos os documentos que os postos de saúde tradicionais tinham. Então, eles tinham controle dos meus hipertensos, dos diabéticos, dos tuberculosos, dos hansenianos, das gestantes... eu preenchia tudo que todo

mundo preenchia e o dado que eles recebiam é que eu tinha mortalidade infantil zero. Você conhece a Tereza Costa. Ela disse: “essa garota não está preenchendo os dados corretamente”.

**CHP – “Tem alguma coisa errada.”**

**LB** – “Tem alguma coisa errada.” E foi assim que eu conheci Tereza Costa. Ela diz que não lembra. Mentira, ela lembra sim (risos). Ela foi lá na comunidade, lá na nossa Unidade de Saúde de Vila Canoas e ela disse: “Eu vim aqui tentar entender porque você tem mortalidade infantil zero”. E eu disse: “Doutora porque aqui a gente trabalha.”

**CHP – Isso antes da sua saída? Antes de 94?**

**LB** – Antes da minha saída. Isso foi em meados de 94. Porque eu era muito “cabelinho nas ventas” nessa época, queria mudar o mundo. Imagina uma mulher criticando porque não tinha... O legal era não ter mortalidade infantil. Ela vinha achando... estava duvidando do meu dado? Aí eu fui super agressiva com ela: “aqui a gente trabalha, Doutora. Se tem outros lugares que morre muito, aqui não morre não!” (risos) Aí ela... ok.

Saí de Vila Canoas. Confesso a você que não sei o que aconteceu com Vila Canoas depois, porque eu fiquei muito envolvida no Mestrado, dando plantão e final de semana trabalhava. Eu acho que inativaram a Unidade de Saúde nesse momento. Eu fui fazer o meu Mestrado. Uma das pessoas que fez mestrado comigo, na minha turma, era da equipe da Cristina Boaretto: era a Kátia Ratto. Aí um dia, num churrasco, eu encontrei a Tereza Costa. Mais uma vez. E a Tereza veio: “ah, essa é fedelha que não deixa criança morrer. Essa é a recém-nascida que não deixa criança morrer.” E aí ela me perguntou onde eu estava e eu disse que estava fazendo Mestrado no [Instituto] Fernandes Figueira, mas que eu estava muito infeliz, porque eu estava numa maternidade atendendo criança em CTI – que não tinha nada a ver comigo. Aí ela me perguntou quando terminava o Mestrado... por que eu estou contando...? Eu tenho uma lógica no que estou te contando.

**CHP – Fica à vontade, fica à vontade.**

**LB** – Ela me perguntou quando eu terminava a parte teórica do Mestrado e eu disse que eu terminava no dia 1o de novembro. Foi isso. Dia 2 de novembro Tereza Costa me liga dizendo assim: “Estou como diretora do Hospital Jesus. Você quer ser minha assistente? É pegar ou largar, porque eu segurei essa vaga para você esses meses

todos, desde o churrasco”. Eu disse: “Eu pego”. Eu queria sair do CTI neonatal, não tem nada a ver comigo. E fui para lá.

Com a Tereza eu fiquei de 95 até 98. E agora, isso que é importante. Em 98, Tereza Costa encontra com a Cristina Boaretto e Cristina Boaretto pergunta a ela o seguinte: “Você conhece alguém que tenha o perfil para assumir o Programa de Agentes Comunitários no Rio de Janeiro, que a gente está começando a criar? Mas tem que ser uma pessoa que goste de agente, que queira treinar”, não sei o quê, patatá..E foi assim que eu entrei na Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde. Foi com o PACS. Eu fui ser assessora da Cristina Boaretto na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – isso foi em 1998. Em 1999 – no dia 1o de abril, se não me engano – foi criado o Núcleo de Saúde da Comunidade (CSC), na Secretaria de Saúde, embaixo da Cristina Boaretto, como um outro programa. Então, tinha Programa da Criança, Programa do Idoso, Programa da gestante... da Mulher, Programa de Hipertensão, Programa de Diabetes e Núcleo de Saúde da Comunidade. Foi a primeira estrutura, tá? Só que eu era “eu-equipe”, era uma pessoa só. Era “eu-equipe” do Núcleo de Saúde da Comunidade. Nessa época eu recebi DAS, tudo o mais, enfim... e foi o Núcleo de Saúde da Comunidade.

Até que surgiu uma outra pessoa que queria sair do serviço, era uma enfermeira, tinha interesse em ir para o nível central e colocaram ela comigo: foi a Márcia Cid. E aí, aos pouquinhos, começaram a entrar outras pessoas: entrou a Vera Pacheco, que foi uma daquelas que você entrevistou, que eu te dei o contato... Isso tudo em 99, tá? Até que, em outubro de 99, a gente começou a implantar as primeiras equipes de saúde da família... antes a gente fez durante meses capacitação de agentes comunitários... na época eu era professora da [Universidade] Gama Filho e a Gama Filho me cedeu, graciosamente, salas de aula. A gente fez uma capacitação de 220 pessoas para serem agentes comunitários, fez uma capacitação em agente comunitário de saúde que a gente começou a espalhar em algumas comunidades. Dessas regiões que já tinham o PACS e que já tinha sido feito o mapeamento, colocado aquele mapa físico da estrutura, é que surgiram as primeiras equipes de Saúde da Família – que foram nove equipes de saúde da família, em Antares- Santa Cruz, na Ilha do Governador, no Complexo da Maré, em Paquetá e em Vilar Carioca – Campo Grande.

A partir daí, com esse movimento, o que começou a acontecer? A gente tinha no nível central três pessoas, que eram a Vera, A Márcia Cid e eu; e a gente começou a ter nas coordenações de área pessoas chave que começaram a lidar com essa questão da Atenção Primária à Saúde. Tudo muito pequenininho, tá? Isso foi no período do Conde, do [Prefeito] Luiz Paulo Conde. Quando virou a gestão, que foi o [Prefeito] Cesar



Maia... o Cesar Maia mandava e-mail para todo mundo, ele era um cara que trabalhava com e-mail sempre... Só que assim, ficou nove equipes! Nove equipes, aquela coisa bem basal. Quando virou o Cesar Maia, ele mandava e-mail para todo mundo e ele me mandou um e-mail provocador de uma pessoa de lá dos Conselhos Distritais de Saúde, dizendo que eu era do Luiz Paulo Conde e que tinha que ser tirada essa pessoa do Luiz Paulo Conde. E aí eu mandei um e-mail para ele dizendo assim: “eu sou do Luiz Paulo Conde, sou do Cesar Maia e sou de qualquer um que assuma a cadeira de Prefeito, porque eu sou funcionária da Secretaria Municipal de Saúde.”

Essa resposta atrevida para ele fez com que ele me chamasse no gabinete dele. Me chamou no gabinete dele, eu me tornei frequentadora assídua do gabinete do Cesar Maia e foi um momento – que foi em 2000, 2001, acho – aonde ele se “encantou” pela proposta da Estratégia Saúde da Família – óbvio que ele identificou que ali ele teria um monte de votos e tudo mais...

**CHP – Já tinha PROESF [Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família]?**

**LB –** PROESF foi logo depois. Foi antes do PROESF.

**CHP – Aí ele se encantou mesmo, né? (risos)**

**LB –** Aí ele se “encantou” mesmo. Mas antes do PROESF ele se encantou. Ele foi a Inglaterra, ao Canadá, nesses lugares todos, chegou para mim e disse assim: “você agora vai ser muito poderosa”. Ele queria que eu me candidatasse, depois, à vereadora e deputada. “Você vai ser muito poderosa. Você vai ser o maior dinheiro da Secretaria Municipal de Saúde.” E aí fui um escândalo, Carlos.

**CHP – Isso exatamente quando, Luciana?**

**LB –** Isso foi em 2000. Acho que em 2000.

**CHP – Quando ele falou “você”, ele está falando do Programa de Saúde da Comunidade? Do quê, exatamente?**

**LB –** Não. Ele está falando na Luciana que coordenava a Coordenação de Saúde da Comunidade. Ele vivia tentando angariar jovens para serem porta-vozes dele, como o Eduardo Paes e o Rodrigo Maia atuando como sub-prefeitos.

**CHP – Então, o Programa de Saúde da Comunidade teria o maior orçamento da Secretaria?**

**LB –** Da Secretaria Municipal de Saúde, exceto o orçamento hospitalar, que é muito caro, né? Mas na lógica programática, seria maior. Isso foi um problemaço, Carlos. Por

que? Porque a Cristina Boaretto... Então, durante muito tempo ela ficou muito chateada comigo. Porque o prefeito me chamava direto para conversar comigo, sem ela comparecer. Aí, quando eu chego para ela, toda feliz... mas eu acho que era muita inocência minha mesmo, entendeu? Quando eu chego para ela, toda feliz, dizendo: “Cristina, conseguimos...” na época eram cem mil reais por mês, eu me lembro exatamente disso. E cem mil reais mês era muita coisa naquela época.

“Nós conseguimos cem mil reais por mês para ativar a Estratégia Saúde da Família”. Ela ficou muito chateada: “como você consegue e não me avisa? Como você faz isso?” Eu disse: “ele me chamou, Cristina. E eu fui conversar com ele.” Juro que foi Inocência minha mesmo, não foi maledicência não. E aí ela fica muito chateada e tudo mais, mas não vai perder essa oportunidade. A gente assume esse dinheiro e depois a gente fez as pazes – ela ficou bem comigo. A gente assume esse dinheiro e aí começa a implantação das equipes de Saúde da Família junto com PROESF – logo depois vem o PROESF.

Nesse momento você começa realmente a estruturação da Saúde da Família no município. A pequena estruturação – porque eu saí, tinha só 119 equipes e a gente tinha cobertura de 16,5% da população. Então, a gente começa a estruturação e a vinculação com todas as CAPs: todas as CAPs terão representante do Núcleo de Saúde da Comunidade e cada CAP a gente desenvolve o GAT – que é o Grupo de Apoio Técnico – que eu vejo hoje como um precursor do NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família]. O NASF não existia, não existia essa coisa, mas a gente criou um grupo multidisciplinar, GAT, para otimizar o atendimento nas equipes e para dar resolutividade, já que a gente não tinha médicos de família nem enfermeiro de família de formação. A gente tinha pessoas interessadas nisso...

**CHP – Luciana, o que você está narrando aponta para o seguinte: até então, a Secretaria estava estruturada em função desses programas materno-infantil, hanseníase, tuberculose etc, que não à toa, vão ser programas que vão entrar de maneira muito vigorosa na atenção primária, não é? De alguma maneira, eu vejo que a cabeça dos trabalhadores da atenção primária ainda está muito formatada a partir da vigência desses programas. É como se cada um tivesse um DNA próprio dentro da atenção primária.**

**LB – E com os DNAs mais fortes do que o outro...**

**CHP – Isso...!**

**LB** – Por exemplo, DST-AIDS era super rico! E tinha aquele de terapias complementares, que era o pobrinho do grupo, entendeu?

**CHP** – **Eu te pergunto o seguinte: esse salto que você está narrando para mim aqui, esse processo que está se definindo nesse iníciozinho do século 21... 2000 e 2001, um pouquinho pré PROESF, mas logo depois também PROESF, com esse orçamento mais generoso, digamos assim, ele é também o momento em que vai ficar claro para a direção desses programas que esses mesmos programas não são fins em si mesmo, mas eles devem estar trabalhando articulados a um grande guarda-chuva chamado Atenção Primária?**

**LB** – Não

**CHP** – **Isso que eu acabei de dizer vai acontecer em algum momento?**

**LB** – Não. Nesse momento ainda não. O que a gente fazia? A gente tinha que fazer os treinamentos introdutórios – os Tis. No treinamento introdutório, teoricamente, o que o Ministério da Saúde preconizava era que o treinamento introdutório fosse de 20 horas, pra que você entendesse as ferramentas da Saúde da Família, que era a territorialização, a contagem de domicílios, o preenchimento da ficha A, essa coisa toda. Só que a gente queria exatamente integrar os outros programas, porque os outros programas estão dentro da Saúde da Família! Se você luta por uma política de estado que é a Saúde da Família como porta de entrada, você tem que entender isso!

Só que o acontece, Carlos? Esses programas eram muitos mais antigos! Então, eles não queriam participar, porque eles tinham medo de serem diluídos na Saúde da Família. Aí, qual foi a forma que a gente teve, de se aproximar deles? O nosso treinamento introdutório se tornou não só um treinamento introdutório, mas também uma apresentação de todos os programas e todas as linhas de trabalho, das linhas de cuidado da Secretaria Municipal de Saúde. Foi assim que a gente começou a se aproximar dos programas. Os programas, entendendo que, na verdade, a Saúde da Família é o mecanismo de capilarização do trabalho deles. Só que era dicotômico, porque você tinha um pequeno grupo de pessoas que era do Saúde da Família e o restante da Secretaria Municipal de Saúde.

**CHP** - **Essas pessoas, esse pequeno grupo, que eram parte do Saúde da Família, se identificavam como parte da Atenção Primária?**

**LB** – Sim, sim.

**CHP** – **E, certamente, os programas não?**

**LB** – Os programas não, porque os programas cortavam os diversos níveis de assistência. Quando eu falo de Programa da Criança, eu falo da criança com verminose, mas eu falo da UTI neonatal. Da tuberculose, eu falo da tuberculose na Atenção Primária, mas eu falo também do hospital onde tem aquele paciente multiresistente ao tratamento. Então, esses programas transitam pelos três níveis de complexidade. Então, eles não se consideravam da Atenção Primária. É que, na verdade, a gente era uma parte deles. Se você entende numa lógica programática, eles são maiores porque eles contemplam ações que vão além da atenção primária.

**CHP – Atravessam toda a rede, não é?**

**LB** – Isso. E o grande problema... e foi isso... por conta do investimento maciço no Saúde da Família – seja pelo César Maia, seja pela entrada do PROESF – eles se sentiram ressentidos, porque eles tinham as demandas deles também e não tinham recursos. Por exemplo: quem foi super legal e super apoiador nosso foi o pessoal das terapias complementares. Por quê? Porque o espaço deles era a Atenção Primária. E eles eram tão marginais quanto nós. Então eles entraram e, cara, foi um trabalho fantástico, porque todas as equipes de Saúde da Família foram capacitadas em terapias complementares. A gente foi treinado para fazer a horta comunitária, para fazer fitoterapia. As pessoas eram capacitadas em massoterapia, auriculoterapia, enfim, nessas coisas todas.

Enfim, o que acontece? De 2000 a 2004, a gente tem essa expansão: de 16 equipes para 119 equipes. Aí entra o Ronaldo... Quem é o quê do Ronaldo Cezar Coelho? É o segundo mandato do César Maia? O Ronaldo Cezar Coelho, eu não me lembro quem foi o prefeito.

**CHP – Eu também não me lembro...**

**LB** – Eu acho que foi o segundo mandato do César Maia. Aí entra o Ronaldo Cezar Coelho e aí é uma situação super delicada, porque entra o... Não, perdão. Antes do Ronaldo Cezar Coelho entra o... da Fiocruz, que a gente ama de paixão, que morreu. Da Reforma Sanitária...

**CHP – Ah, claro... Foi demitido pelo prefeito! O Arouca.**

**LB** – O Sergio Arouca. Entra o Sergio Arouca e quer trazer toda a equipe da Fiocruz. E aí, a gente vive uma situação de absoluto limbo, porque ele traz o...[Marcos] Besserman com ele, que era pediatra do Fernandes Figueira e quer que o Besserman

assuma a Atenção Primária. E ao mesmo tempo, eles não me demitem. Então fica uma saia justa, porque você não sabe quem é quem. Você tem toda uma equipe bacana – O Sergio Arouca, a Lucia Souto, enfim – chega um monte de gente legal, mas a Saúde da Família, nesse momento, fica meio no limbo porque tem o Besserman que, teoricamente, seria o chefe da Saúde da Família, mas que não assume; e tem eu que não sou, mas que estou assumindo ainda o processo.

Só que dura pouco tempo, acho que isso dura 6 meses. Aí eu chego para a Lucia Souto e digo: “Lucia Souto, me demite, me tira do cargo, me põe para outro lugar! Porque não dá para eu ir para uma reunião e vocês conversarem com uma outra pessoa e sou eu que estou conduzindo as coisas. Eu acho que você tem que me tirar do cargo”. Mas aí, logo depois o Arouca sai e assume o Ronaldo Cezar Coelho.

O Ronaldo Cezar Coelho quando assume, ele não tem o menor interesse na Atenção Primária. Ele está interessado em coisas mais mega, então ele faz um investimento pesado na questão da rede hospitalar, ele quer convênios com o Ministério da Saúde e tudo mais... o que para nós, nesse momento, é até interessante porque ele deixa a gente trabalhar. Ele tinha um assessor, o Cadu, que ficou muito próximo de mim, era um cara gente boa toda vida.

### **CHP – O Cadu [Carlos Eduardo Aguilera Campos] da UFRJ?**

**LB** – Não, não. O Cadu, administrador de empresas. Era do grupo dele, era um assessor político dele, que ficou com a minha interlocução. Mas era uma pessoa com quem eu conseguia conversar e me deixava fazer as coisas. Só que me deixava, a ponto de um dia eu entrar no gabinete do Ronaldo Cezar Coelho e dizer: “o senhor tire os meus agentes comunitários da rua com as suas placas!” Ele pegava placa de candidato político e botava os agentes comunitários para ficar segurando no meio da rua. Eu passei pelos agentes comunitários na frente da Secretaria de Saúde segurando... “Cara, que coisa é essa? Eles são meus agentes comunitários!” Aí, fui lá no gabinete e disse: “Doutor Ronaldo, com todo respeito, eu não admito que o senhor faça isso!” E o Cadu chegou no “deixa disso...” “Deixa disso o caramba, Cadu ! São pessoas para estar dentro da comunidade, não para segurar placa! Vocês contratem gente para segurar placa, não os agentes comunitários! Está desvirtuando o trabalho...” Enfim, foi o único momento de atrito que eu tive com ele. Ele deixava a gente fazer o que a gente queria, nesse momento a gente tinha PROESF, a gente tinha dinheiro, já não precisava mais dele e ele não percebia o dinheiro que estava sendo destinado para Atenção Primária... enfim, foi um momento que deu para gente trabalhar. O Arouca já tinha

direcionado para Atenção Primária e ficou, ele não percebeu isso. Então a gente tinha tempo para fazer as coisas.

E por fim... isso foi até 2003. Em 2003... aí que começa a minha memória a falhar, tá? Eu não vou saber mais dizer. Porque em 2003 eu tive um sequestro-relâmpago por um táxi pirata e eu desenvolvi estresse pós-traumático: eu não conseguia mais pegar nenhum meio de transporte. E nessa época, para você ter uma ideia.... eu sou muito rigorosa para essas coisas, eu tinha motorista que me levava para as comunidades. Mas eu não usava esse motorista para me levar para casa, para nada disso. Aí eu fui morar em Teresópolis – eu continuava trabalhando no Rio, mas fui morar em Teresópolis, porque eu estava com medo do Rio de Janeiro. E era o maior problema, porque eu tinha uma assessora que é a minha amiga muito querida até hoje, a Nina, que é a pessoa que eu quero que complemente para você a memória, né? Ela ia com o motorista me pegar na rodoviária: “a gente pega você na rodoviária e a gente vai para comunidade tal.” Só assim que eu aceitava ser pega na rodoviária, porque eu tinha medo de pegar táxi da rodoviária para a Secretaria de Saúde, por causa desse estresse. Essa coisa psicológica minha começou a afetar profundamente o meu trabalho. E aí a gente... eu disse: “eu quero encerrar minha gestão com o Fórum de Atenção Primária”. A gente fez o Primeiro Fórum de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, lá no Riocentro. Foram duas mil pessoas...

### **CHP – Que ano?**

**LB** – Em 2003. Final de 2003. Foi um Fórum de Atenção Primária lindo, onde as pessoas... a babaca aqui quis levar um monte de gente da Fiocruz para dar palestra. Um monte de gente deu palestra e a palestra vazia. O que ficava cheio mesmo eram as experiências inovadoras das equipes de Saúde da Família, dos agentes comunitários... foi um Fórum com participação popular, foi uma coisa super linda, lá no Riocentro, que a gente fez. Que eu disse que era para encerrar minha gestão, porque eu não estava aguentando mais essa coisa... o medo de andar na rua, né? E aí eu pedi demissão em 1o de maio de 2004 e fui para Teresópolis, trabalhar lá na Secretaria de saúde de lá. Era o Cesar Maia mesmo. Eu fui no Cesar Maia pedir desculpas a ele e pedir a ele para me ceder para Teresópolis. E eu fiquei em Teresópolis até 2008. Então, eu não tenho esse espaço... de 2004 até 2008, eu não tenho como te dizer como é que aconteceu. Por isso que a Nina pode ser extremamente útil para você. Porque eu pedi demissão, pedi desculpa à equipe... porque a gente era muito amigo, era uma equipe muito boa de trabalho, eu acho que a gente tirou leite de pedra. Todas as dificuldades... porque mudar a cabeça da Secretaria Municipal de Saúde, que era extremamente cheia de

caixinhas, caixinha, caixinha, para atenção primária, que era horizontal e tudo mais, não era fácil. E aí eu fui embora, eu não sei mais o que aconteceu.

**CHP – Luciana, vou fazer duas perguntas: quando você está saindo, no iníciozinho de 2004... a primeira pergunta é qual o debate que se fazia aqui – se é que se fazia – sobre o que estava se implantando, era uma atenção primária focalizada ou ampliada?**

**LB –** Era ampliada, era ampliada.

**CHP – Mas já havia uma discussão densa? Assim: “nosso projeto é esse”.**

**LB –** Havia, havia. O que acontece, Carlos? Por a gente ter começado desde o início com pouquinhos equipes, a gente desenvolveu uma metodologia de trabalho que era assim: eu, no início, mas depois os representantes das diferentes CAPs, iam nas equipes, discutiam o perfil da comunidade, a gente tinha reunião... todas as equipes tinham um Conselho Gestor local, a gente definia junto com a sociedade o que a gente ia fazer lá, em termos de programas de saúde, de abordagem de saúde... a gente definia as prioridades a partir dos indicadores e a partir da visão das pessoas. Para você ter uma ideia, a gente definia o local de implantação das equipes nos Conselhos Distritais não só por uma análise técnica nossa, mas também pela análise dos conselheiros. Então, muitas vezes eu mudei de um lugar para o outro, porque eu tinha encontrado uma casa legal em determinada comunidade, mas o Conselho... quando “eu tinha” era eu tinha mesmo, porque eu ia em todas as comunidades para ver isso. Era pequeno, então dava para fazer esse trabalho artesanal.

Eu acho que, com o Daniel [Soranz], se torna um trabalho profissional. Era um trabalho em larga escala. O nosso não, o nosso era artesanal mesmo. Então, a gente tinha toda uma organização do processo de trabalho, primeiro: que respeitava o conselho gestor local, que definia junto com o conselho gestor local, que traçava as linhas de atuação de acordo com perfil local (dá entonação à palavra), com aquele microcosmo mesmo, e sempre nesse olhar integral. Então, por exemplo,

A gente chegava e identificava... vamos lá: a gente sabe na literatura que 20% da população é hipertenso. Aí você tinha uma cobertura de 5% de hipertensos naquela equipe. Aí, a gente dizia: “gente, como a gente vai estar captando essas pessoas? Como a gente vai estar organizando isso?” Então, assim, o cuidado da gestante era muito articulado com cuidado daquela criança e da mulher, enquanto mulher. Existia um pensamento, eu acho que mais horizontal; não existia aquela coisa da carteira de serviços, do que você tem que fazer. O que eu gostava disso e que me chocou muito

quando eu comecei a ver a nova forma de condução da Atenção Primária é que o trabalho da Saúde da Família nesse momento era customizado: estou nesse território, com essa característica epidemiológica, essa característica etária, esses equipamentos públicos e esses equipamentos privados. Diante desse microcosmo, o que a gente pode fazer para melhorar? Então, as equipes tinham uma autonomia, uma liberdade de propor as estratégias. A gente fazia o que eu sempre chamo de Produção Social da Saúde. A gente tinha uma produtividade relacionada a isso. Então, a gente não tinha números de consultas por dia, não tinha nada disso, não tinha essas regras. Cada um era cada um.

**CHP – Você está chamando atenção para uma dimensão muito interessante, resumindo muito, uma dimensão do cuidado. Como esse cuidado se processava numa comunidade singular, com características demográficas muito próprias e epidemiológicas também muito próprias. Era parte da preocupação de vocês, já se registrava uma discussão sobre rede de atenção à saúde?**

**LB –** Sim, sim.

**CHP – Fala um pouquinho sobre isso. Como é que estava essa discussão, nesse iníciozinho aí, primeiros anos do século 21, que é o que a gente tá falando.**

**LB –** O que a gente fazia? As equipes de Saúde da Família, quando iam para o seu treinamento introdutório, era um treinamento introdutório regionalizado. Então, se eram equipes que iam para AP 1, quem ia treinar essas equipes da AP1 era o pessoal da AP 1, junto com a gente, através daquele protocolo que eu te falei do treinamento introdutório, aonde os programas se inseriam desde o início, para que as pessoas conhecessem. Então, eu sabia quem era o cara da tuberculose da AP 1. Eu era Médica de Família, ia para AP 1, já sabia quem era o cara da AP 1 de tuberculose. Além disso, a gente fazia para eles uma apresentação de como a AP era estruturada, em termos de equipamentos públicos – e equipamentos públicos esses que não eram só equipamentos de saúde: a gente trabalhava muito junto com a Educação e muito junto com o pessoal do Serviço Social, da Assistência Social. Exatamente porque a gente sabia que ia encontrar uma população extremamente vulnerável, que precisava de coisas que iam além da Saúde.

Então, eu tinha que botar criança na escola que não tinha Certidão de Nascimento. E existia um impedimento inicial de matricular crianças sem Certidão de Nascimento. Então, a gente chamava para dentro do nosso grupo o pessoal da Educação, para entender que aquelas crianças tinham direito de ir para escola, precisavam ir para escola! Cara, a equipe de saúde da família dava declaração de que aquela criança era



daquela equipe de Saúde da Família e as escolas aceitavam as crianças matriculadas lá, sem a tal da Certidão de Nascimento. Ao mesmo tempo, o Serviço Social já ajudava a gente a viabilizar essa Certidão de nascimento dessa criança, para que ela fosse cidadã de direito, né? E o Serviço Social também fazia com a gente... quando a gente fazia um mapeamento, a nossa proposta na época era usar “Escala de Coelho”, que era uma escala de fragilidade social e fragilidade de saúde. Então as famílias que tinham as piores avaliações na Escala de Coelho, o Serviço Social entrava com a gente. Então, a gente tinha uma discussão com pessoal que era do CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], a gente contatou com o CRE [Coordenadoria Regional de Educação], contatou com o CRAS, para exatamente trabalhar nessa lógica.

Então, era essa rede de cuidado... embora, volto a te dizer, artesanal, construída em cada AP. Não tinha nenhuma política maior, não era a Luciana, Coordenadora do Saúde da Família, que tinha determinado que ia ser isso ou que ia ser aquilo. As APs, as equipes, tinham essa autonomia na gestão desse processo. A gente entrava junto, cada vez que começava um treinamento nós estávamos lá, nós participávamos.

A Vera Pacheco era fundamental nisso, porque ela que era a pessoa responsável por todo esse processo de introdução das equipes nas comunidades e a capacitação, a articulação entre a saúde, a escola e o serviço social, e tudo mais. O nível central entrava nisso. Mas depois a gente deixava correr pelas equipes. Exatamente porque eram equipes pequenas e nós tínhamos os nossos representantes nas CAPs, era muito mais fácil a gente ter o controle da situação e entender que as pessoas trabalhavam numa mesma lógica de trabalho, embora desenvolvida de acordo com as características locais.

### **CHP – E a referência? Como é que isso estava colocado como um problema naquela época?**

**LB** – A referência trabalhava na mesma lógica das referências dos outros postos de saúde. Você tinha aquela fichinha de referência e contra-referência, era encaminhado... a única diferença era que a gente não tinha SISREG [Sistema de Regulação] naquele momento, não tinha Sistema de Regulação. Então, as referências de maior gravidade, situações mais complexas, passavam por esse representante da Saúde da Comunidade na CAP e ele viabilizava. Ele era o Setor de Regulação da CAP, para aquelas demandas urgentes.

As demandas não urgentes, entravam no fluxo normal. Então, se você tinha uma suspeição de câncer de mama, você não ficava três meses esperando para fazer a mamografia nem o ultrassom – ele conseguia os encaixes de uma forma não regulada,

porque também não existia regulação, mas ele tinha o mecanismo de colocar esses pacientes. O restante não. O restante era como era feito com todas as equipes de saúde tradicionais.

**CHP – Mais uma pergunta, Luciana: quando você deixa a Secretaria... você disse que deixa em 2004.**

**LB – 1o de maio de 2004**

**CHP – Isso. Qual era o tamanho dessa burocracia profissional da Atenção Primária? Eu não estou nem me referindo aos programas, porque sei que os programas, embora sejam partes e conversem em maior ou menor grau com atenção primária, eles tinham identidade própria, eles tinham uma trajetória própria. Estou me referindo ao núcleo de pessoas que entra na Secretaria, que tem um espaço físico, e essas pessoas vão dizer: “Não. Nós estamos aqui para fazer Saúde da Família”.**

**LB – Era o maior de todos. Nesse momento, era o maior de todos. Nós tínhamos um nível central... para você ter uma ideia, um salão... imagina um salão que pegue todos os programas. A gente pegava 80% do espaço.**

**CHP – Caramba! Já era, então, a maior... E isso estava, no ponto de vista do organograma, estava organizado de que forma?**

**LB – A gente estava abaixo da Superintendência de Saúde Coletiva. A gente não era mais Programa, a gente era Coordenação. Tanto que meu DAS era intermediário. O DAS da Cristina Boaretto era onze; o DAS dos coordenadores de programa era oito; e o meu era dez.**

**CHP – Era na Coordenação de Saúde da Família?**

**LB – Saúde da Comunidade. Sempre foi Saúde da Comunidade. Começou como núcleo, terminou como Coordenação.**

**CHP – E à essa época, quando você sai, qual era o poder de fogo de vocês? Vocês já gozavam de uma certa autoridade técnica? Tinha que te ouvir?**

**LB – Já. Sim. Todas as reuniões... naquele momento, os Conselhos Distritais queriam postos de saúde dentro das comunidades, como estava acontecendo. A gente começou nos locais de maior vazio assistencial. Então, a gente começou com a 5-3 (cinco três), com a 3-1 (três um), com a 5-2 (cinco dois), com a 5-1 (cinco um) e com a 3-3 (três três) – a gente começou por esses lugares de maior fragilidade e maior**

dificuldade, inclusive, de lotação de pessoas. Todas as reuniões com representantes comunitários ou com Conselho Distrital, o Secretário de Saúde me chamava.

**CHP – Você consegue lembrar de alguma situação em que a fala de vocês, a decisão técnica tomada por vocês – aquilo que vocês estão produzindo lá – teve efeito... se desdobrou em decisão política por parte do Secretário ou do Prefeito? Estou tentando imaginar um contexto, eventuais contextos em que, se não fossem vocês como burocracia profissional, as coisas não aconteceriam. Vocês mesmos já estavam em que contextos, em que situações - se você puder dar exemplos – em que vocês chegaram numa reunião e falaram: “Isso vai ter que acontecer, a gente precisa disso”. E a despeito de estar lidando com um contexto político que não era dos melhores, mas dada a organização em que vocês já estavam, a vontade de vocês fez valer. Há exemplos de situações como essa? Em termos sociológicos, a burocracia profissional conseguiu suplantar a política?**

**LB –** Acho que sim, mas até acho que a favor da política, digamos assim. A gente teve um momento de grande investimento para a implantação de 66 equipes de Saúde Família. Foi a última leva que eu tive, no momento que eu estava defendendo meu Doutorado – eu estava defendendo Doutorado em 2003.

Nesse dia, para essas 66 equipes, a gente abriu um processo seletivo público simplificado para Agente Comunitário de Saúde. Sabe quantas pessoas se candidataram? 75 mil pessoas. Nós tivemos que fazer um vestibular. Eram 2200 vagas e nós tivemos que fazer um vestibular para 75 mil pessoas. Esse vestibular... a gente teve que envolver toda a Secretaria de Educação. O nosso trabalho se tornou multissetorial. Tanto que nesse momento eu já não estava mais só na Saúde – e a Nina vai ser a melhor pessoa para te falar sobre isso, porque a Nina estava numa equipe...

**CHP – Qual o sobrenome da Nina?**

**LB –** É Nina Prates Nielebock de Souza.

A Nina saiu desse grupo e foi parar num grupo de seletos do Cesar Maia, que ficava lá no Palácio... aquele Palácio da Pinheiro Machado, aquele palácio bonito. Então, por conta disso, ela me puxou para lá. Então, as nossas decisões já não eram mais decisões da Secretaria de Saúde – eram decisões intersetoriais. Porque na verdade... obviamente o Cesar Maia não dava ponto sem nó... ele viu que esse era o caminho de entrada para outros ganhos políticos, para conseguir vaga para os vereadores, para os deputados... toda aquela galera que ele queria eleger.

Agora sim, uma decisão: “Temos que ter escolas para os 75 mil”. E tivemos: foram liberadas 200 escolas para a gente, no sábado, da rede municipal, para que houvesse prova, concurso para os Agentes Comunitários de Saúde.

**CHP – Mas houve resistência, de início? Isso é uma coisa que vocês bancaram?**

**LB** – Resistência não, foi uma realidade! Tinham 75 mil escritos! Não tinha que ter resistência. A gente tinha que dar conta disso.

E foi emocionante, quando esses carinhas passaram. Os 2200. Foi uma abertura, uma inauguração imensa, num campo desportivo lá da 5-2 (cinco dois).

**CHP – Qual o vínculo deles?**

**LB** – Isso é importante. Nesse momento, a maior parte do vínculo empregatício dos agentes comunitários no Brasil eram bolsas. E eu não aceitava bolsa. Eu dizia à Secretaria de Saúde que eu não queria bolsa, porque eu queria que eles tivessem um holerite, que eles tivessem um contracheque. E nesse momento, a gente foi... era o que era possível na época, tá? A gente fez pactuações com Associações de Moradores e com ONGs – naquela época não tinha as OSCIPs, nada disso. Era ONGs. O CEDAPS era uma ONG e o CEDAPS que pagou um monte de agentes comunitários. Eles contratavam, eles eram terceirizados, todos terceirizados. Não existia, nunca houve... não sei como está hoje no Rio de Janeiro, mas nunca houve nenhuma pretensão de um concurso público. Por que? Por uma questão bastante simples, Carlos. Porque as pessoas saíam da comunidade e não poderiam continuar como agentes comunitários. E se a gente contratasse eles como funcionários públicos, isso ia ser difícil.

Nesse momento eu era uma das pessoas que estava conduzindo uma proposta de a gente criar uma Fundação no Rio de Janeiro, da mesma forma que tinha a Fundação Niterói, que bancava os agentes de saúde neste município... eu estava pleiteando a constituição de uma fundação no Rio de Janeiro, mas que naquela época a gente não conseguiu.

**CHP – Aliás, como é que vocês conversavam? Porque o Projeto Niterói é bem anterior, né? E a essa altura, Niterói já estava com o Médico de Família a pleno vapor.**

**LB** – Sim. Mas era uma lógica completamente diferente da nossa. A gente entrou no proposto pelo Ministério da Saúde. O modelo que eu era médica, era muito mais parecido com o Médico de Família de Niterói. O modelo do Rio de Janeiro – tirando a experiência do CEDAPS lá na Gávea e em Vila Canoas, e o PACs da Maré – nunca foi

além do Ministério da Saúde. Foi exatamente pelo Ministério da Saúde preconizava. Porque a gente queria ganhar o “dindim” da pactuação com o Ministério da Saúde. Eu precisava disso para poder replicar outras equipes. Então a gente foi bonitinho, que nem o Ministério preconizava.

**CHP – Então o Ministério foi o indutor da política aqui?**

**LB –** Sim. Foi o indutor da política aqui.

**CHP – E com quem que vocês conversaram, lá do Ministério, em Brasília? Quem era o contato?**

**LB –** Aaahhh, minha querida Zezé [Maria José Evangelista], que você conheceu. Minha maravilhosa Zezé.

**CHP - Maria José Evangelista, só para ficar registrado.**

**LB –** Isso, Maria José Evangelista. Mas eu sempre ia conversar com o coordenador do DAB [Departamento de Atenção Básica], que foram vários: foi o Luis Fernando Rolim... foi um monte de gente aí que eu já nem lembro o nome, mas foram pessoas que sempre nos recebiam com muito carinho, porque eles queriam que desse certo no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Belo Horizonte.

E tinha interlocução importante com a Secretaria Estadual de Saúde, aqui no Rio. Só que a gente tinha... a Secretaria sempre achava que eu era muito... comedida, por estar implantando nove equipes, 16 equipes...

**CHP – A Secretaria de Estado te achava comedida?**

**LB –** A do Estado. Comedida e eu dizia: “Não tenho dinheiro”. “Ah, mas você tem que ser mais agressiva e tudo mais”. E eu dizia: “No momento certo, a gente será. No momento, eu tenho que mostrar que a coisa funciona, para depois eles quererem investir. Porque não tem ninguém querendo investir nisso nesse momento”.

Mas eles foram apoiadores no início. Só que o grande problema da gente era que o apoio deles era teórico e técnico – eles não davam investimento financeiro. Não existia contrapartida financeira do Estado. Eu tinha contrapartida federal e dinheiro municipal, mas não tinha nada do estado.

**CHP – Luciana, você falou em São Paulo e BH. Comparando... eu sempre estou me referindo ao período que você está saindo, né? 2003 para 2004. O que é possível a gente pensar, se olhar as três grandes cidades da região sudeste?**

**LB** – São Paulo e BH, eles eram muito melhores do que a gente. Eles estavam com uma cobertura populacional muito maior, eu acho que o dobro que a gente...

#### **CHP – Por quê?**

**LB** – Eu acho que lá existe um investimento político maior. Existia um comprometimento político maior com a atenção primária do que no Rio de Janeiro. Apesar de tudo que a gente tinha conseguido, eu acho que existia um comprometimento político maior. BH tinha inovações que eram meus sonhos de consumo e que o Daniel [Soranz] conseguiu implantar, que era equipe de Saúde da Família para a população em situação de rua. Eu queria muuuuito (dá entonação à palavra) para população em situação de crack, que eu queria muito (dá entonação à palavra) e não consegui implantar...

Agora, tem uma coisa que eu gostava muito da gente e que não foi levado à frente, que era o aproveitamento de profissionais da Rede Municipal de Saúde. Como a gente não tinha dinheiro para contratação, a gente via pessoas da Rede Municipal da Saúde que queriam entrar na proposta. Depois que eu saí e depois, especificamente, que entrou o Daniel e que foi tudo terceirizado... nesse momento eu dava aula em Especialização em Saúde da Família. Eu senti um momento de muita frustração dos profissionais do setor... público, mesmo. Os funcionários públicos municipais se sentiram muito alijados do processo. E na verdade, a minha proposta era exatamente o contrário: eu queria seduzir as pessoas da rede, para que as pessoas vissem o quão fantástico era o Saúde da Família e o quão poderia ser transformador o Saúde da Família, para que aquilo ficasse no DNA da Secretaria Municipal de Saúde. E foi completamente tudo modificado. Que eu sei, foi tudo modificado.

#### **CHP – Depois que você sai, em 2004, você não volta mais para a Secretaria?**

**LB** – Eu fiquei de 2004 a 2011 em Teresópolis. Depois da tragédia de Teresópolis, que tem o impeachment do Prefeito e tudo mais, eu volto para o Rio de Janeiro. Mas aí já é a nova política do Saúde da Família, então eu era uma... eu não tinha mais significado nenhum, era uma funcionária pública. Aí eu fui para a saúde escolar. Eu fiquei durante... isso, 2011: eu fiquei dois anos na saúde escolar, aonde eu trabalhei numa outra estratégia, que tem tudo a ver com atenção primária – eu tive uma interlocução com atenção primária importante – que foi a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis. Que era uma estratégia do Temporão, com a Liliane Penelo, esposa dele, para criação de políticas públicas de cuidado da criança na Primeira Infância. Então, eu ia para as equipes de Saúde da Família capacitar para um olhar mais atento para a Primeira Infância.

**CHP – Isso estava vinculado...**

**LB** – À saúde escolar. Por causa das creches, pré-escolas, tudo mais. Então, eu ia para lá e tentava fazer a articulação das equipes de Saúde da Família com os núcleos escolares. Porque nesse momento houve um esgarçamento; as equipes de Saúde da Família ficaram muito intra-unidades em vez de estarem no território – ao contrário do que a gente pensava antigamente, que o importante era estar no território e não dentro da unidade de saúde. Então, meu objetivo era puxar as equipes para dentro das escolas, das pré-escolas e creches para reconhecimento de situações de fragilidade na saúde da criança, nesses primeiros anos de vida.

Aí em 2013 eu passei para a UERJ e fui para a UERJ.

**CHP – Aí você pede exoneração em 2013?**

**LB** – Eu peço transferência do tempo de serviço. A exoneração da Prefeitura... e puxei meu tempo de serviço no setor público para a UERJ.

Eu fiquei de 2004 a 2011 em Teresópolis; e de abril de 2011 a 2013 na Secretaria Municipal de Saúde.

**CHP – Luciana, eu queria te agradecer demais pelo tempo que você...**

**LB** – Eu vou te dar o contato da Nina, porque a Nina pegou exatamente essa fase de 2004 a 2011 e quando a equipe do Daniel chega, ela se torna assessora da principal assessora do Daniel, que é a Márcia Torres. E ela ficou responsável – exatamente por causa do histórico que ela já tinha atenção primária e tudo mais – ela transitou muito na atenção primária. Eu acho que esse espaço de tempo que eu não participei, ela pode trazer informações. Eu não sei se eu consegui te ajudar em alguma coisa...

**CHP – Muito! Demais! A gente tem muitas perguntas... (risos)**

**O Daniel, que vai se tornar Secretário... foi o Daniel que estava... que coordenou a atenção básica, né? Ele saiu da atenção básica.**

**LB** – Isso. Ele sai da atenção básica e vai ser o Secretário. E, sem dúvida nenhuma, ele foi muito importante nesse processo.

**CHP – E durante esse período que você volta, em 2011, que Secretaria você encontra e que lugar você encontra da atenção primária dentro dessa Secretaria? Já é uma atenção primária bem musculosa...?**

**LB** – Era. Era uma atenção primária que me assustava, porque eu não conhecia mais ninguém. Todo mundo ali era de fora. Todos os grandes chefes, os coordenadores de programas, os subsecretários... tinha uma escola... era todo mundo de fora, era todo mundo contratado. O que mais me chocou foi isso. Caramba, tinha tanta gente boa! Como ele não aproveitou essas pessoas boas? Ele criou todo um grupo de pessoas que não tinham história na Atenção Primária do Rio de Janeiro.

**CHP - Mas por que ele fez isso, Luciana? Essas pessoas se aposentaram? Ainda eram quadros da Prefeitura?**

**LB** – Se tornaram subalternos. Se tornaram funcionários distanciados da saúde da família. Não sei te dizer o porquê.

**CHP – Por trás desse alijamento e da chegada de gente nova, tinha uma proposta nova por trás disso aí, não?**

**LB** – Tem, sem dúvida nenhuma. Eu acho que ele quer trazer um modelo de sucesso, que é Florianópolis. Nesse mesmo momento, quando eles entram, sai uma leva de pessoas que tinha dado uma cara muito boa para a Saúde da Família em Florianópolis. Porque muda a política local de lá. Então, essas pessoas vêm para o Rio construir a nova proposta de Saúde da Família.

**CHP – E o que ele queria trazer exatamente de Florianópolis para cá?**

**LB** – Ah, eu acho que a organização – sem dúvida nenhuma, era super organizado. Ele queria os fluxos de trabalho, os protocolos, a organização da Rede. Eu acho que ele teve um ganho fantástico, porque ele trouxe uma equipe robusta, uma equipe comprometida, mas... volto a te dizer, uma equipe aborígine, que não conhecia a realidade do Rio de Janeiro. Então, eu acho que ele poderia ter sido um pouco mais... Ele poderia ter mesclado, digamos assim: colocado pessoas de fora, concordo; e pessoas de dentro, também. Porque ele tira pessoas com muita experiência...

**CHP – Me fala alguns nomes, só para a gente registrar, de figuras bem representativas desse grupo.**

**LB** – Tinham dois Andrés. Eu não me lembro do sobrenome, porque eu já não estava mais. A Nina vai te ajudar nisso. Tinham dois Andrés que eram fantásticos. Um deles é, ainda hoje, coordenador da residência da Medicina de Família do município.

**CHP – Eu o conheci numa reunião. Me lembro bem do rosto dele.**



**LB** – Deixa eu ver aqui... André Lopes. E tinha um outro André, que eu já perdi... ô coisa.

Tinha a coordenadora da Atenção Básica, que eu não lembro o nome – não tive contato com ela. Enfim, eu acho que a Nina vai poder te dizer melhor. Tinha um Superintendente de Vigilância à Saúde, que eu não lembro o nome, mas que era um cara super engajado na tecnologia. O cara é tipo um Steve Jobs da vida. Era da Saúde, mas era um Steve Jobs da vida. Então, ele criou uma série de sites, um novo sistema de informação, foi ideia dele e não sei o quê. E aí, o que eu posso te dizer, assim? Eles chegaram com muita sede ao pote num ambiente, sem fazer a coisa que eu acho que é mais importante na Saúde da Família, que é a territorialização. Eles não conheceram o potencial do território do município do Rio de Janeiro, que é um potencial humano. Tinham pessoas maravilhosas, que poderiam ter sido aproveitadas, entendeu? Nas próprias equipes de Saúde da Família tinha gente muito boa, que poderia ser aproveitada.

**CHP** – *Luciana, é a segunda vez que você fala com pesar do que seria um retrocesso da territorialização. Ao mesmo tempo, esse é o período do grande aumento da cobertura do Rio de Janeiro...*

**LB** – Mas é uma cobertura protocolar. Você monta uma unidade de saúde linda, maravilhosa, onde você fica a maior parte do tempo dentro dela.

**CHP** – *A lógica é ambulatorial.*

**LB** – A lógica é ambulatorial, pelo menos foi o que me pareceu quando retornei. O agente comunitário fica lá vestidinho com uma camisa “Posso ajudar?” Em vez de estar no campo fazendo as visitas domiciliares. Você não tem mais os Conselhos Gestores Locais... Eu sei que uma expansão mega, como foi a do Rio de Janeiro – você passou de 119 equipes, para oitocentas e poucas, e hoje mil e poucas – é óbvio que não dá para fazer a forma artesanal como nós fazíamos no início dos anos 2000. Volto a te dizer que o que a minha equipe fazia era artesanal, não era nada...profissional, digamos assim. A gente estava aprendendo... todo mundo junto estava aprendendo a construir uma forma diferente de trabalhar na atenção primária. Não estou dizendo que isso é o certo não, pelo amor de Deus! Mas com essa mega expansão você perde princípios básicos da Saúde da Família, onde você diz que tem que atender 12 pessoas a cada turno... 12 a 20 pessoas a cada turno; onde o médico não tem espaço para VD [Visita Domiciliar]; onde você não tem um momento de plano terapêutico singular; onde as reuniões de equipe são reuniões informativas, não são reunião de educação permanente.

Então, a minha saudade é daquela coisa mais raiz. Eu faço parte do grupo da raiz. Ficou uma coisa empresarial, digamos assim. Ficou empresarial, ficou tudo bonito, ficou lindo, mas a essência dos primórdios do Saúde da Família eu acho que se perdeu. Então, eu volto a te dizer: é uma pessoa que está de fora, que não viveu isso. Eu não vivi isso. Mas quando eu voltei para a Saúde Escolar e que eu ia falar com as equipes, eu perguntava: “Como vocês fazem as visitas às escolas?” “Não, a gente não faz visita à escola”. Como assim? Isso me causou uma estranheza, porque as equipes, na nossa época, iam para a escola, faziam atividades com as crianças, tinham uma coisa mais estreitada. E tinha uma coisa que eu brigava muito, que era assim: eram 3.500 habitantes. Ponto final. Eram 150 famílias por agente comunitário. Ponto final. Porque eu queria o modelo meio cubano, aquela coisa... onde você pudesse, realmente, dar o cuidado de uma forma... que eu conhecesse a dona Maria da hipertensão arterial. Não que a dona Maria se perdesse na quantidade de consultas que eu tinha que atender durante o dia. Esse é o meu luto, digamos assim. Esse luto da coisa...

Por isso que diziam que eu ia devagarzinho, mas eu ia devagarzinho porque eu queria que a coisa fosse sendo construída numa lógica mesmo de mudança no modelo de atenção. E isso demora, você tem que incorporar isso culturalmente, você tem que se transformar, para mudar a forma de atender as pessoas. Mas como foi uma coisa de alta expansão, não dá tempo. Não dá! Você tem que chamar a pessoa... imagina! Para gente montar uma equipe, a gente entrevistava o cara para ver se ele tinha perfil. Não era “manda teu currículo para você começar amanhã”. Recém-formado? Jamais, recém-formado. Mas o volume era muito menor e então a gente podia ter esse cuidado.

Por outro lado, vamos lá do lado do gestor da expansão. Ele conseguiu transformar a Saúde da Família da porta de entrada do município do Rio de Janeiro. Então ele tem um valor imenso, em relação a isso. A cara da Saúde, da atenção primária no município do Rio de Janeiro são as Clínica da Família. E isso se deu às custas de propaganda, mas também de uma expansão rápida, maciça e tudo mais. Para você ter uma ideia, na nossa época tinha lugar que eu não conseguia médico. Médico é sempre o mais difícil – como eles, até hoje, tem dificuldade de botar médico. Então, a gente criou uma coisa que não existia no Brasil e que o CRM [Conselho Regional de Medicina] todo mês me chamava para responder processo, que era o PACS ampliado.

O que era o PACS ampliado? A gente botava um super enfermeiro na equipe e esse super enfermeiro, em vez de supervisionar agentes comunitários somente, ele fazia pré-natal de baixo risco; ele fazia atendimento de criança de 0 a 2 anos; ele acompanhava hipertenso; ele acompanhava diabético; ele fazia consulta de

enfermagem! Caramba, eu fui execrada! Teve um momento que o presidente do CREMERJ chegou e disse: “A senhora quer perder seu CRM?” E eu disse: “Pois é, Professor” – ele era professor – “eu acho que vou ter que pedir para a Escola de Enfermagem me dar o título de enfermeira honorária então”. E ele: “A senhora sabe que eles estão prescrevendo remédio para DST?” Eu disse: “Olha só, o senhor está falando com peixe pequeno. Porque existem protocolos de enfermagem para tratamento, eu não estou inventando nada, só estou aproveitando um excelente profissional de enfermagem, para ele exercer a atividade dele. Para ele prescrever o que ele pode prescrever. Ele sabe fazer diagnóstico clínico; ele sabe examinar pessoas e tem direito a prescrever”.

“Ah, mas e o ato médico”? Eu digo: “O senhor está falando com uma pessoa que é contra o ato médico. Uma pessoa de atenção primária, que gosta de atenção primária, não pode ser a favor do ato médico, Doutor”. Entendeu? E isso era muito legal. Esse PACS ampliado foi uma forma.... Assim, lá o DAB, o Departamento de Atenção Básica, o Luis Fernando Rolim: “Você está contra a evolução histórica da Atenção Primária?” Eu digo: “Não, Luis Fernando! Estou adaptando a minha realidade.”

#### **CHP – Brasília também via com reticências?**

**LB** – Via (risos). O PACS ampliado, ela via com reticência. Aliás, uma das amigas que trabalhava comigo, a Rita Moura, o Mestrado dela foi o relato do PACS ampliado, eu acho que você podia pegar. Rita dos Santos Moura. Ela fez no IMS. Ela contou a história do PACS ampliado.

#### **CHP – Olha, que beleza.**

**LB** – Eu adoro o PACS ampliado! Acho que ele tinha que ser usado até hoje! Porque tem território que você não tem médico, mas se você põe enfermeiro... Até porque, tem enfermeiro que nasceu naquele território.

#### **CHP – E protocolo para enfermagem na atenção primária, que é de 2011, se não me engano, ele foi um esforço de tentar... não digo resolver, mas de dar algum lugar para essa questão, né?**

**LB** – Sim, sim. Sim, mas na minha época não existia, né? Mas existiam as portarias do Cofen [Conselho Federal de Enfermagem], que permitiam isso. Então, eles podiam tratar pneumonia... Eu, particularmente, eu, pessoalmente, capacitava os enfermeiros em Aidpi. Aidpi é uma técnica de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, para diagnóstico precoce de meningite, pneumonia, asma... e onde você ensina esse profissional, que não é médico, a tratar até chegar numa unidade de saúde. Então, elas

prescreviam antibiótico, prescreviam broncodilatador, elas prescreviam remédio na veia... e que isso, para o CREMERJ, era assim... a morte. Mas esse PACS ampliado eu acho até hoje... como uma medida, porque a gente não consegue botar médicos em alguns lugares. Eu prefiro um enfermeiro capacitado do que um recém-formado de Medicina. Só porque ele tem o CRM, ele não é competente para estar lidando com as adversidades de algumas comunidades. Enquanto o enfermeiro é muito mais experiente, muito mais jogo de cintura para isso. E o que é mais importante: é qualificado para isso. Ele pode fazer isso; ele sabe fazer isso. E aí botam enfermeiro para preencher papel. Para gerenciar. E tem enfermeiro que gosta de atender, né?

Mas olha só: eu acho que a Rita Moura, esse material dela do IMS, eu acho que é interessante para você ver. E a Nina, o Mestrado que a Nina fez, foi sobre exatamente sobre a construção da Rede.

**CHP – Qual o último sobrenome dela?**

**LB** – Nina Prates Nielebock de Souza. Ela foi orientada na Fiocruz pela Luciana, das políticas.

**CHP – A Kalu [Luciana Dias Lima]?**

**LB** – É, a Kalu. Ela foi orientada pela Kalu.

**CHP – Que legal. Vou, seguramente, consultar esse material.**

**LB** – E a Nina vai poder te dizer mais coisas. Primeiro, porque ela tem uma memória melhor do que a minha. Segundo, porque ela viveu exatamente esse período que você está querendo.

**CHP - Muito obrigado, Luciana.**

**FIM.**

---