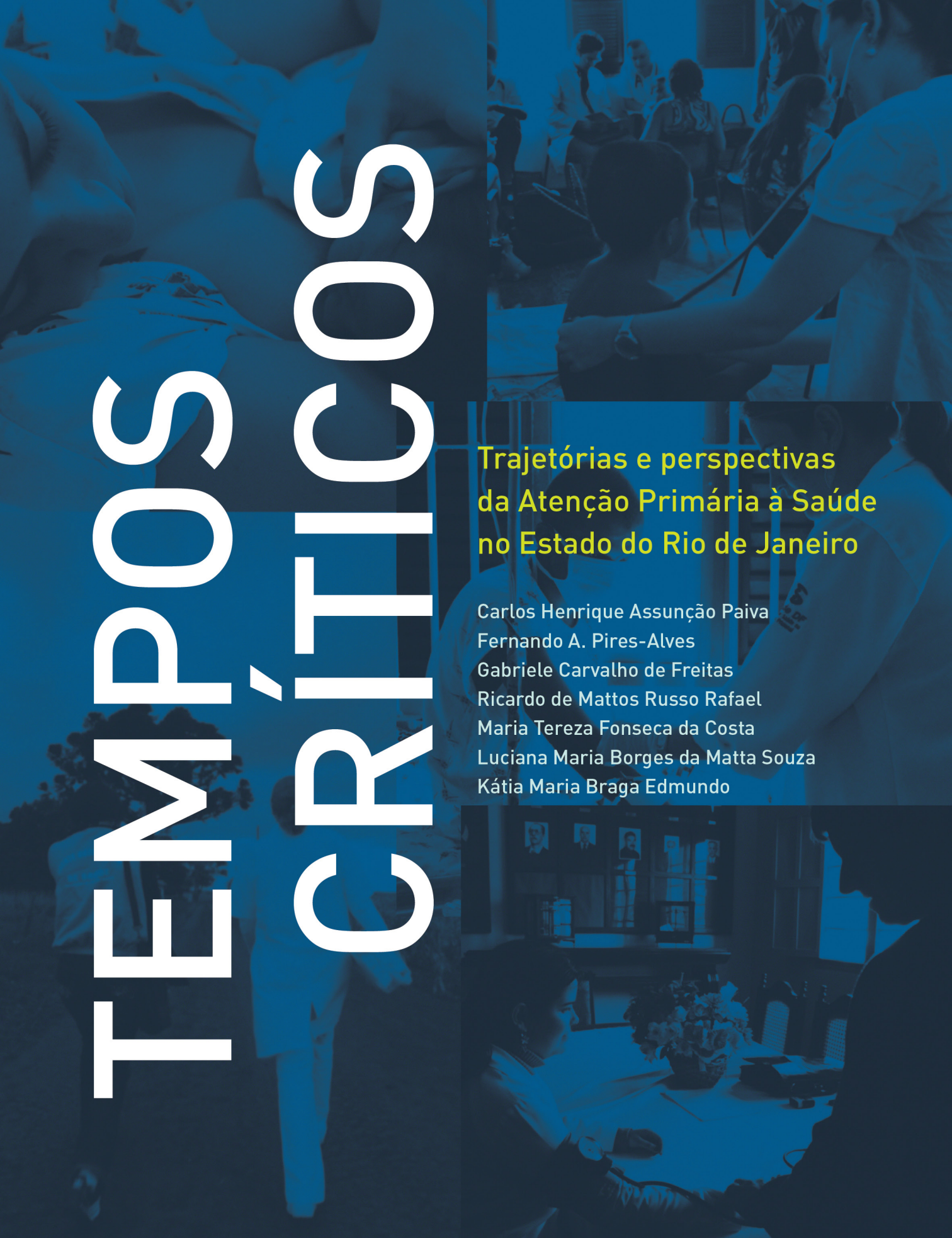


TEMPO CRÍTICOS

The background of the cover is a collage of three black and white photographs, all tinted with a blue color. The top-left photo shows a close-up of a person's face, possibly a patient, with their eyes closed. The top-right photo shows a healthcare professional in a white coat and mask, attending to a patient. The bottom photo shows a person sitting at a desk in an office or reception area, with a vase of flowers on the desk and framed portraits on the wall in the background.

Trajetórias e perspectivas da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Carlos Henrique Assunção Paiva

Fernando A. Pires-Alves

Gabriele Carvalho de Freitas

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Maria Tereza Fonseca da Costa

Luciana Maria Borges da Matta Souza

Kátia Maria Braga Edmundo

TEMPOS CRÍTICOS:

Trajetórias e perspectivas da Atenção
Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Organização

Carlos Henrique Assunção Paiva
Fernando A. Pires-Alves
Gabriele Carvalho de Freitas
Ricardo de Mattos Russo Rafael
Maria Tereza Fonseca da Costa
Luciana Maria Borges da Matta Souza
Kátia Maria Braga Edmundo

Elaboração, distribuição e informações

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
Av. Presidente Vargas, 642, 22º andar - Centro
CEP: 20071-001 - Rio de Janeiro - RJ

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)
CASA DE OSWALDO CRUZ (COC)
Departamento de Pesquisa em História
das Ciências e da Saúde (Depes)
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos,
Rio de Janeiro - CEP: 21040-900

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ)
Faculdade de Enfermagem
Boulevard 28 de Setembro, 157 / Vila Isabel,
Rio de Janeiro - RJ

Colaboração

Editais CNPQ/Fiocruz/COC nº04/2015 (processo
440808/2015-4)
Edital E-08/2015 Faperj (processo E-26/010.000154/2016)
Edital E-22/2016 Faperj (processo E-26/200.831/2017)

Apoio técnico

Fabiana Pinto Fernandes

Edição

Observatório História e Saúde (COC/Fiocruz)

Supervisão editorial

Carlos Henrique Assunção Paiva
Fernando A. Pires-Alves
Gabriele Carvalho de Freitas

Revisão/Copidesque

Carlos Henrique Assunção Paiva
Fernando A. Pires-Alves
Gabriele Carvalho de Freitas

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Silmara Mansur

Fotos (capa e miolo)

Radilson Carlos Gomes da Silva (para o livro O SUS
em fotos: promoção da saúde, produção de sentidos -
Ministério da Saúde).
Pedro Henrique Santos Melo (fotos do evento).
Acervo COC (8ª Conferência)

Ficha Catalográfica

T282 Tempos críticos : trajetórias e perspectivas da Atenção Primária à Saúde
no Estado do Rio de Janeiro / Carlos Henrique Assunção Paiva,
Fernando A. Pires-Alves, Gabriele Carvalho de Freitas, Ricardo de Mattos
Russo Rafael, Maria Tereza Fonseca da Costa, Luciana Maria Borges da
Matta Souza, Kátia Maria Braga Edmundo. – Rio de Janeiro : FAPERJ, 2019.
116 p.

ISBN 978-85-9543-022-8

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. História
do Século XX. 4. Brasil.

CDD 614

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	06
BIOGRAFIAS.....	11
Antônio Ivo de Carvalho.....	12
Ana Maria Monteiro de Castro.....	13
Ana Maria Ramalho Ortigão Farias.....	14
Carlos Eduardo Aguilera Campos.....	15
Carlos Alberto Moutinho Saldanha Vasconcellos.....	16
Daniel Ricardo Soranz Pinto.....	17
Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço.....	18
Ivone Evangelista Cabral.....	19
Maria José de Oliveira Evangelista.....	20
Mariza Maria Conceição do Nascimento.....	21
Regina Lúcia Monteiro Henriques.....	22
Ricardo de Mattos Russo Rafael.....	23
Valéria Ferreira Romano.....	24
Vera Lúcia Gonçalves Pacheco.....	25
EXPERIÊNCIAS EMBRIONÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	28
A ERA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	66
APRENDENDO COM O PASSADO, DE OLHO NO FUTURO.....	100
LISTA DE SIGLAS.....	114

APRESENTAÇÃO



Atendimento, Projeto Amanhecer, Posto de Saúde Romeu Jucá
Fortaleza, CE – 2009

Seja como uma maneira de produzir respostas racionais e efetivas para os problemas mais prevalentes de saúde, ou como uma forma de se organizar o conjunto do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta, hoje, como uma espécie de consenso nacional e internacional. Os números, em sua impressionante escala, dão boa medida do que representa a APS em nossos dias no sistema de saúde brasileiro. Dados disponíveis no sistema E-gestor AB, do Ministério da Saúde, revelam que hoje cerca de 74% da população brasileira se encontraria coberta por algum tipo de modalidade de Atenção Básica. Deste percentual de cobertura, 63,5% diz respeito à Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo especialmente fomentado a partir do estabelecimento da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O Estado do Rio de Janeiro manteve-se por bom tempo nas últimas posições desse potente processo nacional de expansão da APS, sobretudo das equipes de saúde da família a partir do início dos anos 1990. Em meados de 2007, por exemplo, quando a política de expansão nacional estava em seu ápice, o Rio de Janeiro registrava a modesta cobertura de apenas 21% da população fluminense. Isso ocorria apesar de o estado ter sido palco, desde pelo menos a década de 1970, de iniciativas pioneiras e promissoras em saúde comunitária e medicina de família em alguns de seus municípios. Parte dessas experiências predecessoras, as razões que dão conta de uma expansão tardia, mas, ao mesmo tempo vigorosa, serão especialmente exploradas ao longo desse texto.

Os impactos políticos e sanitários dessa expansão, que pode ser considerada como parcialmente bem-sucedida, foram expressivos e implicaram em inúmeras disputas, conflitos e resistências institucionais, que representaram – e representam ainda hoje – importantes desafios para os formuladores e executores das políticas de atenção primária e de saúde. É a roda viva da história, promovendo encontros e desencontros. Para reconhecê-los, basta atentarmos para

a luta travada pelos profissionais de saúde para fazer valer os princípios e objetivos projetados nas políticas e programas, ou pelos diversos personagens pouco conhecidos, ou simplesmente anônimos, que, a partir de suas comunidades, levantaram a bandeira do acesso aos serviços de saúde e melhoria das condições de vida locais.

Há que se refletir também sobre repercussão dessa expansão, mesmo que tardia, no que concerne ao surgimento de um vultoso mercado de trabalho para profissionais de saúde. Para um jovem egresso de um curso de medicina, gradualmente, a ideia de trabalhar em uma clínica da saúde da família passou a se apresentar como uma alternativa, no mínimo, razoável. A enfermagem, por sua vez, nos tem mostrado diversos estudiosos, encontrou na APS um lócus privilegiado de redefinição da profissão e, é claro, tem também se deparado com novos problemas. Outros atores, como os dentistas e os técnicos de saúde bucal, os agentes comunitários de saúde, e os diversos profissionais que se juntaram ao empreendimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASFs, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros, viveram igualmente os desafios de repensar suas práticas profissionais a partir de uma perspectiva que necessariamente considerava a dimensão preventiva, promotora de saúde e coletiva do cuidado, a interação com outros profissionais, assim como as condições de vida locais. Esse processo também impactou, não podia ser diferente, a formação dos profissionais de saúde e as instituições formadoras disso dão testemunho. No Estado do Rio de Janeiro, as iniciativas de revisão de currículos, de concepção de novas residências, de instalação de cursos de pós-graduação e de engajamento em programas de capacitação e educação permanente foram, neste contexto, empreendimentos considerados importantes.

Como retratar a riqueza de tais experiências? Em meados de 2018, ao visualizarmos aquilo que então se apresentava como um decidido processo institucional de desmonte da

política de expansão da APS no Município do Rio de Janeiro, com ímpeto tal que parecia representar o fechamento de um ciclo, começamos a discutir sobre formas de como retratar uma trajetória tão rica e diversa de construção da Atenção Primária no Rio de Janeiro. Imediatamente, experiências institucionais e lideranças vieram à mesa de conversa. Dentre os diversos desenhos possíveis, um foi logo ganhando força: a promoção e registro de um encontro entre alguns dos principais atores do campo da APS carioca e fluminense; uma conversa mediada por questões que nos pareciam pertinentes tanto em termos de registro da memória daquele processo quanto como contribuição para a sua compreensão. Nascia assim a ideia de construir o “Seminário Testemunho História da Atenção Primária à Saúde”.

O conceito Seminário Testemunho/Seminário de Testemunhas (ST) (Witness Seminars) foi, mais contemporaneamente, adotado e aperfeiçoado, desde a década de 1990, a partir de uma série de atividades do Grupo de História da Medicina do Século XX, instituído pelo Wellcome Trust¹. Em termos operacionais, o ST se assemelha à metodologia do Grupo Focal, ou seja: a partir de um tema previamente escolhido, são mapeados nomes de atores importantes que possuem, na sua trajetória, interfaces com a temática em pauta, ou que, em um dado momento, protagonizaram ações relevantes para a constituição do campo. Em última análise, trata-se de fazer interagir e capturar diferentes perspectivas e narrativas sobre um dado objeto.

Para o evento em questão, convidamos 14 pessoas que se posicionaram em cadeiras dispostas em formato de “meio-círculo”. No centro, na qualidade de condutores/mediadores do debate, Carlos Henrique Paiva e Gabriele Carvalho, que dirigiram aos convidados perguntas específicas, estabelecidas em um roteiro previamente definido, elaborado a partir da biografia dos

participantes, além de moderar o tempo de fala dos depoentes. A abertura se deu pela leitura de um termo de apresentação por parte dos mediadores. Na sequência, cada um dos convidados se apresentou: nome, inscrição institucional e aproximação com a temática da APS no estado. Ao fim das apresentações os mediadores iniciaram as perguntas. Cada convidado teve os seus momentos específicos para responder às perguntas feitas e para comentar as respostas de outros convidados.

Essa foi, por assim dizer, a moldura geral do nosso encontro naquele chuvoso 20 de março de 2019. No entanto, a proposta e organização desse evento e do presente relato só foram possíveis a partir do encontro de muitas outras pessoas e instituições. Contando com o indispensável apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), esteve à frente do ST o grupo do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Universidade Estácio de Sá, o mais antigo programa de pós-graduação strictu sensu em saúde da família do país e, ao mesmo tempo, uma iniciativa idealizada pelo Professor Hésio Cordeiro, um dos atores mais importantes da reforma sanitária brasileira. Assim, a proposta partia de um grupo que, num só tempo, era ator e objeto de nossa narrativa. Ao PPGSF se juntaram a equipe do Observatório História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e alguns docentes da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Enquanto os últimos foram importantes na necessária construção de uma rede de contatos que permitiu a composição do grupo final de convidados; a equipe do Observatório apoiou, a partir dos aportes do campo da história oral, a construção dos roteiros e realizou a preparação final desta publicação.

Nossos depoentes são personagens que, essencialmente, desempenharam suas funções, especialmente de direção, em diversas instâncias, com destaque para as prefeituras do Estado do Rio de Janeiro. Daniel Soranz, Ana Ramalho, Ana Castro, Carlos

1. Para maiores informações ver, por exemplo: <http://www.histmodbiomed.org/article/what-is-a-witness-seminar.html>

Vasconcellos, por exemplo, são personagens exemplares desse tipo de inserção e trajetória. Outras pessoas construíram suas trajetórias a partir de outros lugares, com destaque para as instituições de ensino superior e pós-graduação da saúde, tanto públicas quanto privadas. Esse foi o caso de Regina Martuchelli, Antônio Ivo de Carvalho e Ricardo Mattos. Antônio Ivo foi também personagem chave de uma iniciativa considerada embrionária à APS na Baixada Fluminense. Interessava-nos, também, capturar, ainda que muito singularmente, a perspectiva daqueles que, fora das estruturas de estado e sem qualquer vínculo com corporações profissionais, militaram pela saúde em suas comunidades. Nessa hora veio à mesa o nome de uma liderança incontestada: Mariza Nascimento, também conhecida como Mariza do Alemão, dada sua liderança no processo de luta pela saúde nessa comunidade popular carioca.

Mas, afinal, o que queríamos tanto saber e registrar? Interessava-nos compreender o processo histórico de construção da APS no Estado do Rio de Janeiro de uma forma que possa contemplar as experiências mais fundantes do campo. Muitas das quais anteriores à vigência do Sistema Único de Saúde, pontuais em seu alcance e objetivos, mas fundamentais para visualizarmos uma crescente construção de conhecimentos,

de práticas e de expertises num campo que apenas se conformava. A esse amplo contexto, diverso pela existência de múltiplas iniciativas institucionais, chamamos de “experiências embrionárias”. Sem um marco de todo claro, a partir da criação do Programa Saúde da Família, em 1994; da criação da primeira Política Nacional de Atenção Básica, em 2006; e de um movimento efetivo de expansão da ESF na capital do estado, a partir de 2009, vimos a transição de um período em que as experiências revelavam baixa institucionalidade e alcance bastante limitado para uma fase em que APS se convertia, senão em política prioritária, em um conjunto de atividades de fato com implicações importantes na organização da atenção à saúde na região.

Esse período bastante recente da história da APS também foi, portanto, contemplado na forma de perguntas, de respostas e de comentários por parte de nossos depoentes. A última rodada do texto traz, da parte de nossos depoentes, uma reflexão sobre o contexto atual e os possíveis meios e estratégias de superação do quadro que, ao que tudo indica, põe em xeque os esforços realizados por gerações de trabalhadores da saúde pela construção de uma Atenção Primária à Saúde afinada com as premissas que organizam o sistema de saúde brasileiro.

Dedicamos este trabalho aos dirigentes
e trabalhadores que resistem na luta,

E a todos e todas que, por diferentes meios,
sofreram os reveses mais duros do campo de batalha,

Ao povo do Rio de Janeiro e ao seu direito à saúde

Sim, porque a luta continua!

Os organizadores





BIOGRAFIAS

Grupo de depoentes do Seminário Testemunho sobre História da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro.



ANTÔNIO IVO DE CARVALHO

Antônio Ivo de Carvalho é natural do Rio de Janeiro. Graduou-se em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 1974. Em 1975, cursou especialização em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e, no mesmo ano, cursou Residência em Doenças Infecciosas e Parasitárias na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Antônio Ivo é, também, Mestre em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (1994).

Recém-formado em Medicina, coordenou duas políticas no município de Nova Iguaçu: o Programa de Saúde Comunitária da Diocese de Nova Iguaçu e o Programa Materno-Infantil de Cabuçu, em 1975. Ao longo de sua carreira, assumiu a Direção do Departamento de Publicações Comunitárias da Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional - FASE de 1979 a 1981; dirigiu o Departamento de Bem-Estar Social da Secretaria Municipal de Saúde de São João de Meriti, em 1983 e foi Consultor do Programa de Saúde e Educação Popular de Vila Recreio - Ribeirão Preto - SP, de 1983 a 1984. Antônio Ivo foi membro da Comissão Interinstitucional de Saúde do Município do Rio de Janeiro, e participou da Secretaria Técnica da Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em 1985. Neste mesmo ano, foi membro da Comissão Coordenadora dos Hospitais do Ministério da Saúde instalados no Rio de Janeiro e, em 1987, assumiu, ainda, o cargo de Subsecretário do Estado de Saúde do Rio de Janeiro na gestão Sérgio Arouca.

Em 2001 assumiu a Coordenação da Escola de Governo em Saúde na Fiocruz/RJ, e no ano seguinte se tornou Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), função que ocupou até 2012. Atualmente, Antônio Ivo atua como coordenador do Centro de Estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz).



ANA MARIA MONTEIRO DE CASTRO

Ana Monteiro é natural do Município do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Medicina pela Universidade Gama Filho (1987). É especialista em Medicina Preventiva e Social pela Fundação Oswaldo Cruz desde 1989, e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) desde 2004.

Entre 1990 e 1993, na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, atuou na coordenação e implementação de Programas de Saúde. Em 1994 e 1995, esteve na Superintendência de Ações de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, no Departamento de Programas e Ações de Saúde. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foi assessora chefe de Promoção de Saúde e Comunicação, da Superintendência de Saúde Coletiva/SMS, quando ampliou as atividades junto à organização programática das Coordenações de Programas de Saúde e da rede municipal, cargo que ocupou até 2005. Em 1999, participou da organização do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro. No período de 2005 a 2014 esteve no Programa de Controle da Tuberculose na Gerência de Pneumologia Sanitária.

Atualmente trabalha no Desenvolvimento de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e é docente no curso de Medicina na Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (FTESM).



ANA MARIA RAMALHO ORTIGÃO FARIAS

Ana Maria Ramalho é natural do Município do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Medicina pelo Instituto de Medicina e Farmácia de Bucareste, na Romênia, em 1978, revalidado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1985. É especialista em Saúde Pública (1980) e em Epidemiologia (1985), ambos cursos oferecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), e em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (2001).

Como servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS), desde 1985, esteve à frente da gerência do Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão, em Todos os Santos, bairro situado na Zona Norte da Cidade do Rio de Janeiro. Em 1992, Ana Maria foi designada para exercer a função de Auxiliar de Chefia I, da Subgerência da SMS. No final do mesmo ano, foi nomeada Gerente de Programas de Câncer, da Superintendência de Saúde Coletiva (SSC). Em 1994, foi nomeada Coordenadora II, da Coordenação de Programas de Doenças Crônicas, da SSC/SMS, onde permaneceu até 2003.

Em 2013 foi nomeada Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento, da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro. Em 2014, passou a exercer o cargo de Assessora Especial, na mesma Subsecretaria, e em julho do mesmo ano passou a chefiar a Coordenadoria Geral de Integração da Rede de Saúde, da Subsecretaria de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde.

Atualmente Ana Maria encontra-se aposentada.



CARLOS EDUARDO AGUILERA CAMPOS

Carlos Aguilera graduou-se em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1984. Concluiu o mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) em 1991; e o doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP), em 1999.

Foi superintendente de Saúde Coletiva na Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, no período de 2001 a 2006. Consultor na área de qualidade para a implantação do Programa de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), entre 2003 e 2006; assumiu diversas posições e atividades sempre ligadas ao campo da Saúde Pública e Atenção Primária à Saúde.

Desde 2015, coordena o Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ). É professor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFRJ-Fiocruz; professor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do HESFA/UFRJ, professor do Internato em Saúde Coletiva do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Atualmente é professor associado da Faculdade de Medicina da UFRJ.



**CARLOS ALBERTO
MOUTINHO
SALDANHA
VASCONCELLOS**

Carlos Vasconcellos é natural do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1988. Concluiu curso de Especialização em Medicina Preventiva e Social pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) em 1990; em Gestão de Projetos pela Universidade Cândido Mendes, em 2013; e Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em 2018.

Em 1990, assumiu a Coordenação de Programas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde na Prefeitura de Niterói. Em 1992, mudou-se para o Município de Angra dos Reis, onde assumiu a Coordenação de Vigilância em Saúde, cargo que ocupou até 1997, quando tornou-se Secretário Municipal de Saúde do município. Carlos esteve nessa posição até 2000, em 2001, já no âmbito federal, esteve à frente da Coordenação de Cadastro do Cartão Nacional de Saúde/Cartão SUS, alocado no Ministério da Saúde, até 2003. Três anos depois, assumiu o cargo de Secretário Adjunto de Saúde de Nova Iguaçu, onde permaneceu até 2007. No ano seguinte, Carlos volta ao município de Angra como médico da Estratégia Saúde da Família, tornando-se Secretário Municipal de Saúde no período de 2013 a 2014.

Atualmente Carlos Vasconcellos é Médico de Saúde da Família e Comunidade e membro do Conselho Municipal de Saúde, em Angra dos Reis. Atua como Consultor Técnico do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) e como colaborador em publicações do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. É integrante do Fórum de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

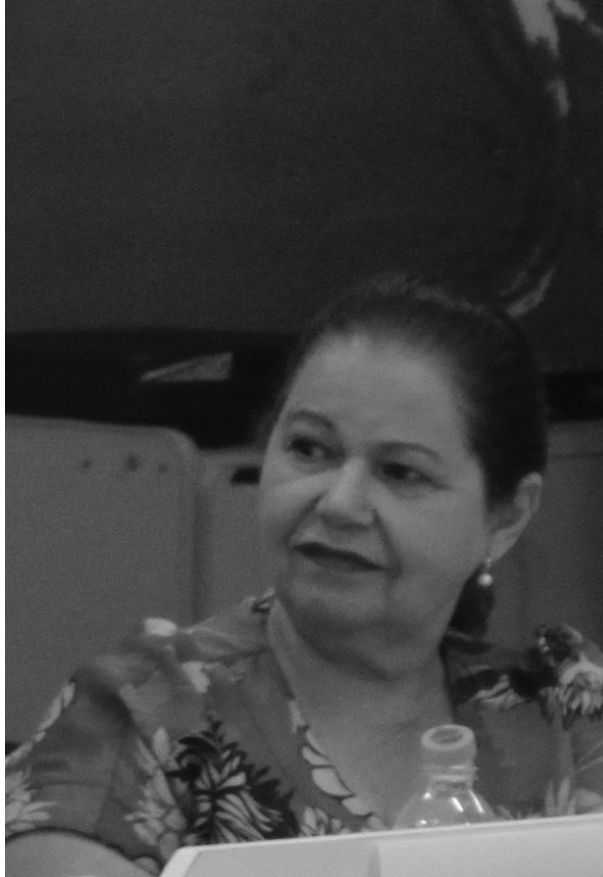


DANIEL RICARDO SORANZ PINTO

Daniel Soranz é natural de Vassouras, Município do Estado do Rio de Janeiro. Graduou-se em Medicina pela Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), em 2003. É especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Associação Médica Brasileira (AMB), em 2007, Mestre e Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), respectivamente 2008 e 2016.

Atuou como médico de família da equipe Parque Oswaldo Cruz, em Manguinhos, do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). Fez parte da equipe que elaborou o primeiro Programa de Residência de Medicina de Família da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da elaboração das diretrizes nacionais para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Posteriormente, foi professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz.

Assumiu o cargo de subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, de 2009 a 2014, e de Secretário Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro de 2014 a 2016. Desta forma, colocou-se como personagem importante na reforma dos Cuidados Primários no município do Rio de Janeiro. Daniel participou da criação do programa Saúde Presente, que elevou a cobertura de saúde da família de 3,3% para 70% com a construção de 115 Clínicas da Família e a implantação de 1280 equipes de Saúde da Família, na Cidade do Rio de Janeiro.



**EDNEIA
TAYT-SOHN
MARTUCHELLI
MOÇO**

Edneia Martuchelli é natural de Teresópolis, Município do Estado do Rio de Janeiro. Graduou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina de Teresópolis, em 1985. Especializou-se, em 1986, em Medicina do Trabalho pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO); em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), em 1991. Em 2002, concluiu o Mestrado em Educação em Saúde pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP).

Edneia atua na Prefeitura de Teresópolis desde 1990, onde assumiu diversas atribuições, dentre as quais: Supervisão Técnica na área de Saúde Pública, com destaque para o Programa Saúde da Família; Coordenação do Programa DST/AIDS; Direção do Departamento de Saúde Coletiva, no período de 1999 a 2003 e, posteriormente, de 2006 à 2008; a Direção do Departamento de Vigilância em Saúde e a Coordenação do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente da Região Serrana.

Atualmente desenvolve atividades na Subsecretaria de Atenção Básica em Saúde de Teresópolis e na Fundação Educacional Serra dos Órgãos, onde é assessora de desenvolvimento de projetos institucionais no curso de Medicina. Exerce, por fim, atividades profissionais nas áreas de Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade.



IVONE EVANGELISTA CABRAL

Ivone Cabral é natural do Município do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 1985. Realizou, na sequência, mestrado e doutorado em Enfermagem na mesma instituição. Em 2006 concluiu o Pós-doutorado pela Division of Social and Transcultural Psychiatry, McGill University, Montreal, Canadá.

Na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), na seção Rio de Janeiro, foi Diretora do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), de 1994 a 1997; na ABEn Nacional, a partir de 2007, desempenhou importante atuação em diversas atividades. Foi Conselheira Nacional de Saúde na representação da Associação como primeira suplente (2011-2012) e titular (2012-2015). Em 2010, assumiu a Presidência da ABEn, com mandato até 2013. No mesmo período, Ivone foi também Coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Atualmente é professora titular e vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (UFRJ). É membro do Council of Scientific Editors e da Rede ENSI Internacional e Editora Chefe de Anna Nery School Journal of Nursing.



MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA EVANGELISTA

Maria José Evangelista é natural de Nossa Senhora das Dores, Sergipe. Graduiu-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), em 1981; Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração em Saúde, em 1989, posteriormente, cursou especialização em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, concluindo o curso em 1990; em 2005, finalizou a especialização em Saúde Coletiva, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Atuou no Programa Materno Infantil do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1989. Foi Coordenadora Estadual do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS/PSF) em Sergipe, e Diretora de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, foi Consultora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), no período de 2001 a 2003, implementando a Estratégia Saúde da Família nos municípios do Rio de Janeiro, Itaboraí e São Gonçalo.

Atualmente é Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).



MARIZA MARIA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO

Mariza Nascimento é natural de Passagem, na Paraíba. É técnica em Agente de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, desde 2013. Foi Presidente da Comissão Feminina da Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (FAFERJ), em 1982; no período de 1984 a 1988 presidiu a Associação de Moradores do Morro do Adeus, no Município do Rio de Janeiro. No período em que esteve à frente da Associação, concorreu a um cargo no Legislativo municipal, mas não obteve o apoio e os votos necessários.

Foi vice-presidente do Conselho Distrital de Saúde da Área Programática 3.1 (AP 3.1) no Rio de Janeiro, em 1999; em 2000 assumiu o cargo de Presidente do Conselho de Saúde do Complexo do Alemão (CONSA), no Município do Rio de Janeiro.

Mariza também atuou como articuladora em diferentes projetos voltados para a comunidade do Morro do Adeus, o que inclui os projetos “Transformando a minha vida” e o “Movimento de Jovens do Morro do Adeus”. Destacou-se, especialmente, como Agente Comunitária de Saúde da Estratégia Saúde da Família na mesma comunidade.

Atualmente, encontra-se aposentada, mas segue como uma referência para comunidade, uma vez que assumiu papéis de liderança importantes ao longo desses anos.



REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES

Regina Henriques é natural do Município do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1978; em 1979 habilitou-se em Enfermagem de Saúde Pública na mesma instituição. Regina é, também, desde 1971, especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Em 1993, concluiu o Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; e em 2011, doutorou-se pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), em Saúde Coletiva.

Iniciou sua atuação no campo da enfermagem e saúde pública como enfermeira-chefe na Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde (UACPS) do Vidigal e depois no Posto de Saúde Carlos Gentile de Mello, ambos no Município do Rio de Janeiro. Neste último, Regina serviu como coordenadora do Programa de Saúde.

Em sua trajetória acadêmica, teve papel importante na reforma curricular dos cursos de enfermagem, participando da Comissão Nacional de Apoio às mudanças curriculares de Enfermagem em 1994, para as novas diretrizes Curriculares Nacionais, em 2001, e as propostas atuais, em 2017, 2018 e 2019, também atuando no GT Nacional para incorporação da extensão universitária nos currículos de graduação. Foi Vice-diretora e Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), além de sub-reitora de Extensão e Cultura, no período de 2008 a 2011, na mesma instituição. Ocupou o cargo de Vice-presidente e Presidente no Fórum Nacional de Pró-reitores de Extensão das Instituições Públicas de Ensino Superior Brasileiras e atualmente é professora adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública.



RICARDO DE MATTOS RUSSO RAFAEL

Ricardo de Mattos é natural de Nova Iguaçu, Município do Estado do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Enfermagem na Universidade Iguaçu, em 2005. É Mestre, desde 2009, em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá e Doutor em Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com tese defendida em 2014.

Atuou na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu no período de 2005 a 2013, onde exerceu diversos cargos, dentre os quais de Supervisor Técnico da Estratégia Saúde da Família, Coordenador Geral de Atenção Básica e Secretário adjunto de Atenção Básica e Políticas Estratégicas.

No âmbito acadêmico, foi professor dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Iguaçu e foi um dos coordenadores da comissão que elaborou o projeto do que, em 2018, seria o 1º Doutorado Profissional em Saúde da Família do país, implantado na Universidade Estácio de Sá.

Atualmente é coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá e professor do quadro permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É membro do Departamento de Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Enfermagem (2017-2019) e coordenador do Fórum de Coordenadores da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Gestão 2018-2021).



VALÉRIA FERREIRA ROMANO

Valéria Romano é natural do Município do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1986. cursou o Mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), concluído em 2001, e Doutorado, na mesma instituição, finalizado em 2006. É especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), curso concluído em 2018.

Atua como médica de família desde 1989, com passagem pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo/SP, no Consultório Médico de Família da Vila Matilde (1989-1995), pela Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, no Programa Médico de Família de Niterói (1995-1999) e no Programa Saúde da Família Lapa, da Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro (2000-2009).

Possui experiência como docente de Saúde da Família no Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, de 2001 a 2009. Atualmente é professora Associada da Faculdade de Medicina, no Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, realizando supervisão de atividades de estudantes de graduação e internato na Estratégia Saúde da Família do município, além de coordenar a Residência em Medicina de Família e Comunidade da instituição.



VERA LÚCIA GONÇALVES PACHECO

Vera Pacheco é natural do Município do Rio de Janeiro. Graduiu-se em Biologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 1974. Em 1981, concluiu o curso de Medicina na mesma instituição. É especialista em Saúde Pública e em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e Mestre em Política de Saúde (1998) pela mesma instituição.

Iniciou sua carreira no campo da saúde como chefe do setor de Educação em Saúde do Centro Municipal de Saúde da XIII Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro, em 1985. Ao longo de sua trajetória, atuou como coordenadora de Saúde da Área de Planejamento 3.2 do Município do Rio de Janeiro. Como Assessora da Coordenação de Saúde da Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde, foi responsável pela primeira expansão do Programa Saúde da Família (PSF) no município. Foi gestora do Projeto de Co-gestão das 14 Equipes de Saúde da Família do Município de Teresópolis e Coordenadora da Equipe de Facilitadores de Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família no mesmo município.

Atualmente, Vera Pacheco encontra-se aposentada





Da esquerda para a direita na fileira de baixo Antônio Ivo, Maria José Evangelista, Daniel Soranz, Edineia Martuchelli, Ivone Cabral, Vera Pacheco, Valéria Romano, Mariza Nascimento, Carlos Vasconcellos, Maria Tereza Fonseca da Costa, Ana Maria Monteiro de Castro, Gabrielle Carvalho de Freitas e Fabiana Pinto Fernandes. Da esquerda para a direita na fileira de cima Ricardo Mattos, Regina Henriques, Ana Ramalho e Carlos Henrique Paiva.

EXPERIÊNCIAS
EMBRIONÁRIAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA -

Nós vamos começar agora um eixo ou um bloco de discussões que envolve exatamente as experiências embrionárias da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro. O que a gente está chamando de experiência embrionária? São as primeiras iniciativas, experiências, políticas e programas que já se aproximavam da concepção moderna de APS. Em termos temporais, trataremos do final dos anos 1970 e da década de 80, o contexto, portanto, da reforma sanitária brasileira. Nessa linha, vamos fazer uma pergunta dirigida a um de vocês e vamos pedir que outro comente. Nós vamos, sempre, anunciar previamente o nome de quem responde e de quem comenta, para ninguém ser pego de surpresa.

Eu vou dirigir nossa primeira pergunta para começarmos o bloco para o Carlos Eduardo Aguilera. Peço que a Ana Ramalho comente a resposta do Carlos Eduardo, ok? Carlos, olhando para o contexto da reforma sanitária brasileira, na sua opinião como é que se deu o processo de recepcionamento dos enunciados vindos de Alma-Ata²? Eu estou me referindo ao final dos anos 70 e ao correr da década de 80, como é que esse movimento de reforma sanitária em curso vai olhar para a Alma-Ata, como seus enunciados vão ser recebidos?

CARLOS EDUARDO AGUILERA - A minha tese de doutorado é justamente pela história da atenção primária de 1916 a 2016, cem anos de atenção primária. Então, a periodização que eu utilizei... Você fala da constituição, não é?

E é Alma-Ata. Então, nós temos esse período de 78, é de Alma-Ata a 87, pré-constituição, não é? Então, assim da minha vivência nesse período, eu posso dizer que a gente ainda estava estruturado em centros de saúde e postos de saúde, que é uma classificação desde a década de 40 no Brasil. Porém, a gente já tinha um movimento de construção de um SUS (Sistema Único de Saúde), que ainda não estava institucionalizado na Constituição Brasileira. Então era o SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde). E o professor Henri Jouval³ (Henri Jouval Jr.), que tinha me dado o texto de Alma-Ata, assumiu lá, junto à presidência do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), no sentido de transformar o sistema previdenciário brasileiro num sistema público e universal. Então, o que que aconteceu nesse período de 78 a 87, e que de alguma forma eu vivenciei, que foi a expansão da assistência básica para os não previdenciários? Como é que foi feito isso? O Antônio Ivo, ele diz que ele é o pai disso, por quê? A Previdência Social começou a credenciar a assistência básica, não só para municípios. Antes, ainda, do município, já se fazia para entidades conveniadas, associação de moradores, médicos, igrejas. E lá em Nova Iguaçu⁴, foi um dos locais em que isso cresceu muito. Eu, por exemplo, tive uma experiência de atuar em Vila Kennedy⁵ com um contrato desse entre a previdência e associação de moradores de Vila Kennedy. Essa expansão pré SUS foi feita assim. A previdência passou a conveniar. Inclusive, a gente reclamava porque eles só pagavam a tabela da previdência; que não tinha atividade de grupo, não tinha visita domiciliar, não tinha às vezes nem consulta de

2. Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, então capital da República do Cazaquistão, expressava a necessidade de ações urgentes por parte dos governos para o enfrentamento de diferentes condições sanitárias deficientes que poderiam ser superadas. Para tal, a conferência gerou um documento - a Declaração de Alma-Ata - que consolidava diretrizes e atribuía grande importância para ações no campo da Atenção Primária à Saúde.

3. Henri Jouval é médico, atualmente em atividade no Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz. É considerado um importante personagem do processo de reforma sanitária que criaria o Sistema Único de Saúde nos anos 1980. Naquele período, sob a gestão do sanitarista Hésio Cordeiro, Jouval ocupou a posição de Secretário de Planejamento do INAMPS, empreendendo importantes iniciativas em apoio à descentralização político-administrativa e suporte aos estados federativos na execução de ações e políticas de saúde.

4. Município situado na Baixada Fluminense, há cerca de 38 km da capital do estado.

5. Bairro situado na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro basicamente constituído por um grande conjunto habitacional situado às margens da Avenida Brasil, importante via de acesso à cidade.

enfermagem. Ela só pagava um procedimento médico e a gente fazendo toda atenção primária ampliada, tinha que encaixar tudo aquilo na tabela da Previdência Social. Então a Baixada Fluminense⁶ é um exemplo marcante, em Nova Iguaçu e em outros projetos muito ligados à igreja também. Então, a atenção primária era atrás da igreja. Muitos atendimentos eram feitos atrás da igreja, no salão paroquial. Tinha o Projeto Cachoeira⁷ já, se iniciando... Aí já não me lembro. O Projeto Niterói⁸... Tudo começa a surgir aí, quando a Previdência se abre para iniciativas comunitárias, associativas ou municipais.

Bom, aí você me pergunta sobre o início da construção. Mas antes disso, tinha a Vila do João. Acho que a Vila do João⁹ que foi assim... Isso eu também passei, vivi muito proximamente e é importante dizer: foi construído o Minha Casa Minha Vida¹⁰ do João Figueiredo¹¹, na Favela da Maré¹², e lá tinha uma obrigação da construtora que tivesse um posto de saúde, não é? Então essa coisa do posto de saúde começou a aumentar muito. Houve uma enorme expansão de postos de saúde até a Constituição por causa de Alma-Ata. Então, por exemplo, qualquer lugar se colocava um posto de saúde. Sempre nessa coisa muito precária de ser ligado à associação de moradores; ou o próprio projeto Niterói... Era tudo ligado à associação de moradores; ou então à igreja,

junto da igreja. A gente caminhava pelo interior do estado, sempre tinha um consultório básico perto da igreja ou perto de uma associação, ou perto de uma escola. Então a Vila do João foi isso. A construtora deixou lá um posto de saúde e ligaram para UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) para que a gente assumisse essa unidade. Então era assim, tá? Essa coisa de fazer projetos mais estruturados em atenção primária se dá justamente após a Constituição. Bom, ela colocou ali o projeto dos UMAMP (Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário); os UACPS¹³ (Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde) que é do colega dele, do Antônio Ivo, à frente do Governo na época. Quer dizer, já vinham com ideias de Nova Iguaçu, não é? Então, o Noronha¹⁴ (José Carvalho de Noronha) propõe um projeto de UMAMPs e UACPS. E é interessante que o Noronha, tinha não só a visão de atenção primária, ele queria o UACPS, que é unidade de cuidados primários. Mas ao mesmo tempo, ele tinha uma visão ainda da saúde previdenciária, quer dizer, que o UMAMPs seria uma unidade mais complexa, 24 horas, seria uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), ainda com especialidades. Então, era um projeto muito ousado e começa a ser com a tônica de Alma-Ata, assim, mais institucional e mais ligado ao SUS. Depois vem um governo que faz uma disseminação de postos de saúde na zona oeste e nas comunidades mais pobres do

6. Baixada Fluminense, ou apenas Baixada, no sentido empregado aqui, abrange os municípios periféricos localizados ao norte da região metropolitana do Rio de Janeiro.

7. Projeto de atenção básica de saúde, também mencionado como Projeto Papucaia, desenvolvido no município de Cachoeira de Macacu, Rio de Janeiro, no início da década de 1980.

8. Projeto de atenção básica desenvolvido no Município de Niterói, RJ, a partir de finais da década de 1970.

9. Conjunto habitacional erguido pelo Governo Federal no início dos anos 1980, com 1.500 domicílios, destinados a abrigar as pessoas que viviam em palafitas na Baixa do Sapateiro. O seu nome é uma homenagem ao então presidente da república, João Baptista Figueiredo (1979-1985).

10. Programa lançado em março de 2009 pelo Governo Federal, então sob a gestão do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Minha Casa Minha vida subsidiou a aquisição de imóveis próprios para famílias de baixa renda.

11. João Baptista Figueiredo foi o último presidente da república (1979-1985) no período da ditadura civil-militar brasileira.

12. O Complexo da Maré, ou simplesmente Maré, assim denominado pela prefeitura do Rio de Janeiro, é um conjunto de comunidades populares localizado na Zona Norte da capital fluminense.

13. Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde (UACPS) eram pequenas unidades de saúde sem autonomia funcional subordinadas aos centros de saúde, criadas por decreto em 1982.

14. José Noronha é médico e pesquisador da Fiocruz, onde coordena a iniciativa de Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro "Brasil Saúde Amanhã". Personagem relevante no processo de reforma sanitária e construção do Sistema Único de Saúde, foi Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (1988-90) e Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (2007-08). Dirigiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (2000-03).

15. Saturnino Braga foi um engenheiro e político brasileiro. Foi vereador, deputado federal e senador pelo Rio de Janeiro. De 1986 à 1988 foi prefeito da cidade do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, que foi o prefeito Saturnino¹⁵ (Roberto Saturnino Braga). Cara, ele expandiu assim, botou mais cem postos de saúde nas comunidades; também dentro de um espírito de universalização, universalização e mudança do eixo previdenciário para a universalização via atenção primária. E depois vem essa turma boa aqui, que estruturou na secretaria, quer dizer, as secretarias municipais passaram a estruturar a atenção básica. Eu estou falando período 87/2000.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA – Ótimo, ótimo Carlos. Então eu passo a palavra para Ana Ramalho.

ANA RAMALHO - Acho que o Carlos Eduardo fez um resumo perfeito, não tem muito a acrescentar. O que eu posso contar, como é que a gente vivia isso na unidade, não é? O GEL (Grupo Executivo Local)¹⁶, então nós já começamos a organizar, isso já foi em 86, mas em 82 eu acho que tem essa mudança no Rio de Janeiro, como é que se traduz isso aqui, né? O governo Leonel Brizola¹⁷ indica o prefeito Marcello Alencar¹⁸, não é? Secretário Tomasini (Hugo Tomasini)¹⁹, que muda toda a direção dos 23 Centros de Saúde da cidade, chamando jovens oriundos em geral da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública); chama para coordenar estruturas do antigo DGSP, que Vera (Vera Pacheco) já falou: Departamento Geral de Saúde Pública; também professores da ENSP. Nessa época, por causa da epidemia de meningite, que havia sido aquele desgaste para a saúde pública do Rio de Janeiro, as pessoas mais jovens

não viveram isso. Eu e Antônio Ivo somos da mesma época, entrei em 69 também para faculdade da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Aí se reestrutura um foco muito grande na organização da vigilância epidemiológica, na época Rosalina Koifman²⁰ assume e faz uma reestruturação completa da vigilância: toda a rede de frio é revista, faz o depósito central, a rede de frio da secretaria e depois de cada unidade; todas as unidades passaram por CBVE (Curso Básico de Vigilância Epidemiológica); todos os médicos de saúde pública fazem na época o CBVE; todos os enfermeiros fazem também. Então eu acho que houve esse momento de grande reestruturação, eu acho que esses jovens, então, que são chamados começam a mudar, já marcados pelas questões da Alma-Ata, acho que eram pautados, a pauta era essa. E transformar as unidades, que eram aquelas unidades higienistas, preventivistas. Com a estrutura muito antiga ainda. Não era ginecologia, havia o pré-natal, o pré-nupcial, por incrível que pareça, e alguma coisa começa a se implantar de preventivo, transformar isso em ginecologia, transformar carteira de saúde em Clínica Médica, transformar crescimento e desenvolvimento e já entra alguma coisa de reidratação oral e se transformar em pediatria. Esse era o desafio, não é? E haviam juntado os serviços, que antes eram das Campanhas de Hanseníase e de Pneumologia Sanitária, dentro do Centro de Saúde... Só fazer essa unificação daqueles serviços que eram autônomos, ligados direto ao Ministério, ao programa... Agora, vocês são municipais. Dentro do centro tem um diretor, o prontuário está num serviço de documentação médica comum. Então, essa era a briga

16. Os Grupos Executivos Locais foram criados no Rio de Janeiro na primeira metade da década de 1980, a partir do convênio das Ações Integradas de Saúde. Pretendiam a integração dos responsáveis pelas unidades de saúde em uma determinada área territorial, prevendo-se também a participação de representantes das comunidades.

17. Leonel Brizola foi um político brasileiro nascido no Rio Grande do Sul (1922-2004). Ocupou várias posições políticas no poder executivo e legislativo. As de maior destaque foram as de governador dos Estados do Rio Grande do Sul (1959-63) e do Rio de Janeiro (1982-1986 e 1991-94).

18. Marcello Alencar foi um advogado e político carioca (1925-2014). Foi prefeito da cidade (1983-86/1989-93) e governador do Estado do Rio de Janeiro (1995-99).

19. Hugo Tomasini é médico, foi secretário municipal de saúde de Niterói, no governo Moreira Franco (1977-1982), e do Rio de Janeiro, na primeira gestão municipal de Marcello Alencar (1983-1986).

20. Rosalina Koifman é médica, doutora em saúde pública, pesquisadora titular da ENSP, dedica-se principalmente aos campos da Epidemiologia do Câncer e Epidemiologia Ambiental.

local naquele momento, como fazer essa transformação local e dentro da secretaria e isso repercutindo na organização de serviços que, aí, chamavam na época, eu acho, que não tinha denominação de programa, não é, Vera? Agora, eu não vou lembrar direito, essas coisas, como é que chamava isso, mas começa a se organizar na secretaria para impulsionar, para poder impulsionar essa modificação, essa primeira reforma, vamos dizer, dessa época da atenção primária. Depois vem a época das UACPS, Unidades de Atenção e Cuidados Primários de Saúde, era exatamente isso. Na época já de Saturnino, era Saad secretário²¹, não é? Ele, uma vez, falou sobre isso. Como é que você vai colocar essas UACPS para funcionar? Ele disse: “meu problema é ampliar, eu vou ampliar! Alguém vai vir, vai botar para funcionar.” Então tá bom. Então, era essa a missão que ele se deu. Vamos abrir unidades simplificadas de atenção primária. Todas elas satélites dos centros de saúde. Que seriam as unidades mais complexas, não é? E aí aparecem, também, as UMAMPs, como essas unidades de pronto-atendimento, eu acho que eram só três, se não me engano, não me lembro. Eu me lembro Cidade Alta²², Cidade de Deus²³. UMAMP ... não, isso era UACPS. Mas a UMAMP, eu estou me lembrando de Cidade Alta. Daniel (Daniel Soranz), você que tem uma super memória, consegue ir lá atrás e tirar? Eu me lembro dessas duas, Cidade Alta e Cidade de Deus, mas eu acho que tinha mais uma, na minha cabeça havia três UMAMPs. Então, dando assim só um detalhamento no micro daquilo que Carlos Eduardo falou, tá?

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA –
Muito obrigado, Ana. Agora vou fazer uma

pergunta dirigida ao Antônio Ivo e peço que o Ricardo Mattos comente. Ivo, o Carlos Eduardo já fez referência a um certo processo de alinhamento, no contexto da década de 80, entre a União, representada pelo INAMPS, e as Secretarias Estaduais de Saúde, não é isso? Como é que é essa aproximação vai impactar nos projetos de atenção básica, sobretudo aqueles de base popular?

ANTÔNIO IVO – Só para lembrar o contexto, pouco anterior aos anos 60, começou um processo que foi chamado de ‘modernização por cima’ do sistema de saúde. Então se consolidou o sistema previdenciário com o MPAS²⁴ e se consolidou, de outro lado ... Se consolidou não, se manteve o sistema Ministério da Saúde. Então se tinha, na verdade, dois grandes sistemas de saúde: um da atenção médica, que foi se desenvolvendo, inclusive com contratação de serviços privados e tal; e um outro, que era Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, que basicamente se encarregava das coisas preventivas, da puericultura, das coisas mais, mais básicas. Funcionava com uma altíssima capacidade ociosa, funcionava só de manhã. Bom, o início dos anos 80 encontrou o sistema numa crise muito grande, a chamada crise previdenciária. Um déficit muito grande de pagamento e um processo de reforma ou auto-reforma no sistema de saúde. Foi quando apareceu os órgãos tipo CONASP²⁵, que apontavam para uma integração dos sistemas públicos. Basicamente o INAMPS era quem fazia a assistência médica e os estados e municípios começaram as Ações Integradas de Saúde e, já nessa época, início dos anos 80/82, a partir do CONASP. Em 1981, com o CONASP; depois em 1982, com

21. Edson Abdalla Saad (1935-2005) foi um médico paulistano, professor da UFF e da UFRJ. Destacou-se nos estudos da cardiologia e é reconhecido como um dos fundadores do Instituto do Coração da UFRJ.

22. Situada nas proximidades dos Bairros de Cordovil e Penha, na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, a região é marcada pela existência de condomínio de prédios populares.

23. Bairro popular situado na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro.

24. O Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, é parte das reformas conduzidas ao longo dos anos 1970 que organizaram o sistema previdenciário e a assistência social brasileiras.

25. O Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária foi criado em 1981 como parte das iniciativas governamentais de racionalização da oferta da assistência à saúde em um quadro de agravamento da crise social e de recessão econômica.

a transferência de recursos vultosos em direção aos estados e secretarias. Isso foi o primeiro passo institucional de reforma, digamos assim, da Reforma Sanitária. Tudo isso com o peso muito importante, que era da transferência de recursos, buscando utilizar imensa capacidade ociosa que os sistemas públicos, estaduais e municipais tinham. Então o INAMPS passou a transferir dinheiro. Nesse momento, nos anos 80, sobre a égide das Ações Integradas de Saúde, é que começaram a se desenvolver esses processos de articulação entre a União Era 1985, foi na Nova República, entrou Hésio Cordeiro²⁶ no INAMPS, Arouca²⁷ (Sergio Arouca) no Ministério da Saúde e isso potencializou esse processo de articulação, ampliando o espaço desses princípios mais ligados a prevenção e que deram origem à atenção primária, tal como ela passou a existir depois. Não existia ainda a saúde da família, mas começaram a existir as ações mais orientadas para atenção primária, para a prevenção, dentro de um universo geral de combate ao desperdício, ao caráter perdulário da atenção médico hospitalar. Então, isso foi o que ensejou o pano de fundo para esse processo maior de integração. Isso vem acompanhado de alguns outros, por exemplo, foi acionado os GELs, que eram grupos executivos locais. As áreas programáticas aqui no município, elas se desenvolveram a partir dessa ideia da integração, coisas como referência, contra-referência, porta de entrada, isso começou a ser discutido nessa época e muito importante o princípio da participação que vinha desde Alma-Ata e que os grupos executivos locais tinham a presença da população organizada em associações de moradores e tudo mais. Isso tudo deu nesses anos 80 uma vitalidade muito grande para discussão sobre os

sistemas de saúde no Município do Rio de Janeiro, e foi se espalhando também como um princípio que depois desembocou na época da Constituição. Era isso, aí se falava na reforma sanitária, uma alteração no sistema que veio desembocar depois na Constituição de 88. Mas já nessa época, início dos anos 80, já se falava muito nisso e princípios da atenção básica começaram a aparecer.

RICARDO MATTOS - Tentar fazer um comentário depois do Antônio Ivo chega a ser um desafio à parte. Mas, eu vou tentar fazer o comentário, numa leitura mais atual, a partir das minhas experiências, sobretudo com uma visão muito da Baixada Fluminense e também vou falar um pouco dos períodos anteriores, sobre essas experiências que foram construídas na década de 80 e que, de certo modo, repercutiram diretamente nos anos 2000, eu diria até hoje em dia na Baixada. Na Baixada, como um todo, e mais especificamente em Nova Iguaçu, como uma trajetória mais específica da minha parte, grande parte dos equipamentos de saúde que a gente tem, inclusive até os dias de hoje, eles vêm justamente dessa época. A gente enfrentou ainda nos anos 2000, quando existiam financiamento até muito superior, uma transferência de financiamento via estado e Ministério da Saúde muito superior ao que a gente está encontrando hoje em dia. Mesmo naquela ocasião, a gente teve grande dificuldade de expansão, e muito se aproveitou dos próprios equipamentos que já estavam no próprio território, vindo de épocas passadas. Na atualidade, isso talvez seja ainda mais desafiador com a redução expressiva das transferências via ministério e via estado. Agora, algumas coisas ficaram

26. Hésio Cordeiro é um médico-sanitarista brasileiro que, ocupando posições institucionais importantes no processo da reforma sanitária, atuou de forma decisiva, no contexto dos anos 1980, para a criação do Sistema Único de Saúde. Na direção do INAMPS, por exemplo, uma das principais posições estratégicas da reforma em curso, Hésio apoiou o processo de descentralização de experiências organizacionais em saúde, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), que culminaram nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e, mais adiante, no próprio SUS.

27. Sergio Arouca foi um médico-sanitarista brasileiro, um dos personagens mais importantes no processo de renovação das ideias sobre saúde no país. Seus trabalhos deram corpo à movimentos como a chamada medicina social e à saúde coletiva brasileira. No campo das políticas, Arouca exerceu posições no Parlamento e no Executivo. Foi personagem de destaque naquela que é apontada como a mais importante conferência nacional de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como na construção do SUS.

e eu gostaria de pontuar a partir de sua fala, pelo menos dois pontos me parecem ser muito fortes: um seria a participação social como aspecto expressivo, sobretudo em Nova Iguaçu, Belford Roxo²⁸ e territórios vizinhos, que é uma característica que foi fundada no passado. Exemplo, agora, já não me recordo quem foi quem falou, talvez tenha sido Carlos Eduardo que nos falou de uma discussão da igreja como sendo um dos elementos de controle, um dos principais atores ali no processo de construção das políticas públicas. Em Nova Iguaçu se herda muito do campo da atenção primária, especialmente experiências que eram embrionárias a partir do Projeto Cáritas²⁹ e que, de certo modo, influenciam até os dias de hoje. Então a gente tem um envolvimento muito forte de base territorial, hoje em dia já está um pouco mais afastado, mas espero que isso tenha se mantido, mas justamente por conta dessas experiências passadas com o Projeto Cáritas e também de associação de moradores. No entanto, com o passar do tempo, me parece que essas coisas não são tão dadas.

A Baixada Fluminense, como um todo, ou pegando um pouco até da fala de um colega nosso conhecido de todos, professor Paulo Henrique (Almeida Rodrigues)³⁰, ele fala que o grande problema do Estado do Rio de Janeiro está no Caminho do Ouro³¹. Então desde a Baixada, a gente vive um momento de disputa muito forte, ainda nos dias de hoje, entre modelagens completamente distintas. Uma que se propunha a ser uma atenção primária abrangente, de base territorial bastante articulada com os movimentos sociais, tanto a associação de moradores como a própria igreja em si, com um papel muito forte tanto no fomento dessas políticas públicas

e de estratégias e formulações da atenção primária quanto também como forma de monitoramento da execução desse processo. De outro, a gente tem uma modelagem tradicional ainda muito arraigada naquela localidade e disputando bastante, por exemplo, com hospitais e o que seriam as unidades mistas assim chamadas, desde bastante tempo, que foram sendo reformuladas para unidades estritamente emergenciais e, de certo modo, localizando ali profissionais especialistas como porta de entrada numa espécie do que seria uma atenção secundária sem grandes regulações.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Ricardo Mattos. A próxima pergunta a gente direciona para Ana Ramalho e pedimos que o Carlos Eduardo Aguilera comente. No final dos anos 80, no contexto da reforma sanitária e da redemocratização, havia ações caracterizadas como de atenção básica em unidades da secretaria do Estado do Rio de Janeiro. Quais tipos de unidades de saúde desenvolviam essas ações e quais eram as principais diferenças deste momento em relação às propostas posteriores de Alma-Ata, de APS, considerando o modelo Programa Saúde da Família?

ANA RAMALHO – Bom, eu acho que a gente já meio começou a falar disso na pergunta anterior, não é? Eu entrei em 84 para a rede, e trabalhei um ano na vigilância da mortalidade infantil, que havia se implantado no serviço de epidemiologia, mas de nível central. Mas, veja que proposta ousada naquela época. Só para lembrar, em 1984 foram visitadas todas as casas em que morreu uma criança aqui

28. Município situado na Baixada Fluminense.

29. O Projeto Cáritas foi um projeto de saúde comunitária conduzido, a partir da metade da década de 1970, pela Diocese de Nova Iguaçu, por meio da Cáritas Diocesana, em parceria com instituições governamentais como o INAMPS e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

30. Paulo Henrique Rodrigues é um sociólogo carioca, professor e pesquisador do Instituto de Medicina Social da UERJ e também professor do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Unesa.

31. Nome dado em Portugal e em todo o Império Português aos principais caminhos construídos no país, regiões e colônias, cuja construção e manutenção eram responsabilidade da Coroa Portuguesa, diretamente ou através dos seus representantes locais. Regra geral, permitiam a circulação e o escoamento de riquezas minerais.

no município. Além das visitas domiciliares foram realizadas visitas hospitalares para checar prontuários de todos os óbitos infantis, mostrando como é que era o ânimo dessas pessoas para, de fato, começar sair fora da vigilância só de doença transmissível, não é? E além disso, como é que estava? E eu entro em 84 no centro de saúde, um centro de saúde grande do Rio, da décima terceira, o Milton Fontes Magarão, que já vinha com essas modificações da atenção primária. Então, o que que a gente tinha lá no centro de saúde? Eram 23 Centros de Saúde, um por região administrativa. Aos Centros de saúde estavam se somando as UACPs como unidades satélites. O Centro de Saúde gerenciava toda atividade sanitária. Havia vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária era lotada no centro de saúde, mas depois se modifica com o tempo. Os serviços, então se organizando, o serviço de pediatria, isso já é 84, já é a época do PAISC³², não é? PAISC, PAISM³³ surge aí em 84/85. Então já com esse conceito de atenção integral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, a pneumo e a dermatologia sanitária ainda ligadas só praticamente à tuberculose. Quer dizer, se não fosse tuberculose não era problema da pneumo, acho que era muito assim. A dermatologia lá no posto era uma dermatologia clínica aberta, alguns postos não eram. Porque aí dependia muito do perfil do médico. Quando eu cheguei tinha lá o médico que não era dermatologista, ele era hansenólogo, ele era bem idoso, talvez a idade que eu tenho hoje ou um pouco mais. Eu acho que era bem mais velho, a distância deve fazer isso, ele se dizia, assim “sou hansenólogo”, ele entendia de hanseníase e entendia de hanseníase de 40 anos atrás, nunca dava alta, aquela coisa, não é? Então você tinha que lidar, na prática era isso. Eu não sei qual foi a experiência de outros diretores aqui, Vera, de ter encontrado uma dermatologia de ... Mas eu tinha sorte de lá, por

acaso, contar também com um dermatologista professor do Fundão (Universidade Federal do Rio de Janeiro) e atendia toda dermatologia. Entrou uma médica dermatologista nova já no concurso e então começa a se organizar. Tirar vidro da tuberculose³⁴, eu me lembro, cada um era uma briga.

A Clínica Médica então começa, essa era totalmente nova: entrar adulto, já entrar doente em Centro de Saúde que não fosse de tuberculose e hanseníase era uma novidade. Criança doente em princípio não teria sido o problema do posto. O posto cuidava de criança saudável até então. E aí passa a cuidar de criança doente, passa cuidar de patologia ginecológica e recebeu o adulto que entra, com aquele nome de programa de hipertensão. A escolha da Hipertensão foi assim, vamos ver, qual é o problema maior que existe? Aquela ideia da época, não é? Já de base epidemiológica: o principal problema da população é a hipertensão, então vamos começar por aí, vamos padronizar. Algumas unidades fizeram uma coisa meio porta fechada, só entrava, se cadastrava e passava a se tratar quem tinha hipertensão. Lá na 13^a a gente já começa como clínica médica. Nós tínhamos recebido 7 médicos, que haviam sido alijados da emergência do Hospital Salgado Filho e foram removidos pra lá e eu disse “vocês são clínicos, a partir de hoje tá aqui, consultório, horário, vamos começar atender” e o programa de hipertensão era um protocolo de acompanhamento dos pacientes que eram hipertensos. Então já abre como clínica médica. Esse era o perfil das unidades. Fora disso, esses outros serviços de perfil mais coletivo. Fecha-se, nessa época, dois serviços que eram da secretaria de educação: a odonto e a fonoaudiologia, que eram próprios da secretaria de educação e são incorporados nos postos, então o posto passa a incorporar

32. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança foi implantado no início dos anos 1980 com o propósito de reorganizar a assistência à criança no Brasil.

33. Criado em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi uma iniciativa do Ministério da Saúde em resposta à crescente mobilização dos movimentos sociais, sobretudo feministas, que compreendiam a assistência à saúde nos marcos da integralidade do corpo, da mente e da sexualidade da mulher.

34. Vidros que separavam os pacientes dos médicos dentro dos consultórios de pneumologia sanitária.

a saúde bucal e passa a incorporar a fonoaudiologia também. Serviço social já tinha, saúde mental já tinha, então começa a funcionar como uma unidade básica com profissionais dessas chamadas especialidades básicas, era esse o perfil.

A transformação para saúde da família vai ser bem depois, já a partir de 2009. Então temos uns vinte, trinta anos em que se consolida esse movimento de especialidades básicas, funcionando com maiores ou menores dificuldades. A entrada de profissionais passa a ser basicamente por concursos: do concurso de 86, e do enorme concurso de 88. Depois teve alguns concursos na década de 90. O que marcava profundamente, eu acho, era a insuficiência de oferta. A oferta era tão insuficiente que jamais chegou a ser discutida com qualquer profundidade, no Rio de Janeiro, a regionalização. O que implicava a regionalização? Abrir para a sociedade o déficit de oferta. Depois sai do posto, fui para a secretaria e logo depois fui coordenar a área de doenças crônicas. Durante muito tempo nós tínhamos lá um mantra que nós tínhamos uma obrigação de falar em todas as reuniões, eu vou repetir o mantra aqui: “que havia um déficit de 600 clínicos na cidade”. Sem esses 600 clínicos você não podia pensar em ofertar minimamente uma atenção clínica, que era o meu problema, que eu estava discutindo na época, uma atenção clínica de qualidade. Nós tínhamos três milhões e meio de consultas de pronto atendimento, um exagero, porque a gente não precisaria mais que um milhão e meio por qualquer padrão de oferta, aquilo que faltava na atenção clínica organizada, sobrava no pronto atendimento. Virar isso só foi possível a partir de 2009 realmente, com essa

segunda grande reforma que foi a reforma de implantação de saúde da família.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Ana. A gente pede que o Carlos Eduardo comente.

CARLOS EDUARDO AGUILERA - Bom, então a gente tem a partir da Nova República, porque a Nova República começou, a reforma sanitária e o SUS vai, depois, só consagrar. A gente tem uma estruturação das atenções básicas municipais, o Gilson Cantarino³⁵ falava assim: “a Prefeitura de Niterói cuidava, a Secretaria de Saúde de Niterói só cuidava do cemitério, só cuidava do cemitério”. Era a única atribuição da Secretaria de Saúde. Então muitas secretarias de saúde do interior só tinham o cemitério, tá? Porque tudo estava ligado ou à previdência ou era uma estrutura estadual, como as delegacias de polícia hoje são estaduais até hoje e a saúde pública nos municípios era estadual. Então, fora do Rio, que tinha a rede básica da capital, desde a capital da República, a maioria dos municípios começou a jorrar muito dinheiro, via SUDS e descentralização, e aí se pode sair dessas iniciativas comunitárias que eram importantes para estruturar as secretarias e aí eu queria, quando chega o Rio de Janeiro é interessante porque tinha uma cultura lá da década de 10, não é? Que veio vindo, evoluindo, claro! Década de 60 veio a Aliança para o Progresso³⁶, que instituiu as vacinas, médicos, especializou-se mais, vários especialistas.

Mas, deixa eu contar um caso vivenciado por colegas meus da ENSP. Eu estava no meio desse furacão que eu tinha entrado na residência de medicina preventiva e

35. Gilson Cantarino O'Dwyer foi médico e secretário municipal de Saúde de Niterói durante a gestão exitosa de Jorge Roberto Silveira (PDT), sendo o pioneiro na implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Foi secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, presidente reeleito em duas gestões do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) e do COSEMS (Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde).

36. A Aliança para o Progresso remonta à gestão do Presidente norte-americano John Kennedy (1961-63) e envolveu a criação de um amplo programa de cooperação técnica internacional destinado a apoiar o desenvolvimento social e econômico da América Latina no contexto da Guerra Fria e das iniciativas de contenção do comunismo na região.

social da ENSP, e eu estava no meio desse furacão, início da década de 80. Deixem-me contar uma coisa para vocês. O soro caseiro... Como se tratava crianças com diarreia e desidratação? Gente, as crianças eram internadas e era feito a internação hospitalar para a infusão endovenosa para as crianças serem salvas. Imagina quanta criança que morria no caminho, até chegar a uma infusão endovenosa? Por um serviço de pediatria hospitalar!!! E aí nós, não era eu, foram pessoas um pouco à frente porque o Chico Braga (Francisco Braga)³⁷ já era residente, Lígia Bahia³⁸, um pouco mais a frente. Eles foram nos centros de saúde explicar a implantação do soro caseiro e lá tinham os pediatras antigos, pediatras que estavam lá em carreira há 30 anos, 20 anos. Aí entra esses residentes de chinelão, bata, bolsa de couro e a moça, que eu não vou contar o nome dela, vou deixar que imaginem quem possa ser, não foi a Lígia não. Bem, ela entrou num centro de estudo, de um centro de saúde desses, e subiu em cima da mesa, sentou em cima da mesa, ali oh, como se fosse ali e cruzou as pernas, e chegou com aquele soro caseiro e começou explicar a nova revolução da tecnologia preventiva de evitar um terço de mortes em criança, morria um terço das crianças do Nordeste de desidratação e diarreia. Por isso que, quando as pessoas começam a reclamar de atenção primária focalizada, eu logo falo: “peraí, atenção primária focalizada foi fundamental, continua sendo fundamental, a gente está numa epidemia de sífilis, a gente está numa epidemia de tuberculose, a gente está com pouca saúde pública na atenção primária atual do Rio de Janeiro”. Mas, enfim, deixa eu acabar de contar, quando ela sentou de perna cruzada, pegou o sorinho e começou a falar que aquilo ia salvar as crianças da desidratação e da diarreia, os

pediatras se retiraram e fizeram uma carta de protesto porque eles não podiam admitir que pessoas fossem lá, hippies, comunista, mulher, fosse lá falar que aquela porcaria daquele pozinho ia resolver o problema das crianças do Rio de Janeiro. E a outra coisa, assim, que eu vivi no ápice, foi a briga da medicina preventiva e social com a medicina geral comunitária, que foi exatamente nesse momento. A prefeitura era, e o Rio de Janeiro e o movimento sanitário da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) era o baluarte do modelo soviético de atenção primária. O modelo soviético era o seguinte: as unidades básicas eram compostas de clínico geral, pediatra e ginecologista, e os afins, pneumo, dermato, dermatologista sanitário, pneumologista sanitário, tá? E a medicina geral comunitária vem trazendo essa ideia do médico que nem eu, como quebra-pau. E assim, acusações assim até um pouco desabonadoras, tipo ah, esse pessoal, porque eu queria ser médico da família, então eu ficava desesperado porque, porque eles estão brigando? Eu quero, eu quero ser médico e eu achava que o geral comunitário era o médico certo. E aí eu ouvi de pessoas, assim, também que eu não vou dizer o nome, mas que são todos livros de história da implantação do SUS, “ah larga disso, Cadu, isso é coisa de Clínico, de direita, esse pessoal, esse movimento que vem lá do lado dos Estados Unidos”. Nós temos que, realmente, implantar o modelo soviético, tá? Então tudo nesse bojo, nesse clima, nesse clima de muito dinheiro, muito dinheiro para as secretarias que tinham um cemitério, de repente construindo postos de saúde, fazendo concurso público. Eu fiz dois concursos públicos, eu fiz de 86 e de 88, curiosamente eu não passei no de 86, eu não sei, não sei se eu acordei no mundo da lua, eu não passei no concurso, foi bom para mim, que eu segui minha carreira docente.

37. Francisco Campos Braga Neto é médico e Professor da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Foi coordenador do Ensino Lato Sensu da ENSP. Serviu, fora da Fiocruz, como consultor de diversos projetos na área de Desenvolvimento Organizacional e de Implantação de Sistemas de Custos.

38. Lígia Bahia é médica, doutora em saúde pública pela ENSP/Fiocruz e Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA –
Ana e Carlos Eduardo, muito obrigado. A próxima pergunta nós vamos dirigir à Regina Henriques, pedimos que o Daniel Soranz comente. Muito bem, Regina, antes da implantação do que hoje a gente conhece como Estratégia Saúde da Família, universidades do estado já realizavam atividades de atenção à saúde de base territorial, você pode comentar um pouco mais sobre essas experiências e como foram desenvolvidas atividades de internato rural, quais as resistências e potências dessas práticas?

REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES -

Excelente estar aqui, gente. Estou fazendo assim, revivendo coisas da história, maravilhosas, mas vou tentar ser breve para não ultrapassar o tempo. Então, vou destacar, eu acho que naquela época tanto no que diz respeito às transformações que estavam em curso nos serviços, também nós vivíamos um processo de grandes transformações nas universidades. Na dita academia, que até então eram bastante apartados, não é? Muito apartados a academia e os serviços. Mas eu vou destacar assim, eu acho que foi uma época em que nós tivemos atores-chaves ocupando cargos estratégicos, que permitiram que aqueles ideais, que já estavam sendo trabalhados, refletidos, que estavam transpostos no relatório da conferência de Alma-Ata, fossem trazidos para o cerne da Universidade, principalmente nos departamentos de medicina comunitária, de enfermagem de saúde pública em algumas das universidades que vinham debatendo essas questões, cujos professores e estudantes participavam ativamente de alguns movimentos sociais bastante fortes, importantes em toda a trajetória da reforma sanitária. Por parte dos serviços, nós começávamos a ter algumas

transformações importantes, já citadas aqui por outros colegas, e que na Secretaria Municipal de Saúde a gente vislumbrava, então, uma mudança que era significativa, que nós tínhamos influência de algumas pessoas que ocuparam os cargos. Naquela época, elas estavam imbuídas de fazer essa ampliação de cobertura pautada naqueles princípios da atenção primária à saúde que vinham da conferência de Alma-Ata. Então, por exemplo, já falei para vocês, no Município do Rio de Janeiro, nós vamos ter a constituição das unidades que ainda estão pautadas nessa diferenciação de modelos, as UACPS, para atenção primária; as UMAMPs, pela atenção mais especializada no pronto-atendimento, vamos dizer assim, o modelo que a gente tem hoje das UPAs³⁹, mas que naquela época isso já significou uma quebra de um modelo então vigente, que era muito pautado nos modelos de atenção higienistas, extremamente controladores do corpo do outro e que restringiam bastante, inclusive, a atuação dos profissionais. Eu, em 81, quando vou trabalhar na UACPS do Vidigal⁴⁰, eu vou assim, cheia de sonhos, porque eu tinha sido formada numa universidade num modelo ainda tradicional de saúde pública, mas que tinha uma influência muito grande de uma pessoa que é emblemática até hoje, que a Therezinha Nóbrega⁴¹, que foi minha professora na época. Então eu vou para o serviço cheia de gás e com muita vontade de fazer coisas diferentes do que até então eu vi acontecer naquele modelo na atenção básica no Município do Rio de Janeiro, centrado nos centros municipais de saúde, cada um na sua região administrativa e também com atividades ainda muito centradas na atenção ao desenvolvimento, crescimento da criança. Mas, numa lógica higienista, a mulher, só vendo a mulher como grávida, pra cuidar do pré-natal, enfim, que já foi dito aqui por muitos de vocês. Por outro lado, se vivi isso, vivi com

39. A Unidade de Pronto Atendimento constitui-se como uma espécie de posto de saúde, responsável pelo atendimento de média complexidade no sistema de saúde. Seu processo de implantação se iniciou em 2007, quando a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro enfrentava uma importante epidemia de dengue no estado. Daí em diante o modelo foi levado para outros estados federativos, constituindo-se, assim, pouco a pouco, em uma estrutura de caráter nacional.

40. Vidigal é tanto um bairro na zona sul do Rio de Janeiro quanto uma favela instalada no mesmo bairro.

41. Maria Therezinha Nóbrega da Silva é enfermeira, doutora em enfermagem pela UFRJ e professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

muitas contradições, porque imagina o que é você estar numa unidade básica de saúde no modelo inovador, numa secretaria que ainda tem uma organização de Centro de Saúde, onde aqueles trabalhadores também vêm de um modelo mais tradicional. Eu, ao mesmo tempo que eu estava dentro da comunidade, porque esse é o tchan das UACPS, elas foram construídas dentro das Comunidades. Vidigal, por exemplo. A minha unidade ficava na via principal, mas dentro mesmo do casario. Então, era impossível pensar em fazer a minha prática de enfermagem fechada dentro da unidade, eu circulava pela comunidade toda, mas eu era, ao mesmo tempo, constrangida pela chefe de enfermagem do então Centro de Saúde ao qual se vinculava minha unidade para dizer: “não, você não pode, as pessoas têm que vir na unidade. É perigoso quando você sai da sua unidade para prestar cuidado diretamente na casa das pessoas, não podemos”. Então, eram essas contradições que estavam muito presentes nesse momento de transição de transformação. Por outro lado, nas Universidades, a gente também vivia um grande processo transformador, muitos desses atores que estavam nas universidades estavam também nos serviços e faziam parte de grandes movimentos sociais e que estavam na área da saúde atuando também no processo da reforma sanitária. Então, eles queriam trazer também para universidade outras perspectivas de atuação. Elas foram muito marcadas na área da saúde por essas iniciativas que as universidades estarem presentes nas comunidades e de iniciarem alguns processos, de criarem as suas próprias unidades básicas de saúde, já que não encontravam na rede uma resposta mais imediata. Então, a gente tinha experiência, por exemplo, da UFRJ com a Vila do João. A gente tinha o Projeto Papucaia⁴², a própria UERJ, por conta da residência de medicina comunitária, que fazia supervisão ao Ministério da Saúde. E vai também criar

uma unidade em Austin⁴³, depois no Borel⁴⁴. Enfim, são experiências que vão marcando profundamente a ação da universidade numa presença maior da universidade nos territórios, não é? Saindo um pouco desses muros fechados que a academia tem. Então, eu queria destacar que as experiências de internato Rural e outras experiências mais que marcaram a universidade nesse momento, na década de 80, elas também vêm de um movimento da universidade. Se vê como parte dessa sociedade determinada e determinante, e ela começa a desenvolver, através das Sub-reitorias de ação Comunitária, Sub-reitorias de relações comunitárias, relações estudantis e comunitárias, algumas ações também para fora dos muros da universidade. Se vendo também como um ator importante nesses movimentos e tentando, então, fazer uma prática que deixa a academia de fora desse altar que ela havia construído para si, mas que ela tem uma relação mais direta junto com a população de um modo geral. Aí você vai ver a universidade participando de grupo executivos locais através dos seus professores que têm uma inserção também nos serviços, com a participação popular, com a formação, inclusive, de outros quadros para essa participação popular mais intensa. Aí o internato Rural vem como uma marca também importante desse movimento com a universidade, para sair dos seus muros e começar a atuar para além do seu centro principal, mas abrindo também outros campi em municípios mais afastados da capital e levando a prática de saúde através do internato Rural.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA – Muito obrigado, Regina. Então eu passo a palavra ao Daniel.

DANIEL SORANZ – Eu acho que tem um ponto que é super importante que é a separação do Programa Saúde da Família

42. Implantado a partir de 1983, o Projeto Papucaia apoiou, contando com ampla participação popular, a organização e o enfrentamento de problemas na saúde pública no Município de Cachoeiras de Macacu, no interior do Estado do Rio de Janeiro. Obteve resultados importantes na melhoria dos indicadores de mortalidade infantil naquela região.

43. Austin é um bairro do Município de Nova Iguaçu, situado na região do Grande Rio.

44. Borel é uma favela situada no bairro da Tijuca, Zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

da Atenção Primária, da rede tradicional. E também das unidades hospitalares. Assim, até a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde era separada. A gente tinha uma estrutura separada, a estrutura da coordenação de área programática. Na Maré, por exemplo, a gente tinha o Centro de Saúde Américo Veloso, e a saúde da família funcionava no CIEP⁴⁵ ao lado, um pouco mais para a frente do Américo Veloso, num espaço super improvisado. Em 2009 já vinha uma discussão muito quente do Ministério da Saúde, com atenção primária se consolidando em várias capitais brasileiras. Florianópolis já tinha completado 100% de cobertura de saúde da família. O próprio Ministério da Saúde já comemorava o aniversário da saúde da família, sucessivos desde 94. 2008 era um ano que termina com 8, que é um ano que sempre se comemora Alma-Ata. A Organização Mundial da Saúde tinha emitido um relatório, "Atenção Primária agora mais do que nunca", um relatório super importante. Em 2009 começava uma nova gestão e o Rio de Janeiro se colocava para ser uma capital entre as 40 maiores capitais do mundo. E também se colocava para ser sede das Olimpíadas. Muito se recebeu de influência de outros sistemas de saúde que tiveram sede em olimpíadas. Então, Espanha, uma cobertura de saúde da família; Barcelona, muito forte; Sidney, saúde da família muito forte, vinculando pessoas à profissionais e ao médico de família. A olimpíada anterior era Londres, atenção primária muito forte. Toronto, no Canadá, muito forte então. A discussão toda no âmbito do alto escalão da prefeitura se dava: por que o nosso sistema de saúde não cumpre a política ministerial? E por que os outros países desenvolvidos, as outras capitais que foram sede de olimpíadas, que organizaram

os sistemas de saúde, organizam com o Saúde da Família, com o médico de família e a gente não? Essa discussão foi muito pesada em vários momentos porque as pessoas achavam que a saúde da família ainda deveria funcionar à parte das unidades. 82% de todo o orçamento da secretaria de saúde era gasto com hospital, 6% era gasto com vigilância em saúde, só mais ou menos 13, 12% que era gasto com atenção primária, com saúde da família. A cobertura era próxima, eu falei esses 12%, incluindo aí o gasto com centros municipais de saúde e com todas as unidades de atenção primária. E também a gente tinha um mix, tinha PACS⁴⁶, UACPS uma forte pressão do Governo do Estado, que apesar de ser do mesmo partido, tinha uma política totalmente diferente, fortalecendo a unidade de pronto atendimento e UPAS, um mix de tipos de unidades diferentes. Quando, em 2008, se abre novamente, retomando a nossa história da Secretaria Municipal de Saúde, que era sempre territorializar, regionalizar essa discussão, esse mantra ainda se mantinha. Retomando isso, as coordenações de área programática foram uma grande conquista para que a gente pudesse implementar a atenção primária posteriormente. Primeiro movimento foi o pessoal da saúde da família deixar de ser paralelo e todas as pessoas que trabalhavam na saúde da família viraram cargo de gestão e coordenador de CAP (Coordenação de Área de Planejamento)⁴⁷. Então, todos os coordenadores de CAP foram escolhidos por serem da saúde da família, para fazer um movimento justamente inverso, transformar toda a rede de atenção primária em saúde da família. O saúde da família, que funcionava em espaços alugados, em casa improvisada, deixa esses espaços, vai para dentro das unidades de saúde, e rapidamente ela começa a ocupar

45. Os Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs) se constituíram como parte de um projeto educacional de autoria de Darcy Ribeiro. Implantado inicialmente no Estado do Rio de Janeiro, ao longo dos dois governos de Leonel Brizola (1983 – 1987 e 1991 – 1994), tinha, como objetivo principal, a oferta de ensino público de qualidade em período integral.

46. A primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde, como uma estratégia abrangente de saúde pública, se deu no Estado do Ceará, em 1987, produzindo naquela região resultados importantes na queda da mortalidade infantil. Diante do sucesso da iniciativa cearense, a partir de 1991, o governo federal encampou o projeto, sendo este rapidamente nacionalizado. Posteriormente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde seria incorporado pelo Programa de Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família.

47. A Coordenação da Área de Planejamento é o órgão responsável por controlar os serviços e executar as ações de saúde, administrativas e orçamentárias, pertinentes a uma Área de Planejamento do Município do Rio de Janeiro.

o espaço lá. Outro movimento importante foi, além da territorialização, o movimento da formação de Recursos Humanos, de agregação das universidades. Se suspende todo o pagamento de universidade de contrapartida, que era obrigatório pagar para os alunos para entrarem para as unidades de saúde, e começa um planejamento muito importante de recursos humanos, jogando todos os alunos de graduação, sem exceção, das universidades. A gente faz uma reunião com colegiado de gestores, de reitores, que tinha sede na Cidade do Rio de Janeiro. Uma subsecretaria de atenção primária chamar os reitores, foi extremamente ousado. Bem, eles aderiram ao convite e todos falaram: “olha, a gente precisa cumprir a diretriz curricular do MEC (Ministério da Educação), mas a gente precisa ter um sistema mais justo, mais solidário”. Todos eles aderiram, não houve nenhuma universidade, pública ou privada, que não colocou seus alunos na atenção primária, nas clínicas. Outro ponto que foi super importante foi o Projeto TEIAS⁴⁸ na Fiocruz⁴⁹. A gente começou um curso técnico de formação de agente comunitário de saúde, um curso de especialização em saúde pública para lideranças, e depois uma residência em enfermagem, e uma residência multiprofissional, uma residência de medicina de família e comunidade, planejando que em 2024 ou 2025 nós teremos todos os profissionais que atuassem nessa rede, profissionais formados para atenção primária. Aquele déficit que a Ana Ramalho colocou, de 600 médicos, se começou, em 2009, um planejamento. Como a gente vai chegar em 70% de cobertura em 2016? Quem vai ocupar esses postos de trabalho? E aí esse Projeto Teias, com a Escola Nacional de Saúde Pública, foi essencial. O apoio da UERJ, da UFRJ, da Estácio (Universidade Estácio de

Sá)⁵⁰, da Souza Marques (Faculdades Souza Marques), da Unirio (Universidade Federal do Rio de Janeiro), foi fundamental porque se não a gente não teria base de pessoas para ocuparem essas vagas.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA

– Daniel, a gente vai retomar esse contexto à tarde, ele será objeto de maior aprofundamento e, obviamente, a gente está muito interessado naquilo que você tem para dizer. Você já adiantou alguns aspectos sobre os quais a gente, enfim, vai retomar, sem qualquer problema, obrigado.

GABRIELE CARVALHO – Bom, a próxima pergunta a gente vai direcionar para Maria José Evangelista e pede que a Vera comente. Desde o final dos anos 90, a Saúde da Família era compreendida, em termos nacionais, como uma estratégia de reformulação do modelo de atenção. Como o Estado do Rio de Janeiro se posicionava em relação a isso e também a capital?

MARIA JOSÉ EVANGELISTA - Evidente que eu não posso me ater ao Rio de Janeiro, até porque eu não sou daqui e minha inserção aqui foi pontual, mas eu vou falar um pouco do que eu vivi no país como um todo. Como eu falei na minha apresentação, eu fui coordenadora PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 91, quando o programa começou mais fortemente no Nordeste. Nós tínhamos aquela situação que o Carlos Eduardo falou, principalmente da questão da mortalidade infantil. Então o programa surge lá, no Ceará. Ele é expandido rapidamente para o Nordeste inteiro e a gente chegou a um ponto, eu

48. Projeto TEIAS é uma iniciativa de cogestão, pactuada em 2009, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Seu objetivo foi permitir que o Teias Escola Manguinhos, unidade de saúde sob a responsabilidade da Fiocruz, fosse também responsável pela gestão da APS local. Seu principal resultado foi a ampliação da cobertura da população residente no Bairro de Manguinhos para 100%.

49. Fundada em 1900, a Fundação Oswaldo Cruz é uma instituição de pesquisa e desenvolvimento em ciências biológicas e saúde pública localizada no Rio de Janeiro, considerada uma das principais instituições mundiais de pesquisa e ensino de saúde pública.

50. A Universidade Estácio de Sá, ou simplesmente Estácio, é uma instituição de ensino superior privada brasileira fundada em 1970 no Rio de Janeiro, hoje possui unidades de ensino em quase todos os estados federativos brasileiros.

digo assim, quem procura, encontra, não é? Então, aquele exército de agentes ia nas casas e encontrava várias situações que saíam muito da questão da criança, o forte naquela ocasião era a materno infantil. Mas isso rapidamente se espalhou. E aí quando a gente chega em 94, tinha uma situação que as unidades que eram, também o que Carlos Eduardo falou, ginecologia, clínica e pediatria, não tinham suporte para poder atender todos esses problemas, que os agentes comunitários enfrentavam e iam nas casas e encaminhavam para as unidades. Então, chegou num ponto que tinha que fazer alguma coisa para poder melhorar esse acesso. Aí, aqui no Rio, no Município de Niterói, tinha Gilson Cantarino, Maria Célia⁵¹ e outras pessoas, que tinham um médico de família, não era Saúde da Família. Todos nós viemos aqui em Niterói ver como é que funcionava, aprender e o que é que podia se fazer para o restante do país. Claro que aqui era um modelo cubano, tinha o Doutor Felisberto, que era o médico cubano que era da embaixada, que vivia aqui no Rio de Janeiro. Então a gente aprendeu e fez uma adaptação, como é que podia ser para o restante dos demais estados. E aí, então, cria-se o Saúde da Família, porque a ideia era que não fosse centrado no médico, porque o Programa Médico da Família era centrado no médico, então a ideia era que fosse uma equipe, com enfermeiro, com agentes comunitários, uma equipe mínima, mas que os municípios poderiam ampliar, se tivessem recursos, se assim entendessem e essa equipe, então, iria dar suporte a toda essa demanda que os agentes comunitários enviavam das unidades básicas.

Eu acho que foi um período importante porque ampliou, nós começamos com 12 ou 15 municípios, com 55 equipes, em 94 e isso teve muita reação, reação da academia, reação de várias entidades no país, como uma coisa de pobre para pobre. Então, eu lembro disso que a gente, a gente enfrentou várias situações, inclusive das nossas entidades de

classe. Como eu sou enfermeira, eu lembro que o presidente do COFEN (Conselho Federal de enfermagem) na época dizia que ia prender a gente por crime de prevaricação, porque estávamos colocando pessoas, aí com relação aos agentes, estávamos colocando pessoas que não tinham a devida habilidade para estar cuidando das pessoas. Então, a atenção primária nunca teve vida fácil. Então, foi um momento tenso, mas que tinha uma pessoa que era lá da Paraíba, que era presidente da fundação, que naquela época não estava no ministério, estava na Fundação essa coordenação. E dizia que era o vespeiro da Paraíba, quando a Paraíba, quando o nordeste chegar, então fazia aquela confusão e graças à essa confusão, à essa persistência que o programa, que naquela época era programa, não era estratégia, foi aos poucos se consolidando, aos poucos foi crescendo. Muitos estudos foram feitos, dissertação de mestrado, tese de doutorado, que apontou que o caminho estava certo. Então, do ponto de vista do início, eu destaco isso. Aqui no Rio, eu não posso, eu não posso detalhar porque eu não estava aqui nessa época, eu não vivi. O que eu vivi, do que eu lia, do que eu vivia quando participando, quando aqui estava em Niterói, que me deixa assim, que me lembra mais fortemente, era a forte reação contrária ao Programa Saúde da Família na época e aos agentes comunitários.

GABRIELE CARVALHO – Obrigada, Maria. A gente passa para a Vera comentar.

Vera Pacheco – Bem, na secretaria do Rio de Janeiro, as unidades ... Bem, sempre foi uma secretaria bem forte, com equipe técnica competente, uma rede grande, não é? Havia até uma disputa técnica o tempo todo com o estado, não é? Com a equipe técnica do estado, em termos de competência mesmo, de organizar os programas de acordo com alguns princípios particulares do Município

51. Maria Célia Vasconcellos é formada em Serviço Social, atualmente é secretária municipal de saúde de Niterói.

do Rio de Janeiro. A Estratégia Saúde da Família ... Havia uma grande resistência, mas muito grande da maioria dos profissionais que atuavam nas unidades de saúde, nos centros de saúde. O pessoal considerava realmente que Saúde da Família tinha uma complexidade, que tinha a complexidade do Rio de Janeiro, era impossível de dar certo. A ideia era essa, mas se ouvia por aí. Assim, queria lembrar que a Ana Ramalho falou, lembrando lá um pouco das transformações que a gente viveu na rede do município, eu considero que tem duas incorporações, mudanças que não citou, mas que foram assim bastante significativas também, que foi da medicina escolar para saúde escolar. Esse foi o passo que enfrentou, que tinha o registro de saúde escolar, que a medicina escolar trabalhava com médicos, fazendo uma avaliação clínica das crianças. A saúde escolar precisava de se aproximar de uma questão diferente, que a instituição escolar que tinha várias doenças, muitas vezes criava uma grande ... Outro, foi o programa de contracepção que, embora tivesse sido implantado, que era um programa de saúde integral da saúde da mulher, não era integral porque a contracepção não tinha sido implantada. Foi só de forma mais recente que se buscou essa implantação. Eu estou citando isso porque, da mesma forma, o Saúde da Família, ele, de fato, não tinha apoio, o apoio veio com essa equipe nova. E o apoio do ministério foi fundamental para, a partir dessa experiência embrionária, que tinha, que era o PACS da Maré, enfim. Essa expansão, no início, implicava em fazer parcerias. Foi um teste que foi feito na Secretaria de Saúde, fazia com ONGs, fazia-se com Associação de Moradores, na Maré a experiência pioneira,

que era com associação de moradores e que havia uma avaliação que enfrentava diversas dificuldades. Então, a secretaria na época, tinha ideia de que essa primeira expansão, feita como uma coisa piloto, que a gente pudesse, por uma determinada AP (Área Programática), uma parceria com ONG; na outra, uma parceria com Associação de Moradores; outra, foi até com cooperativa lá na AP 5.2.⁵² Esse foi o iníciozinho de experiência que trouxe uma série de dificuldades também para ser enfrentada. Enfim, eu acho que aqui, no Município do Rio de Janeiro, só se tomou essa decisão a partir dessas experiências pilotos de expansão, em cada CAP, de acordo com a adesão também que as coordenações de área e os coordenadores e suas equipes tinham ao programa, que foi que ocorreu de forma desigual. Eram 10 APs, isso não ocorreu de uma forma homogênea.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA – Muito obrigado, Vera. A próxima pergunta a gente dirige ao Daniel e a gente pede que Mariza Nascimento comente. Daniel, de início, o Programa Saúde da Família foi proposto para a população de maior vulnerabilidade social. Houve resistências por parte de alguns grupos técnicos? Ocorreu, por exemplo, algum debate ou constrangimento que envolvesse a chave APS seletiva⁵³, APS abrangente⁵⁴? Fale um pouco a respeito sobre essas eventuais tensões.

DANIEL SORANZ – Isso é uma discussão importante, muito se discutia na secretaria. Primeiro porque o sistema de saúde do

52. Para efeito de planejamento e gestão o Município do Rio de Janeiro é dividido, desde 1993, em 5 áreas programáticas ou de planejamento que comportam em conjunto 10 subdivisões. A Área Programática 5.2 corresponde aos bairros de Campo Grande, Santíssimo, Senador Vasconcellos, Inhoaíba e Cosmos, na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro.

53. A APS seletiva diz respeito a um número limitado de serviços considerados de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e, algumas vezes, incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).

54. Tendo como marco teórico a Declaração de Alma-Ata e as discussões da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na República do Cazaquistão em setembro de 1978, a APS Abrangente considera uma perspectiva ampliada da saúde, que necessariamente associa as ações de promoção, prevenção e reabilitação, sempre ofertadas com base no direito e por intermédio de serviços públicos ou organizados a partir do estado.

Rio era um sistema pautado na urgência e emergência. É, urgência e emergência para todos, Saúde da Família para os aglomerados subnormais, para quem precisava de um serviço de saúde, só que não era da Saúde da Família que se tem hoje. Era um Saúde da Família com uma carteira de serviços ou com uma possibilidade de atuação bem menos abrangente assim. Funcionava em casa alugadas, dentro da comunidade, com a grande maioria das equipes incompletas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tinha 25% só de equipes completas. 200 equipes, só 25% estavam completas com médico. O centro saúde escola, por exemplo, da Fiocruz, a gente tinha oito equipes, tinha duas equipes com médicos. Eu era um deles. Era um outro tipo de discussão. Quando se coloca a meta num plano estratégico da cidade para chegar em 45% em 2012 e 70% de Saúde da Família em 2016, visando num planejamento 20/20, talvez 100% ou próximo a isso, se muda de cima para baixo a diretriz para a secretaria de saúde. Tem uma diretriz política, do conselho da cidade, que foi referendada no Conselho Municipal de Saúde, na Conferência Municipal de Saúde que montou o plano Municipal de Saúde de 2009. Então o plano Municipal de Saúde já trazia isso com o apoio da elite política, com apoio dos Conselheiros de saúde, a resistência praticamente desapareceu. Então, a gente não percebeu tanta resistência em relação a esse aumento de cobertura. Rapidamente a cobertura começa a se consolidar em algumas áreas que tinham uma capacidade de verbalização muito alta, então o Saúde da Família no Catete⁵⁵, Copacabana, na Rocinha⁵⁶, tinham um apelo de uma classe média que verbalizava e sabia os seus direitos e que cobrava muito para que isso de fato acontecesse. O programa entrou muito rápido na classe média, muita gente nem percebeu o movimento que estava acontecendo. De repente, entraram 8 equipes da Saúde da

Família no Catete, e eles criaram um vínculo, um laço muito forte com aquela população em Botafogo⁵⁷ mesmo, na Policlínica Dom Helder Câmara. Isso se deu na cidade toda, eu estou dando um exemplo de áreas um pouco mais nobres, mas que se deu na cidade toda, como uma mudança mesmo de estratégia em efetivar um sistema único, público para todos. Uma coisa que foi bem interessante foi quando se montou uma texturização rígida pelas coordenações de área. A territorialização do Saúde da Família se tornou muito rígida a ponto de só se ter acesso ao serviço de atenção primária naquele território, montando um sistema de listas, entre profissionais e pacientes. Uma coisa que foi muito importante foi quando se lançou em 2010 um programa que chama “Onde ser atendido”. Pelo seu endereço, você sabia onde encontrar o seu médico de família, seu enfermeiro de família, e saber qual a equipe responsável pelo seu atendimento. Isso foi crescendo. Rapidamente, o Saúde da Família, que não tinha nenhum apelo político, em pouco tempo, num ano, um ano e meio de gestão, ele começou a ser o pedido político mais demandado ao gabinete do prefeito. Sempre foi iluminação pública, asfalto, iluminação pública. Rapidamente, com a territorialização, as pessoas viram: “eu tenho um sistema que funciona, dá resultados, que eu conheço o profissional responsável pelo meu cuidado, e eu não tenho esse sistema”. E aí quem não tinha acesso e isso começou, muito forte na zona oeste, na Clínica da Família Olímpia Esteves, vereadores, lideranças comunitárias questionando porque aquela comunidade tem uma clínica de família e a outra comunidade não tinha. Isso gerou uma pressão no sistema todo para uma ampliação do Saúde da Família também na classe média. A gente tem que tomar muito cuidado na gestão com a lei dos cuidados inversos, porque a pressão da classe média pelo Saúde da Família tanto política, quanto na mídia, era muito mais forte do que a pressão

55. O Catete é um bairro carioca localizado na Zona Sul da cidade.

56. A Rocinha é uma comunidade popular localizada na Zona Sul da cidade. Em termos demográficos, é considerada a maior favela do país.

57. Bairro carioca na Zona sul da cidade.

nas áreas que mais necessitavam, que mais precisavam. Por uma capacidade menor de verbalização, de organização social, isso ficou muito evidente durante a expansão. Algo que a gente achava que seria uma resistência à entrada, virou justamente o contrário, a classe média e as pessoas que tinham mais recursos, começaram a cobrar de ter aquele serviço que eles não tinham anteriormente, a ponto de ter discussões muito intensas com a própria Câmara de Vereadores, que queria pressionar para essa ampliação em outras áreas, uma discussão muito intensa, ao ponto de a Câmara de Vereadores doar 230 milhões de reais do seu orçamento, com economias que fizeram, para a ampliação do Saúde da Família em algumas áreas que a secretaria também considerasse importante. Então, esse movimento foi um momento muito, desculpe, não um movimento esperado naturalmente, mas que aconteceu de maneira muito forte aí no dia a dia da gestão.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA – Ok, Daniel, muito obrigado. Então eu passo a palavra à Mariza.

MARIZA NASCIMENTO – Mais uma vez, prazer enorme de estar aqui. Dizer, tornar a atenção básica a porta de entrada já era realmente uma luta nossa, não é? Antes do GEL. O GEL foi uma criação, não é? Uma produção daquelas reuniões que a gente fazia e do tempo do Arouca (Sergio Arouca), do Professor Victor Valla⁵⁸, a gente criava aqueles fóruns para poder estar discutindo atenção básica. Na época ainda não era atenção básica, a gente falava ainda: “a gente quer um posto de saúde para entrada na comunidade”. As pessoas não tinham absolutamente nada,

o Alemão, o Complexo do Alemão⁵⁹ era IDH 0. Então a gente tinha aquele postinho de saúde, um pronto-socorro que vivia fechando e a gente reunindo a comunidade para poder não deixar fechar porque era a única porta que nós tínhamos naquele momento. Então, depois que a gente começou a se organizar naquelas reuniões, GEL, CEAPS (Centro de Autorização de Procedimentos de Saúde), que aí, depois, viraram conselhos, conselho de saúde, conselho distrital, municipal, estadual, nacional, enfim, a gente foi lutando e conquistando. Nós pedíamos um posto de saúde para o Complexo do Alemão. E tanto é que o Gazolla⁶⁰ ainda foi lá, cortou fita, antes de você, viu? (aponta para Daniel Soranz) Cortou fita, mas não aconteceu nada, não é? Mas a comunidade estava em cima porque fecharam o pronto-socorro, era o SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência) de Ramos⁶¹, que tinha como posto de atendimento básico lá em Ramos, na praia de Ramos não. Lá na rua Barreiros, lembra da rua Barreiros? Então, a gente ia, a comunidade ia para ali. Criança com tuberculose, quando o rato mordida, enfim, era tudo para lá, naquele fim de mundo, era muito difícil. E aí a luta demorou tanto que acabou chegando no Saúde da Família, não era isso que a gente pedia, mas a gente escutava falar. Eu sou Mariza da Paraíba, então eu vim para o Rio de Janeiro em 70, eu estou aqui, viu, amiga de Pernambuco? (se referindo a Maria José Evangelista) E a gente ficava olhando para aquela atenção lá em Pernambuco, no Nordeste e a gente ficava querendo, ficava desejando. E aí chegou o Saúde da Família, conforme já ouvi muitas falas, mas a colega lá que eu não estou vendo o nome direito (se referindo a Regina Henriques), ela falou das divisões, das críticas, não é? Vocês querem a atenção básica e junto com a comunidade,

58. Victor Vincent Valla (1937-2009) foi professor e pesquisador norte-americano, naturalizado brasileiro. Professor emérito da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, dedicou-se ao estudo e às experiências em educação popular e saúde pública.

59. Complexo do Alemão ou simplesmente Alemão refere a um conjunto de comunidades populares da região da Leopoldina, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro.

60. Raul Gazolla - então secretário municipal de saúde.

61. Ramos é um bairro da região da Leopoldina. Zona Norte do Rio de Janeiro.

mas já havia a resistência, a resistência a você estar junto, trocando com a comunidade, isso foi muito ruim. Mas, quando o Morro do Adeus⁶² se mudou para Clínica da Família Zilda Arns foi bom? Não sei, talvez não tenha sido bom porque a comunidade, ali na Rua Régio, onde funcionava naquela casa alugada e que a prefeitura fez reformas estruturais na casa, ali a gente ainda fazia alguma coisa em termos de ponte entre o serviço e a comunidade, porque tinha algumas... A Doutora Fátima, não sei se ela era sanitária, ela fazia reuniões conosco, com os agentes de saúde na comunidade, e essa reunião na comunidade, ela movimentava, movia as pessoas, era uma boa perspectiva que era para poder a gente estar trabalhando, fazendo feedback na comunidade, do território, a saúde da família. Quando se mudou para Zilda Arns, eram 12 equipes, de uma equipe para 12 equipes, é um número enorme, não é? Mas, eu lembro de uma passagem que o Daniel (Daniel Soranz) fez, levando os agentes de saúde, todos, em sua grande maioria lá na Praça Onze⁶³, parece, junto com a Defesa Civil, que seria um trabalho integrado e que olha e daria muito certo. Porque seria para a gente fazer os núcleos comunitários de Defesa Civil. Isso dentro de todo o Complexo do Alemão ia fazer uma diferença enorme. Nós criamos um, no Morro do Adeus. Eu, assim, iludida, achando que eu ia conseguir fazer aquilo, e no Adeus e o Alemão todo ia aderir, porque os agentes aderissem, mas não houve essa adesão.

Quando nós, agentes de saúde, fizemos o curso técnico, eu me senti, assim, como um passarinho que estava na gaiola e que alguém foi lá e abriu a gaiola, então agora a gente vai poder voar, não é? Voar bastante. Só que nós, os agentes de saúde, que fizeram curso técnico, seria para fazer a atenção básica funcionar de verdade. A atenção básica com

promoção, prevenção, ações locais dentro do território e isso também não foi possível porque, por causa da tal da resistência. Não! Vocês, chegou um momento, no Saúde da Família, que o agente de saúde era apenas uma pessoa que escrevia, escrevia, escrevia, só escrevia. Mas ficou, Daniel, essa experiência boa que, de repente, eu penso que pode dar certo ainda para o futuro, mas a história de terceirizar, isso é que foi péssimo. Então o SUS ficou na lama igual Brumadinho⁶⁴. Tá lá na lama o SUS. Enfim, eu acho que precisamos de resgatar o SUS, porque como tornar a atenção básica a porta de entrada do SUS ainda é um desafio que está para ser conquistado.

GABRIELE CARVALHO - A próxima pergunta é direcionada para você, Mariza, e a gente pede que a Maria José Evangelista comente. Houve organização da comunidade para reivindicações relacionadas a APS junto ao poder público na década de noventa? Que é um pouco isso que você já começou a responder, não é? Quais foram as estratégias da comunidade ao longo desse período?

MARIZA NASCIMENTO - Então, a associação de moradores escolhia uma pessoa e eu fui uma das escolhidas lá no Morro do Adeus. Toda vez que passava a diretoria, eu continuava porque não tinha outra pessoa na comunidade que representar, e eu me tornei uma conselheira de saúde dentro do Conselho distrital, que daí a gente segue, vai até Brasília. Porque quem participa do Conselho distrital vai para Municipal, Estadual e Nacional, enfim, então isso aí foi um movimento, não um movimento que mexeu com toda a comunidade, não, não mexeu. Porque a comunidade, ela é muito difícil, ela é difícil. Você pode repetir a pergunta?

62. Morro do Adeus, ou simplesmente Adeus, é uma das comunidades populares que conformam o Complexo do Alemão, na Região da Leopoldina, Zona Norte do Rio de Janeiro.

63. A Praça Onze, originalmente Praça 11 de Junho, está situada no centro histórico da cidade do Rio de Janeiro.

64. Entrevistada faz referência ao rompimento da barragem de Brumadinho/MG. Ocorrido no dia 25 de janeiro de 2019, resultou em um dos maiores desastres com rejeitos de mineração no Brasil.

GABRIELE CARVALHO - Claro, claro. A pergunta é se houve organização da comunidade para reivindicações relacionadas à atenção primária à saúde junto ao poder público no período da década de 90 e quais foram as estratégias da comunidade.

MARIZA NASCIMENTO - Pois então. Aí essa participação se deu durante muitos anos, desde o início, com o Antônio Ivo, o professor Victor Valla, aí chegou o momento que a gente percebeu que os representantes da comunidade no conselho, eles estavam assim tipo... Não sabiam o que defender, não todos, mas alguns. Então o professor Victor Valla, junto com o professor José Wellington⁶⁵ e o Eduardo Stotz⁶⁶, fizeram uma junção de universidades que veio de Minas Gerais, enfim, São Paulo e nós ali planejamos um curso para os Conselheiros de saúde e foi um curso muito especial e que talvez formasse... Mas, teve um entrave naquela formação dos representantes da comunidade. Qual era o entrave? Toda vez que elegia um presidente de associação de moradores, aquela pessoa era trocada, então aquele curso já não tinha mais validade porque a pessoa recebeu as informações do conselho, mas ela não continuou, porque agora outro já foi indicado. Mas, mesmo assim, a comunidade se mobilizou. Se mobilizou de forma que conseguiu, conquistou... E aí veio o programa e as pessoas estavam com uma expectativa do PSF (Programa Saúde da Família), que até um dado momento, ele até que respondeu às expectativas da Comunidade. Mas, aí, devido essas divergências e devido também a saúde ter ficado em mãos privadas, de iniciativa privada e, aí, as pessoas que eram contratadas para gerenciar não, às vezes, não sabiam nem sequer o que era SUS.... Enfim, ficou difícil a relação. Então, a relação ficou muito difícil. Quem entendia um pouco sobre saúde, SUS,

como é que as coisas tinham que funcionar, aí se tornava inimigo da gerência e aí como é que se anda? Eu subordinada, a gerência quer do jeito dela. Tanto é que teve aquela reportagem⁶⁷ que eu mandei para vocês. A gente entendendo a saúde, a atenção básica como prevenção, promoção, organização e contar principalmente com o apoio da comunidade. De que maneira que a gente contava com o apoio da comunidade se a gente quase que não estava indo, não tinha mais tempo para ir para comunidade? E também os médicos, teve uma coisa que se perdeu que foram as pessoas da UFRJ, que iam, enfermeiras, estudantes, e tudo. Eu acho que foram muito pouco aproveitadas. Na verdade, diga-se de passagem, porque essas pessoas chegavam, elas são de fora, elas precisavam ser acolhidas, não é? E esse acolhimento, infelizmente, não foi dado. Obrigada e desculpe.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Mariza. A gente vai pedir para Maria José Evangelista comentar, por gentileza.

MARIA JOSÉ EVANGELISTA - Antes de comentar, eu vou pedir um minutinho porque eu não completei minha resposta no bloco anterior, fiquei preocupada com o tempo. Porque a pergunta era sobre modelo, não é? O principal da pergunta era sobre o modelo. Então na verdade o PSF foi uma tentativa de se já mudar o modelo que a gente batalha até hoje. Saindo do centro de saúde, que era focado na demanda espontânea que ia para a ginecologia, clínica médica e pediatria, para algo que pudesse responder o que estava lá no cadastro que os agentes faziam, que era muito a demanda, era muito maior. Então era uma tentativa de mudar esse modelo de já fazer os atributos da atenção primária, territorializar, cadastrar, fazer a vinculação, a

65. José Wellington Gomes Araújo é médico, doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, onde atualmente atua como pesquisador e professor.

66. Eduardo Navarro Stotz é sociólogo, doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, onde também atua como pesquisador e professor.

67. Reportagem no jornal local RJTV, da Rede Globo de Televisão, a respeito do trabalho de Mariza Nascimento na comunidade do Alemão, veiculada no dia 18 de maio de 2013.

longitudinalidade, essa foi uma tentativa que no início, no início do programa lá atrás, a gente até que conseguiu avançar um pouco, depois a gente se perdeu, porque nós saímos de 55 equipes para mais de 40 mil, que eu sei que nós vamos comentar depois... Mas nessa estrada aí, as coisas se perderam um pouco, mas houve sim a tentativa de mudar o modelo para atender a necessidade da população daquele território.

Agora, voltando aqui para o comentário da pergunta da Mariza Nascimento, quando ela diz assim: "a comunidade é muito difícil". Eu acho assim, que houve um movimento importante dos conselhos e das conferências que teve um impacto lá para trás bastante vivo. Como eu enxergo? Como uma coisa negativa, não digo negativa, mas que não funcionou e a gente ainda tem problema, porque a gente se comunica muito mal, nós todos do SUS, não é? Então, o que os conselhos fizeram e continuam fazendo, na medida que eles são eleitos para representar aquele segmento, parece que acontece uma coisa que não representa o segmento, representa a si próprio. Então, tem essa comunicação com a comunidade e é por isso que é difícil, porque não representa a comunidade. A comunidade continua sozinha, batalhando pelo acesso, batalhando para conseguir aquilo que ela precisa e o conselho que devia estar conversando com a comunidade, eles não fazem isso. Houve uma tentativa, em alguns locais de fazer os conselhos locais para ficar mais próximo da unidade e é uma coisa bastante complicada porque a equipe vai trabalhar para organizar um grupo para poder fiscalizar o seu trabalho e isso precisa ter muita maturidade para fazer e eu acho que a gente carece dessa maturidade. Eu acho que hoje é uma encruzilhada que nós estamos e o perigo que eu vejo é que as conferências e os conselhos assim... É porque é politicamente correto ter e a gente fala bem deles, mas é uma coisa que a gente tem que refletir, que precisamos reformular, não representa a sociedade como um todo. Cada um olha para

o seu umbigo e quer defender o seu e se perpetua ali como conselheiro a vida inteira.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Forte, hein? Muito obrigado, Maria José. Vou fazer a próxima pergunta para....

MARIA JOSÉ EVANGELISTA - Eu só espero que ninguém me mate aí depois. [risos]

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Depois a gente se entende. Eu vou dirigir a próxima pergunta para Vera Pacheco e pedir que Ana Castro comente. Vera, depois de Paquetá⁶⁸, na lógica da Saúde da Família, se desenvolveram iniciativas como os ACS na Maré e em Vigário Geral, como foram essas experiências? O que elas traziam de novo, seja de positivo, seja de problemas a serem enfrentados?

VERA PACHECO - Bem, eu acho que até que eu comecei falar dessa pergunta um pouco antes. É porque as coisas se imbricam mesmo. Na verdade, a Maré já estava implantada com agentes comunitários quando a decisão institucional do grupo que estava ocupando a secretaria se deu na tentativa de ampliação, não é? As resistências existiam e muito, e as complicações também. Para essa expansão era necessário fazer convênios, fazer parcerias com diversas instituições disponíveis em cada área. O que que aparecia como possibilidade, eu acho que como complicação... Assim, eu acho que como coisas positivas essas experiências trouxeram a oportunidade dos profissionais de uma aproximação, de fato, das necessidades da população, por que deslocou, não é? Nas capacitações introdutórias, no começo da discussão, deslocou os profissionais de um espaço institucional protegido de uma sala de atendimento para o centro da comunidade, para percorrer e, eu acho, que isso foi uma coisa muito positiva, mas muito positiva mesmo. Embora alguns tenham, às vezes, ao chegar

68. Ilha da Baía da Guanabara, integra o Município do Rio de Janeiro.

nesses espaços, que eram espaços que não estavam regulados, controlados, conforme eles estavam acostumados a trabalhar, eles se sentiam altamente expostos e até fugiam desse trabalho. Mas alguns se descobriram. Eu acho assim, muitos profissionais, nessas capacitações introdutórias, para começar a discussão de um modelo que, de fato, atendesse a necessidade da população, e não oferecesse apenas um cardápio de ações que o setor saúde julgava necessário, foi uma coisa altamente positiva. Eu me lembro, assim, de profissionais que... E assim, outra coisa muito importante era a oportunidade dessa primeira expansão, a gente poder fazer essas capacitações junto com agente comunitário, a equipe junto com agente comunitário para viver a territorialização. Quem, na verdade, nesse momento, comandava e controlava melhor os fatos daquela comunidade não era mais o médico, não era mais a enfermeira, não eram profissionais de curso superior, os agentes comunitários ali tinham uma relevância muito grande, a sua atuação e a partir desse novo contexto, não é? Você começa ressignificar pela oportunidade de mudar o cenário, eu acho que aparecem coisas muito ricas e muito assim, brilhantes mesmo, muito bonitas.

Então, eu acho que essa expansão foi se dando com algumas vantagens, que foi essa oportunidade e outros problemas que eu acho que não sei se conseguiram se resolver, eu acho que não. Alguns, eu acho que não conseguiram, por exemplo, as parcerias implicavam em estabelecimento de convênios, prestações de conta, uma burocracia que estava condicionada, inclusive, ao repasse do recurso da próxima parcela. Essa burocracia, que eram outros setores da secretaria, recursos humanos que tomavam conta e tudo, gerava muita das vezes a inadimplência daquele parceiro, o que gerava não pagamento da parcela e daí

os profissionais ficavam sem salário. Isso era um problema bastante complicado, não é? Ou complicadores. Além dessa situação, que eu acho que a Mariza (Mariza Nascimento) comenta, e que a Associação de Moradores e algumas parcerias, que eram com a Associação de Moradores, havia uma tentativa de influenciar o presidente, os presidentes de associação, enfim, que estavam na parceria. Tentavam influenciar admissões ou demissões de acordo com interesses próprios, o que gerava uma complicação grande para uma secretaria poder gerenciar de forma adequada isso, era bem complicado. Enfim, eu acho que é mais ou menos isso.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Está ótimo. Então Ana Castro comenta.

ANA CASTRO - Ainda comentando os investimentos em áreas específicas, diversas parcerias com iniciativas comunitárias, ou da igreja, que já aconteciam sem os recursos da Prefeitura, um exemplo que não citei anteriormente é o trabalho desenvolvido pela enfermeira Bárbara Mosley de Souza, na comunidade do Anil, que formava agentes comunitários. O trabalho de ONG em Vigário Geral. O trabalho desenvolvido na Maré é um outro momento em que a Secretaria por decisão da gestão municipal, vai realizar um investimento mais amplo na saúde, em uma determinada área da cidade, e implantando um modelo que não é só da Saúde da Família, inicialmente PACS. É um modelo de consultório simplificado com agentes comunitários – PACS. A presença de profissionais que atuaram em Niterói e poderiam relatar a experiência, está fazendo falta nesta conversa aqui. Porque Werneck (Antônio Werneck)⁶⁹, Kátia (Katia Ratto)⁷⁰, Cristina Boaretto⁷¹ vieram do Projeto

69. Antônio Joaquim Werneck de Castro é médico sanitário e atuou no gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de 1990 Até 2000.

70. Kátia Maria Netto Ratto é médica. Foi Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, RJ, e Coordenadora de Atendimento Integral da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro.

71. Maria Cristina Boaretto é médica sanitária. Atuou como Superintendente de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (1991-2005). Foi Diretora do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (2005 - 2007). Assumiu a coordenação do projeto Fundo Global Tuberculose Brasil, do Ministério da Saúde, em 2009. Atuou como Superintendente de Promoção à Saúde da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (2014 - 2018).

Niterói para gestão do Secretário Gazolla (Ronaldo Gazolla), que era um cirurgião. O Secretário então, contava com a experiência deste corpo técnico para qualificar as ações de Saúde Coletiva, e ele realmente garantiu uma gestão muito comprometida com a gestão técnica. Gazolla é um marco, neste aspecto na Secretaria de Saúde. E posso dizer, que a partir da década de 90, nas administrações que atuei e ingressei por concurso público, o que também foi uma inovação deste período nas administrações municipais, tanto em Angra dos Reis⁷², Niterói e Rio, onde nós não vimos indicações políticas que vocês, uma geração que atuou em um período “pré” SUS ainda vivenciaram. As indicações políticas do tipo: vereador “tal” indica o diretor de “tal” unidade. A minha geração não viveu isso, tão fortemente. Quando o Cesar Maia⁷³ propõe capilarizar determinadas ações não só na saúde, também a incorporação do gari comunitário, e viabilizando o financiamento dessas ações pelas associações de moradores, um conselho municipal, na verdade, o Grupo Executivo Local, o GEL que era um colegiado com a participação da sociedade civil, anterior a instituição dos conselhos comunitários, que tinha uma atuação muito estratégica na região da área programática 3.1, os bairros Penha⁷⁴, Ramos, Bonsucesso⁷⁵, que era justamente uma articulação dos técnicos, dos profissionais de saúde, das instâncias comunitárias, o movimento sanitário.

Um fórum de forte atuação no fortalecimento da política de saúde, não era a Maré, mas era toda área da 3.1.⁷⁶ . Esse movimento vai influenciar muito a organização do Conselho

Municipal de Saúde, posteriormente. A atuação da prefeitura em utilizar as associações de moradores para receber, administrar recursos públicos para implantar ações de saúde, provoca um conflito neste espaço do GEL porque parte deste fórum apoia esse financiamento, viabilizado por uma articulação com a associação de moradores, outra parte é contra isso. E como mencionei anteriormente, essa lógica de expansão e financiamento vai permanecer, caracterizando uma expansão periférica da Atenção Primária, já que ela não é uma prioridade absoluta de toda gestão da Secretaria de Saúde, mas uma agenda disputada pelos técnicos e gestores vinculados a agenda da Saúde Coletiva. Alguns argumentos caracterizavam uma desconfiança de setores da gestão, em especial a Saúde da Família: “esse negócio de PSF foi lá para o Nordeste. PSF só dá certo em cidade pequena”. Era uma atuação contra hegemônica, institucionalmente estabelecida na então Superintendência de Saúde Coletiva, com uma coesão técnica neste lugar institucional, mas disputando a atuação técnica e recursos com outras instâncias da Secretaria. E os espaços e parcerias que conseguíamos recursos e viabilidade técnica para implantar ações e serviços de fortalecimentos da APS eram realizados. Neste período, anterior a 1996, os recursos do Piso de Piso de Atenção Básica (PAB)⁷⁷, ainda não estavam disponíveis, então era necessário disputar orçamento o tempo inteiro na Secretaria. Vale destacar a parceria com o CEDAPS, que teve um pioneirismo na relação com as ONG, e permitiu a implantação de uma experiência de Saúde da Família

72. Angra dos Reis, ou simplesmente Angra, é um município situado às margens da baía de mesmo nome, na chamada Costa Verde, na região sul do Estado do Rio de Janeiro.

73. Cesar Maia é um economista e político carioca. Entre outros cargos públicos, foi Secretário Estadual de Fazenda no primeiro governo de Leonel Brizola (1983-1986), Deputado Federal e constituinte pelo mesmo estado e Prefeito do Rio de Janeiro em três mandatos (1993-1992; 2001-2004; 2005-2008).

74. Penha é um bairro da região da Leopoldina, Zona Norte do Rio de Janeiro.

75. Bonsucesso é um bairro da região da Leopoldina, Zona Norte do Rio de Janeiro.

76. Desde o início dos anos 90, o Município do Rio de Janeiro é dividido em cinco áreas programáticas, comportando subdivisões, e que sofreram alterações ao longo do tempo. A Área Programática 3.1 ou AP3.1 corresponde aos bairros de Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria e Maré, todos da Região da Leopoldina, Zona Norte do Rio de Janeiro.

77. Piso de Atenção Básica (PAB) foi implementado concretamente a partir da Norma Operacional Básica 01/96, combina recursos per capita e de incentivo a programas específicos a serem transferidos para financiamento das ações locais de saúde.

em Paquetá, em uma área mais delimitada geograficamente, que facilitava o trabalho com a territorialização e adscrição de clientela. Esse trabalho foi incorporado pela gestão municipal como experiência inovadora. Esse convênio também permitiu a implantação de equipes em Vila Canoas.

Outras áreas, além da AP 3.1, na Maré, tinham forte mobilização comunitária em torno das reivindicações de saúde, como a comunidade do Borel. Quero citar o Borel, por recordar da presença de um senhor, um líder comunitário que passou a vida lutando pela implantação de um serviço de saúde naquela comunidade. Ele teve uma atuação no antigo Partido Comunista e era uma referência na comunidade.

GABRIELE CARVALHO - Obrigado, Ana. A próxima pergunta a gente dirige para o Carlos Vasconcellos, e pede que a Regina Henriques comente. Carlos, em Angra dos Reis, além de ser um município de grande porte, conta também com grande quantitativos de ilhas. Como foi o processo de implantação do Programa Saúde da Família nesses locais de difícil acesso e quais foram os principais atores envolvidos? Assim, a gente gostaria que você comentasse as dificuldades também, enfim.

CARLOS VASCONCELLOS - Bom, então, eu vou falar um pouco de Angra, mas também referenciando a realidade aqui do Rio de Janeiro, da Baixada (Baixada Fluminense) e tudo mais. Angra não é tão grande assim. O Município de Angra, quando nós começamos a trabalhar em Angra, também lá na década de 90, tinha 100 mil habitantes e quando nós chegamos em 90 para trabalhar na cidade, a secretaria de saúde era uma sala na prefeitura. Tinha 80 funcionários municipais dos quais uma enfermeira, havia 300 trabalhadores federais por volta de 100 a 150

trabalhadores estaduais. Era um momento em que, na verdade, o SUS estava sendo implantado, e nós vivenciamos momentos efetivamente os quais o município assumia a gestão dos serviços, os trabalhadores federais e estaduais estavam se adaptando à uma realidade de gestão municipal, e o sistema de saúde de Angra teve uma estruturação muito focada na questão da participação social. Foram as primeiras conferências, o conselho de saúde que se organizou. Efetivamente as conferências e suas resoluções, eram a base para o planejamento estratégico da gestão. Assim como no Rio de Janeiro, a gente tem a questão das regiões das favelas, Angra tem um município que geograficamente é muito grande, tem 100 km de extensão, tem as áreas insulares, onde a gente tem uma população bastante desigual e que se caracteriza pelo isolamento geográfico. Na Ilha Grande⁷⁸, que é a pergunta, nós tínhamos uma população muito pequena fixa de 5.000 habitantes, mas espalhada em diversas comunidades caiçaras, com uma comunidade de grande apelo turístico, que é a Vila do Abraão⁷⁹, onde existia a única unidade de saúde estadual, que era unidade que fazia atendimento básico, nos moldes clássicos de Centro de Saúde. Porque no interior, a gente tem que olhar também a perspectiva da fusão do Rio de Janeiro. Quando a gente tem a fusão na década de 70, o Estado do Rio de Janeiro, que não era a capital do estado, ele permaneceu tendo a responsabilidade de exercer, de prestar atenção à população. E isso ficou na década de 80, na década de 90. Os municípios, como o Carlos Eduardo lembrou bem, de Niterói, respondiam pelos cemitérios e muitos municípios, porque não tinham financiamento, eles não tinham efetivamente como e o estado, que foi reduzindo progressivamente, em termos de financiamento, era o que sobrava ali em termos de atenção. E a gente vivenciou em Angra essa transformação. Na ilha, em particular, o que que a gente via? Via uma população pequena, porém, numa

78. É a maior ilha do Estado do Rio de Janeiro, estando localizada no litoral sul, na baía de Angra dos Reis.

79. Vila do Abraão ou apenas Abraão é o núcleo de edificações da Ilha Grande, com aproximadamente 3.000 habitantes.

realidade, do ponto de vista epidemiológico, bastante complexa. Áreas com grande incidência de hanseníase, muita desnutrição, a população vivia basicamente da pesca, a maioria das comunidades não tinha luz elétrica, havia microunidades de saúde muito precárias que funcionavam sem luz elétrica. Então, assim como no continente, nossa lógica foi a de estruturar esses serviços de forma que a atenção primária com base territorial, pela lógica do sistema de Angra, pudesse alcançar as pessoas, que no nosso entendimento e também pelos indicadores, tinham alta vulnerabilidade social, não é? Então, estruturamos algumas unidades de saúde, porque dentro da Ilha Grande, não sei se todos conhecem, ela tem 170 km quadrados, mas é uma área montanhosa. As pessoas que moram nas praias da ilha não circulam dentro da ilha. A referência é o centro da cidade. Até hoje existem locais na ilha que tem 1.500 habitantes, que para se ir a Angra dos Reis, são duas horas de barco e uma passagem que custa R\$ 100 para cada cidadão ir e voltar. Não existe transporte público até hoje. Já tem luz elétrica, mas não tem transporte público. Então a gente entendia que apesar da população rarefeita, a gente tinha que alcançar essa população. As ações que a gente fez, inicialmente, foi estruturar as unidades básicas, o Programa Saúde da Família não tinha se organizado, quando, no final da década de 90, houve a implantação do Saúde da Família no município. A gente entendeu e foi um consenso de que a Ilha Grande seria prioridade justamente pelas suas dificuldades, a gente implanta a Estratégia Saúde da Família na Ilha Grande como um todo, construímos cinco equipes de saúde da família e a gente passou a fixar esses profissionais mais nas localidades para que esse cuidado fosse mais permanente. Naquele momento, inclusive, a gente tenta, se não só com a saúde, mas com outras políticas públicas, por exemplo, educação; não havia ensino na Ilha Grande, a única unidade que tinha ensino até a antiga oitava série, até o final do ciclo fundamental, é o Abraão. As outras pessoas estudavam até quarta série. Então, na década de 90, se implanta o ensino fundamental

completo na Ilha Grande; se implantam barcos para transportar as crianças dos locais mais isolados para os lugares mais centrais, para ter acesso à educação e aí, por tabela, à saúde. E depois se implanta, inclusive, o ensino médio, que depois foi abandonado e hoje não existe mais. Assim como hoje, não existem mais equipes de saúde da família no total da Ilha. Mas, efetivamente, a lógica que norteou naquele momento a implantação foi a universalidade. O princípio da universalidade foi a ênfase. E aí ele se reflete aqui no Rio, quando a gente pensa a expansão da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família, alcançando o conjunto do município.

GABRIELE CARVALHO - Muito obrigado, Carlos. Passo para Regina, por favor.

REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES - Eu penso que o Carlos (Carlos Vasconcellos) trouxe essa questão de uma forma brilhante, porque você, Carlos, aponta as questões de um município e aponta pelas suas questões geográficas, por sua ocupação, uma série de dificuldades para implantação da Estratégia Saúde da Família e da própria atenção básica, de expansão da atenção básica. Mas, nós poderíamos pensar assim: se olharmos os territórios de modo geral, nós vamos encontrar em todos eles uma série de dificuldades. Claro que, na questão de Angra, a questão do isolamento é muito mais difícil de superar do que dificuldade de acesso que nós vemos em outros tantos territórios; que também a Estratégia Saúde da Família vem encontrando, dificuldades para que, de fato, o acesso possa ser considerado universal; que tantas pessoas ainda estão fora do alcance das equipes de saúde da família ou então são alcançadas com muita dificuldade. Aí entra o processo de organização de trabalho das equipes, que a gente não vai aprofundar agora. Mas, eu fico pensando assim: e que outra forma haveria para que a gente pudesse pensar na superação do que são dificuldades trazidas pelas próprias características que o território apresenta? Que não fossem você ter as equipes, a própria

gestão da saúde daquele território e daquele município, em conformidade com as suas especificidades, mas sem deixar de estar discutindo junto com a própria população, através dos espaços coletivos de debate, como superar e como apresentar algumas soluções para isso. Por exemplo, você apontou algumas questões que são fundamentais, não é? Se não tiver transporte de barco para as crianças, não têm acesso à educação e à saúde e nem a outros direitos. O tempo todo pensando também para além da saúde, que outras necessidades a gente pode pensar em atender, articulando os setores que vão se envolver nessa possibilidade de solução. É o outro eixo que eu acho que é importante: é a gente discutir intersetorialidade. Nós, ainda, trabalhamos de forma muito isolada, sem pensar no potencial que essa articulação pode trazer para a superação dos problemas. Quando eu escuto você falando da Ilha Grande, Carlos, eu penso assim: a UERJ está na Ilha Grande, não é mesmo? A UERJ tem um campus na Ilha Grande; importante, já antigo, que começa funcionando como centro de pesquisa de desenvolvimento ambiental, que é o CEADS (Centro de Estudos Ambientais e Desenvolvimento Sustentável), mas que hoje se expande para outras tantas ações. Ao longo da história da presença da UERJ na Ilha Grande, que vem lá de trás, quando o presídio⁸⁰, enfim, que é implodido e a UERJ fica com a responsabilidade de gerenciar aquele espaço, aqueles escombros, nós tivemos uma série de ações que foram desenvolvidas lá, por exemplo, em Vila Dois Rios⁸¹, onde nós estamos instalados, foi criada uma unidade, um posto de saúde, e tinha uma escola que atendia aos moradores locais de Vila Dois Rios.

O quanto nós deixamos de conversar com a gestão local em Angra, para a gente poder fazer com que isso de fato fosse uma potência? Onde os esforços da universidade poderiam estar colocados para, de fato, colaborar para a

superação das dificuldades e qualificar mais a atenção e o atendimento das necessidades dos moradores de Angra? Esse posto de saúde foi desativado e agora tem umas tentativas mais recentes de ter uma enfermeira contratada pela UERJ, que está lá no posto de saúde, enfim, contratada pela UERJ. Outras questões mais atuais que estão presentes: a escola também foi desativada e virou um local de desenvolvimento de uma série de projetos de extensão da própria comunidade de Vila Dois Rios. Mas, eu digo assim, quer dizer, por que não pensarmos juntos, questões que dizem respeito às ações que a universidade pensa para aquele local? As próprias autoridades locais também vêm enfrentando dificuldades e poderiam, nesse consorciamento, poder fazer uma ação que potencializasse a qualidade do atendimento das necessidades dessa população. É claro que a gente tem que repensar também os nossos instrumentos, não é? Dos nossos acordos interinstitucionais. Não sei se o Carlos (Carlos Vasconcellos) vai lembrar, mas quando eu era pró-reitora de extensão da UERJ, a gente tentou reconstruir o Internato Rural da UERJ tendo como base de atuação em Angra dos Reis. E nós ficamos dois anos discutindo o convênio e nós não saímos das discussões entre as nossas esferas jurídicas, não é? Para que a gente pudesse superar as dificuldades que estavam colocadas para a gente levar o internato Rural para lá. Então, assim, é preciso que a gente pense intersetorialmente; que as instituições envolvidas, elas possam ter espaços de sentar e de ouvir a população em conjunto, e pensar soluções dentro desse elenco de atores, que vivem a situação e podem, portanto, apontar com mais qualidade respostas adequadas para esse problema.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Ok, muito obrigado, Carlos e Regina. Bom, a próxima pergunta a gente dirige a Edneia Martuchelli e pede que o Antônio Ivo comente.

80. Trata-se do desativado Instituto Penal Cândido Mendes, anteriormente chamado Colônia Penal de Dois Rios, um estabelecimento penitenciário que esteve em funcionamento entre 1903 a 1994.

81. Localidade da Ilha Grande onde anteriormente funcionava o presídio.

Edneia, em termos gerais, qual foi a relação dos gestores municipais com a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde, no início da implantação do Programa Saúde da Família? E eu te peço, também, se possível, que você falasse um pouquinho de Teresópolis⁸², da situação específica em Teresópolis, por favor.

EDNEIA MARTUCHELLI - Eu acho que, assim, a gente tem nessa mesa o Carlos Eduardo, não é? Que trabalhou nesse processo de implementação do Saúde da Família no Estado do Rio e, aí, eu queria trazer um pouco da experiência que nós vivemos junto com Dulce Chiaverini⁸³, aí no governo Estadual especificamente. Eu acho que discutir a questão da relação entre os entes federados é sempre um desafio muito grande. Acho que a Regina (Regina Henriques) trouxe agora na fala dela a dificuldade de se estabelecer pactos interfederativos e interregionais efetivos e que deem conta de garantir a estratégia no seu todo. Basta ver a nova política de atenção básica e a forma como ela foi editada. Eu acho que desde o início a gente vive um dilema, e um enfrentamento e uma disputa política partidária nesse campo. Acho que no momento em que o Estado do Rio de Janeiro começa a fazer a discussão lá por 1992, não é, Carlos Eduardo? Em torno disso, havia uma conjunção de técnicos e aí de pessoas estratégicas ocupando lugares estratégicos. Eu acho que tanto no cenário do interior, quanto no Rio de Janeiro, quanto em Angra dos Reis, quanto em Niterói, eu acho que essas pessoas foram as que fizeram com que esse pacto interfederativo, pelo menos, pudesse tentar acontecer de fato. Mas, eu acho que esse ainda é um desafio que está posto e colocado. Tanto é que tem

o revés da saída das estruturas técnico-políticas das secretarias de saúde que fazem reveses muito contundentes nesse processo, não é? Eu acho que isso acontece com o Rio de Janeiro, com Teresópolis, a gente viu acontecer em vários momentos e em Angra dos Reis, o Carlos (Carlos Vasconcellos) acaba de colocar exatamente isso. Eu acho que é um profundo desafio de se discutir essas relações. As relações iniciais tinham um desenho determinado pelo Ministério da Saúde, de um modelo de Saúde da Família, colocado para o Brasil como um todo e aí trazendo os ACS (Agentes Comunitários de Saúde), o PACS separado do PSF, que já era um dilema para um grande centro urbano e mesmo para Teresópolis, para gente se colocar tendo exclusivamente agente comunitário e desconsiderando também uma trajetória que já havia de atenção primária nesses municípios. Então, eu acho que esse campo ficou colocado com o Ministério da Saúde, eu me lembro dos embates com a Maria de Fátima Souza⁸⁴, que fazia a defesa dos agentes comunitários e em contrapartida a gente fazia uma discussão no estado, e eu estou falando da proximidade com o governo estadual e no Município de Teresópolis de ter uma outra possibilidade de atuação que já vinha sendo feita. Apesar de ser uma unidade básica de saúde tradicional, mas uma unidade básica de saúde tradicional que tinha uma vinculação muito grande com os anseios da sociedade, o Conselho Municipal de Saúde era um ente extremamente forte. Ainda continua dessa maneira, mas, de outro lado, também, do desejo de se constituir a expansão com base não na lógica do Saúde da Família, mas na lógica do modelo de atenção básica em saúde com base nas unidades básicas tradicionais que

82. Teresópolis é um município da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Sua sede, uma cidade de tamanho médio, tem hoje aproximadamente 180.000 habitantes.

83. Dulce Chiaverini, falecida em 2013, era socióloga pela UERJ. Foi professora da UFRJ, lecionando na sua Faculdade de Medicina. Teve participação ativa na criação do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ, que mais tarde se transformaria no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Foi coordenadora do Programa de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro.

84. Maria de Fátima Souza é enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, foi gerente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e assessora no Programa de Saúde da Família (PSF), junto ao Ministério da Saúde (1994-2001). É professora da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB onde coordenou o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) e o Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva.

atendiam perfeitamente ao município. Isso não desconsiderava a discussão da saúde da família, mas a gente colocava em xeque a imposição do ministério naquele momento de trazer um modelo único, igualitário, sem discussão das questões territoriais e das questões específicas de cada área. Eu me lembro que a gente fez algumas visitas ao Rio Grande do Sul, basicamente onde esse modelo teve uma certa discussão. Em Niterói também, Valeria (Valéria Romano) deve se lembrar, a discussão de médico de família e a introdução do agente comunitário de saúde. Eu acho que assim, não era tranquila essa relação dos governos. Acho que só puxando um pouquinho para Teresópolis, a gente teve uma ocasionalidade, eu costumo dizer, não é? O ministro da saúde fez um contato com a universidade UNIFESO (Centro Universitário Serra dos Órgãos) e à secretaria de saúde e foi um contato político-partidário, claro e específico para a região serrana, que tinha zero de cobertura de saúde da família. Nesse momento, ele nos coloca a questão do edital para polo de capacitação em saúde da família. E aí o governo do estado se aproxima, nesse momento, da universidade em Teresópolis e o projeto é aprovado. E a surpresa da gente é que era um projeto de bancada. A gente chegou para um projeto que estava pronto para ser aprovado para algumas instituições de ensino e que a gente via que excluía outras instituições de ensino. Essa era a grande realidade. Então a gente se utilizou estrategicamente desse momento para confluir e se aproximar inclusive do Município do Rio de Janeiro, do Município de São Gonçalo⁸⁵, fazer discussões com Angra dos Reis. Mas, em essência, eu acho que a gente precisa trazer, ainda, essa questão de uma definição de uma política integrada e regionalizada de atenção à saúde, que na área da atenção básica está muito afetada, inclusive por uma política que está posta com uma pseudo consulta pública, seu eu posso me permitir dizer isso.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA -
Muito obrigado. Passo a palavra então para o Antônio Ivo.

ANTÔNIO IVO - Bom, eu primeiro queria só chamar atenção para uma coisa que eu acho importante, porque a pergunta envolveu os secretários municipais etc. Eu considero que esse foi um dos grandes ganhos até agora: foi o empoderamento, digamos assim, da esfera municipal, principalmente, e também da esfera estadual no caso da saúde. Não existe nada parecido em nenhuma outra área de governo, nada parecido. E eu não conheço, mesmo em termos internacionais, onde que, na escala em que existe nesse país, tenha sido construída uma esfera local, municipal. É claro que tem as distorções dos municípios brasileiros, desde municípios com cinco mil habitantes até município.... Mas, abstraindo um pouquinho isso, foi um dos grandes ganhos em termos de consolidar um sistema federado. Até o final dos anos 70, quando foi criado o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado), isso não existia ou essa esfera existia de maneira precária. Em 1991, quando houve uma grande mudança no ministério, talvez vocês se lembrem, em que se deu a Norma Operacional Básica 01/91, em que o Ministério da Saúde passou a considerar a relação com os municípios uma relação de compra de serviços, então se largou a lógica convenial que existia anteriormente; se considerava todos os gestores do sistema e se entrou na lógica de prestação de serviços. Isso rebaixou novamente, porque os municípios começaram a correr atrás daquilo que poderia aumentar o faturamento, através da venda de serviço. Isso foi corrigido em 93 com a criação dos estágios de gestão incipiente, semiplena etc, que começou a contemplar a possibilidade de autonomia real dos municípios dentro do sistema. E eu acho que, de lá pra cá, isso teve

85. São Gonçalo é um município vizinho a Niterói, a leste da Baía da Guanabara, que integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

uma evolução muito grande. Eu participei de uma pesquisa alguns anos atrás sobre a evolução do nível e da capacidade de gestão dos municípios e é impressionante o que mudou nessas últimas décadas. Hoje os municípios... Se lá atrás, num dado momento, se habilitava para ser secretário municipal o médico do prefeito, hoje em dia tem uma esfera própria de valorização, de diálogo e que eu acho que é muito meritória.

Eu acho que se deve saudar isso, assim como os conselhos de saúde, conselhos municipais, estaduais porque geraram um empoderamento. Corta-se no município A ou B; ou isso é aparelhado pelo prefeito, isso faz parte, digamos assim, do jogo democrático. Mas, é um ganho que o SUS tem. Estou falando isso, só para que a gente valorize. Porque muitas vezes passa batido na coisa de se o prefeito tal ajudou; se o secretário... Mas, na verdade isso, numa visão perspectiva, isso dá uma força, uma capacidade para essa esfera...O que tem que ser corrigido, com esse sistema de regionalização, das regiões de saúde; a ideia de uma municipalização absoluta, que faça tábula rasa, do tamanho do município, da sua história, da cultura, ela tem que ser superada e está sendo lentamente.

Mas, acho que esse ganho...Por isso ele é difícil. Eu não considero - desculpe o otimismo, sou antigo, mas não sou pessimista - que o SUS possa ser reduzido facilmente. Não! Ele está arraigado na esfera gestora, está arraigado nos conselhos municipais. Não que seja fácil. A gente vive hoje numa situação de desmonte razoável do que foi construído e tal. Agora: eu não acredito que isso possa chegar. Então, eu só queria fazer esse comentário de valorização dessas esferas, dessas articulações inter-gestores, que hoje são consolidados, mesmo que passem por momentos de enfraquecimento, de manipulação. Mas é uma coisa importante

e é relativamente defendida, imune à política mais aparelhística, relativamente, porque essa esfera - eu queria fazer esse comentário - está na nossa história, na história do SUS.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Antônio Ivo. A próxima pergunta eu vou direcionar para Ana Castro e vou pedir que o Carlos Vasconcellos comente. Como foram definidas as fontes de financiamento, modelo de gestão e as prioridades da implantação das primeiras experiências de PACS, PSF na Secretaria Municipal do Rio de Janeiro? Como se posicionavam os Conselhos Distritais e o Conselho Municipal de Saúde?

ANA CASTRO - Acho até que eu já falei um pouco, quando eu fiz o comentário da Vera. Continuando, é importante destacar o quanto esse modelo de financiamento fragmentado, onde não existia uma autonomia orçamentária, tem impacto até no desenho, na dificuldade para esse desenho da expansão como um projeto mais orgânico na gestão da Atenção Primária. Um projeto mais consolidado, voltado para a APS de fato, só vai se dar na secretaria a partir de 98 com a implantação dos consultórios simplificados na Maré, com repasse de recursos para a associação de moradores, ocasionando inclusive, um racha, eu acho, no movimento social. Algumas unidades nesta mesma região, estavam incluídas em convênios específicos, que também contavam com repasses específicos. Caso de Nova Holanda⁸⁶, que já tinha um convênio com uma instituição internacional, das cidades irmãs. Então na área de Nova Holanda vai ser sempre um processo um pouco diferente das demais áreas da Maré. E Vila do João, caracterizada pela experiência inicial, docente assistencial com a UFRJ, como Carlos Eduardo já comentou. A equipe técnica da gestão central da Secretaria de Saúde,

86. A Nova Holanda, uma das comunidades populares que conformam o Complexo da Maré, na Zona Norte do Rio de Janeiro, foi originalmente um centro de habitação provisório para populações faveladas removidas de áreas mais nobres da cidade durante o governo Carlos Lacerda no então Estado da Guanabara (1960-1965).

também vai implementar uma ação específica na Vila do João, que amplia poucas ações além da ideia dos consultórios simplificados, que eram o projeto original da Maré. Nesse projeto original, da expansão da Maré, a equipe técnica da gestão central, Antônio Werneck, Cristina Boaretto, é que agregaram a ideia dos agentes comunitários de saúde. Ela não era intervenção incluída na proposta original. Esta estratégia foi uma brecha para qualificar; para tornar a proposta mais dentro da lógica de expansão da atenção primária.

Outras áreas de investimento, já depois de 98, são Campo Grande e Santa Cruz, na zona Oeste. Ali já tinha uma base de unidades de saúde, e uma ONG, que também veio de uma associação comunitária, e vai contribuir na expansão das ações de saúde em Campo Grande. Posteriormente, o crescimento deste convênio vai ocasionar dificuldades na sua gestão. Então muitas associações de moradores passam a demandar, a desejar se organizar, para captar recursos e entrar nessa lógica de expansão fragmentada da atenção primária. É neste período da expansão, em 98, quando há uma ampliação dos recursos, vamos incluir na equipe da Superintendência de Saúde Coletiva – SSC, liderada pela médica sanitária Cristina Boaretto, técnicos que vão trabalhar mais diretamente na expansão. Luciana (Luciana Borges)⁸⁷ e Vera Pacheco são incorporadas na equipe neste período. O trabalho passa a ser desenvolvido com maior visibilidade institucional e integrado às Coordenações de Área, instâncias responsáveis pela gestão regional dos serviços de saúde na SMS-RIO. Essas instâncias também tinham que ser sensibilizadas, para incorporar a expansão da APS na Estratégia Saúde da Família. Existiam questionamentos sobre o aluguel de casas em áreas da comunidade para implantação de equipes e também sobre a disponibilidade

de espaço específico para atender a uma população adscrita, vinculada a uma equipe em serviços já instalados. Alguns gestores questionavam “Mas como trabalhando com uma demanda já reprimida, com dificuldade de atender a clientela, como que eu vou abrir um espaço dentro da unidade para ter uma equipe que só vai atender uma parte da população?”. De fato, conflitos com a própria clientela poderiam acontecer, e seriam obstáculos se os profissionais responsáveis pela gestão local não estivessem incluídos no processo de implantação das equipes, e nas definições das prioridades para implantação das equipes.

Outra opção foi identificar áreas sem nenhuma assistência – vazios assistenciais. Ou seja, no Município do Rio de Janeiro com 6 milhões de habitantes, não era difícil achar áreas de vazios assistenciais e com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) baixo, e esses foram critérios para definir a implantação das equipes, associadas as possibilidades de parcerias e adesão da gestão e das instâncias comunitárias. Posteriormente, a proposta de 2009, além de maior apoio institucional na própria Secretaria Municipal de Saúde e também na gestão da Prefeitura, terá um ambiente de menor conflito, do que neste período inicial. O Conselho Municipal de Saúde, se opunha fortemente, num momento inicial, a essa expansão, porque ela era vista como “eu não vou ter mais médico especialista, eu vou ter o médico generalista”. Neste período, a expansão respondia a lógica da Estratégia Saúde da Família e não de incorporação prioritária do médico de família, como passa a ser, a partir de 2009. Mariza... também ressaltou esse aspecto na fala dela.

E só outra observação que considero importante. Paralelamente a implantação de equipes e serviços de saúde da família, também foram incorporados PACS em

87. Luciana Borges é médica e doutora em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Atualmente é professora do mestrado profissional em Saúde da Família e do curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá e professora adjunta do departamento de pediatria da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atuou como médica na Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro e foi Coordenadora da Saúde da Família, responsável pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família no município (1998-2001)

unidades tradicionais, diversificando as estratégias de expansão. Um exemplo foi a expansão com PACS na Rocinha, realizando uma cobertura de toda região da Rocinha, em uma estratégia integrada com a qualificação das ações dos programas de Tuberculose e AIDS/HIV, para aumentar a captação, adesão e cura dos doentes, e também ampliando a ação da APS nesta área específica. Essa iniciativa contribuiu para o trabalho posterior, que permitiu a expansão de cobertura na Rocinha para o modelo de saúde da família. Quando a gestão do Daniel chega a SMS, esse trabalho pioneiro, de base territorial, já estava consolidado na área.

E por fim, é importante destacar que essa fragmentação de diversos convênios vai mesmo se inviabilizar, tanto do ponto de vista de controle da gestão, como da própria sobrevivência das instituições comunitárias. Grande parte dos convênios serão agregados ao convênio com a CIEZO – conselho que integra instituições de ensino superior da Zona Oeste. Para a formalização do convênio com a CIEZO, há uma atuação técnico política da gestão central da Prefeitura e também das equipes técnicas da SMS. E algumas outras áreas da cidade vão contar com outros convênios, buscando agregar e integrar a multiplicidade de convênios que foram formalizados. Vale destacar a atuação da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria na qualificação técnica destes convênios.

GABRIELE CARVALHO - Carlos por favor.

CARLOS VASCONCELLOS - O que eu posso contribuir, pensando na questão da institucionalidade, que é necessária para a gente ter políticas públicas que sejam mais permanentes? A gente tem toda uma história - e aí tem que reconhecer o esforço dos nossos colegas -, para mesmo num território de adversidade, enquanto a atenção primária muitas vezes era vista como marginal, marginal num sentido de periférico, para conseguir

crescer até um momento que efetivamente tivemos uma gestão - o Daniel está aqui -, em que a atenção primária foi sim identificada como um elemento central da política de saúde. Mas, a gente hoje retorna no Rio de Janeiro a um momento de desestruturação dessa mesma política. A gente teve agora, nos últimos quatro meses, em torno de 700 demissões de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros de Saúde da Família, uma redução de cobertura. O que me faz refletir sobre a necessidade de a gente passar de um consenso acadêmico, que hoje nós temos, de que a atenção primária ela é um direito... Se o SUS é um direito, à atenção primária também é um direito... Para que a gente possa ultrapassar o campo acadêmico para ir para o campo do arcabouço legal. Talvez seja o caminho para que a gente não tenha tantas dificuldades nesse trajeto. E isso quando a gente fala do Rio de Janeiro, que é uma cidade de seis milhões de habitantes. Imagina em cidade menores, onde os secretários muitas vezes se sucedem. Nós temos municípios, como o de Teresópolis por exemplo, em que nessa atual gestão está indo, acho, para o 6º secretário de saúde em 2 anos. Para que a gente possa lutar, enquanto profissionais de saúde, para que a discussão sobre a atenção primária como um direito, como uma política de estado...É necessário que isso reflita em leis, que garantam o que seja um direito do cidadão, seja ele um cidadão que tem a situação socioeconômica difícil, ou mesmo uma pessoa que mora numa área com amplo acesso ao serviço; que ele tenha acesso e tenha por lei direito ao acesso à atenção primária.

E também cabe refletir que, se a gente pensa em um modelo e numa política estruturante para saúde, inclusive na atenção privada...E isto está sendo colocado inclusive, né, como um caminho... De que forma a gente pode desenvolver ações, enquanto profissionais de saúde, para que o campo político, que envolve os legislativos, envolve a disputa nos momentos eleitorais, possa estar colocando este cenário, não como um programa de um governo, mas como uma ação que é de direito a ser viabilizado? E faz refletir também na necessidade de que a gente

tenha uma política de recursos humanos, que garanta mais estabilidade para esses processos. Não é à toa, por exemplo, agora no Rio de Janeiro, é onde a gente tá tendo, nessa semana, uma mudança na política de terceirização dos trabalhadores da atenção primária; onde todos os contratos atualmente existentes com organizações sociais estão sendo revistos - e para mim, as organizações sociais nada mais são do que uma evolução. Não evolução para o bem, mas uma evolução da questão dos convênios com as associações de moradores -, onde estão se revendo todas as exigências para os atuais contratados, para que se contratem outros; onde temos mais uma instabilidade no processo de gestão do trabalho na saúde. A minha experiência em Angra, em que a gente também passa como no Rio de Janeiro, pelas instabilidades; e também Nova Iguaçu, ela tem muito o que? Se a gente mal ou bem consegue estruturar políticas que solidifiquem a relação do trabalhador com o serviço; em que os serviços efetivamente se constituam, apesar das mudanças de humor e das mudanças políticas das diversas regiões, a gente consegue deixar um arcabouço, que pode sofrer, mas que vai permanecer, não é? E é isso que me traz uma reflexão para esse tema, olhando para o passado; sobre como a gente pode construir uma política mais duradoura.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA – Muito obrigado Carlos e Ana. Nós estamos encaminhando já para o final desse primeiro ciclo. Temos mais duas perguntas, só. Eu queria fazer uma pergunta para Valéria e pedir que Edneia comente. Valéria, você veio de uma experiência em São Paulo e chega em Niterói 1995, para atuar no programa médico de família, não é? A pergunta é simples, qual contexto que você encontra nessa sua chegada? Com o quê você se deparou em Niterói?

VALÉRIA ROMANO – Quando eu chego em Niterói, já chego lá com uma experiência de quase nove anos trabalhando na atenção primária. Quando eu me formo, eu comecei com o internato Rural na UERJ, que foi uma experiência impulsionadora. Eu fui trabalhar no Santa Marta⁸⁸, como uma primeira profissão de médica. Depois fui para a experiência de São Paulo, onde eu fiquei seis anos. Então fui para Niterói. Chegando em Niterói, a primeira coisa foi encontrar um modelo em que era o médico e um técnico de enfermagem. De manhã a gente fazia os atendimentos. De tarde, todos os dias à tarde, a gente fazia visita domiciliar. Então, veja que é um modelo que você ia muito para comunidade, que você estava ali o tempo todo. Eu estava em contato com as pessoas; eu conhecia, eu tinha minha comunidade na mão. Eu conhecia todo mundo, mas era um número menor de pessoas; era uns 700 habitantes, mais ou menos, por equipe. Então, você conhecia de fato todo mundo. E isso era um contexto muito importante. Por outro lado, tinha a questão da associação de moradores, que normalmente não eram lideranças; eram pessoas que estavam colocadas ali, para fazer aquele trabalho de assinar o cheque do médico. Mas, não eram reconhecidos pela comunidade como um sujeito que tivesse a legitimidade da população. Então, isso criava uma situação que para nós médicos que trabalhavam era muito ruim. Porque esse sujeito chegava lá com o talonato azul e falava: “doutora Valéria, bota aí o remedinho aí para mim, para o meu parente que mora lá não sei onde em São Gonçalo; porque ele precisa tomar esse remédio aqui e assina aí doutora.” Aí eu dizia assim: “Não. Não vou assinar, não é assim.” Ou, então, eles ficavam controlando a hora. “Doutora Valéria chegou 5 minutos atrasada. He, He,” coisas bizarras. Assim, em vez de estar junto com a gente no trabalho, estava num outro lugar.

E tinha a questão da violência. Quando eu

88. Santa Marta é uma comunidade popular localizada nas encostas do Morro Dona Marta, no bairro de Botafogo, na Zona Sul do Rio de Janeiro.

comecei a trabalhar no médico de família em Niterói, o primeiro lugar que eu trabalhei foi no Viradouro⁸⁹. Eu já vinha com uma experiência. Eu era, certamente a pessoa com mais experiência ali como médico de família. Quando eu entrei lá com quase nove anos de experiência, certamente eu tinha mais experiência que todo mundo que estava trabalhando ali. Então, quando eu entro no Viradouro - e lá só tinha uma entrada e uma saída -, eu vinha com meu carro. Os bandidos paravam no meio da rua - especialmente comigo isso acontecia -, me parava no meio da rua. Eu parava, o cara pegava a arma -, e isso era todo o dia -; pegava a arma, olhava para a minha cara, batia a arma na mão, para intimidar. Eu ficava no carro esperando ele parar com a gracinha dele; ele botava arma de volta e eu passava, todo o dia. Eu fui começando a falar com a coordenação: "Olha a situação ali tá difícil". E eu começava a fazer visita domiciliar no Viradouro e chegavam dois bandidos embarreirando a minha entrada e dizendo: "a senhora não vai passar não." Aí eu tinha que falar: "eu só estou indo visitar Dona Maria." Eu não tinha medo nenhum. Eu enfrentava, não sei se hoje eu enfrentaria. "Mas eu só quero ver a Dona Maria. Dona Mariaaaaaa!". E lá de cima ela gritava "Menino!!! Deixa a doutora trabalhar!!" E a gente ia sentindo cada vez a violência chegando muito perto. A gente ia falar para coordenação e a coordenação falava: "você é imatura, você é muito novinha, você não tem experiência". Eu: "Cara, isso tá piorando" ... E as técnicas da enfermagem começaram a falar: "eu não vou mais, eu estou" - todas moradoras de lá -, "não vou mais; isso está extrapolando; não estamos conseguindo trabalhar; estou com medo e não vou trabalhar assim". Até que um dia, a gente tinha uma estrutura de supervisão, que ia lá no campo, ver como é que a gente tava trabalhando. A minha supervisora, ao sair, leva bala no carro. Aí, a coisa começa a piorar né, "Pera aí, não é tanta imaturidade da Doutora Valéria". Então a gente vai lá, vai toda

equipe; vai lá na coordenação falar: "olha, não temos condição de trabalhar nesse lugar, porque ninguém está tendo estrutura mental para ficar ali". E, então, a minha supervisora - "que dizia: imatura, imatura e imatura" - transferiu a gente para outra unidade e Viradouro ficou um ano fechado porque não tinha condição de trabalho naquela região. Então, eu encontro uma gestão assim, entende, que tinha muita vontade de trabalhar, mas que tinha distorções um pouco exageradas; um pouco de não ouvir principalmente os profissionais da ponta; que tinha uma verdade absoluta, aquela verdade hierárquica, era um estrutura um pouco assim. Foi uma escola para mim, pois eu aprendi muito; porque tinha uma estrutura de supervisão que era muito legal, que ia lá com a gente, que trabalhava junto, mas tinha essa coisa hierárquica, difícil e de pouca confiança no médico.

EDNEIA MARTUCHELLI – O que a Valéria traz é um pouco do que eu também vivi trabalhando em atenção primária, das dificuldades. Acho que na época que a Valéria entra no programa foi o momento em que nós de Teresópolis fomos visitar Niterói. E a gente nitidamente recebeu essa questão da violência colocada hierarquicamente, como se fosse um problema da saúde, para ser resolvida pelo profissional de saúde que tá lá na ponta. E eu acho que, aí, a gente volta para falar da Regina (Regina Henriques). É sobre que instrumentos e a intersetorialidade se põem para resolver essa questão. Em Teresópolis não se tem violência - entre aspas -. Eu não tenho o cara que bate com revólver na mesa etc, etc. Mas, a gente tem a violência institucional; da troca específica de gestores. Nos últimos dez anos, 21 gestores. Isso dá seis meses para cada um ou menos do que isso. Eu acho, que também traz uma outra questão, que todos já colocaram, que é um pouco da precarização dessa relação dos profissionais de saúde com os profissionais de saúde. Eu acho que a gente tem que

89. Viradouro é um bairro popular que sofreu processo de favelização, localizado na região central de Niterói, Estado Rio de Janeiro.

tocar nisso. Em Teresópolis a opção - ao contrário de Niterói, de se trabalhar com associações - foi admitir todos os problemas que nós teremos nessa questão: de quem estava interessado. Essa era a questão: “você quer trabalhar na atenção primária à saúde em Teresópolis?” A pergunta era essa. “Quero”. E porquê? E essa era a entrevista. E os porquês eram os mais diversos. Porque paga melhor, porque tem o incentivo de gratificação na atenção básica; “eu quero ir para lá, quero porque eu estou em final de carreira”, “quero porque eu tô no início de carreira, não tem outro emprego, vou esperar para fazer a residência”. Essa foi a realidade que a gente viveu em contrapartida. Só que isso garantiu em Teresópolis durante muito tempo, até que a gente tivesse a entrada das OSS (Organizações Sociais de Saúde)⁹⁰, que expulsaram todos os servidores estatutários da rede. Era assim: unidades de saúde da família onde tem uma equipe composta por servidor está fora e vai entrar a OSS. Então, eu acho que tocar nessa questão, Valéria, é importante. Acho que Niterói viveu isso, Rio vive isso. Teresópolis, especificamente, tá passando nesse momento por uma opção de gestão de pessoas que a gente ainda não sabe qual é o caminho que vai tomar. Como a gestão é muito séria, ela quer que esse processo de gestão de pessoas e a formação seja integrada com a academia também. Então a gente está rediscutindo - e eu costumo dizer que estamos voltando aos primórdios de 1992, quando a gente começou a discutir a atenção primária à saúde.

Essa questão do profissional trabalhando em grande ou em um pequeno município, em município de médio porte, como é o de Teresópolis, é uma questão que a gente tem que tocar. Porque esse dilema da violência é importante; o dilema do processo de vinculação com a comunidade e mais: isso do seu vínculo trabalhista, têm que ser definidos.

Sem isso, acho que a gente não avança. Eu acho que esses são os retrocessos que a gente teve, entre outros, mas que marcaram a história da saúde da família no Rio de Janeiro.

GABRIELE CARVALHO – Obrigado Edneia. Por fim, a última pergunta a gente vai direcionar ao Ricardo Mattos e vai pedir que a Valéria Romano comente. No início do ano 2000, sob a liderança de Hésio Cordeiro, um grupo de professores construiu o primeiro programa regular de mestrado profissional em saúde da família no país, na Universidade Estácio de Sá. O que sabemos sobre esse processo? Qual a leitura da realidade que aquele grupo fez para sustentar aquela iniciativa e quais foram os principais desafios?

RICARDO MATTOS – Primeiramente, vale dizer que será um prazer responder a pergunta e a Valéria a pessoa que vai comentar. Ela fez parte desse processo também. E já me senti desafiado a tentar contar um pedacinho dessa história que envolve o Hésio Cordeiro, como uma pessoa de referência durante todo esse processo, em 05 minutos. Mas prometo respeitar o tempo. É importante pensar que esse debate - talvez de forma mais organizada -, ele começa em 2004, talvez um pouco antes. E, naquele momento, assim como Regina já trouxe, nos anos 2000, a gente já tinha um terreno muito mais fértil para se falar de saúde da família e atenção primária, sobre a tentativa de uma APS mais abrangente, do que no início da década de 90 ou nas experiências passadas. Então, para ler essa realidade neste ano é sempre importante que a gente já o faça a partir desse cenário inclusive político para a atenção primária, especialmente a saúde da família. Em 2004, - Valéria depois, se for o caso, conta um pouquinho como foi o antes -, é um processo coordenado pelo Professor Hésio Cordeiro,

90. Organizações Sociais de Saúde são entidades privadas, em tese sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, mediante contratos celebrados com a esfera pública. Seu aparecimento no Brasil ocorre no âmbito do processo de reforma do estado desencadeado nos anos 1994/1995.

que na ocasião ocupava cargo inclusive na gestão do curso de medicina e outros espaços na própria Estácio... Ele convoca um grupo, que eu vou pelo menos tentar lembrar de alguns nomes aqui, como a professora Claudia Leite⁹¹; o professor Paulo Henrique (Paulo Henrique Rodrigues); Carlos Serra⁹²; Marilene Cabral⁹³; a própria Valéria, Arlindo (Arlindo Portes)⁹⁴, Luiz Guilherme Pessoa da Silva⁹⁵, Adriana Aguiar⁹⁶, Roberto (Roberto Bezerra)⁹⁷, Eliana Carnot⁹⁸, Haroldo Mattos⁹⁹, Miriam Leoni¹⁰⁰, Zeilma da Cunha¹⁰¹, enfim... Chama um determinado grupo de pessoas que estava, inclusive, já na própria estrutura da Estácio, para se pensar o que seria uma proposta de um programa de pós-graduação stricto sensu. Na ocasião não passava pela cabeça de ninguém que fosse algo voltado para uma modalidade profissional. Mas, tendo em vista o acúmulo desse grupo de diversas áreas profissionais, e com um ponto talvez em comum, que seria a aproximação ou já o desenvolvimento de pesquisa e formação no campo da saúde coletiva... Ele convoca essas pessoas para uma conversa na tentativa de construir um programa de mestrado, que seria um programa de mestrado na modalidade acadêmica. Na ocasião, a gente também tinha a professora Madel Luz¹⁰²,

do IMS, ocupando representação na CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). A professora Madel é chamada para apreciar um pouco dessa primeira proposta, desse primeiro conjunto de ideias que esse grupo, novamente com Hésio Cordeiro à frente, tinha desenhado. E Madel olha um pouco essa proposta, tanto da Saúde da Família, quanto do acúmulo das próprias experiências que estavam sendo desenvolvidas na época, e lança o desafio daquilo que estava sendo ainda muito novo em termos de pós-graduação stricto sensu no país, que seria o desafio de pensar uma modalidade profissional. Algo que durante muito tempo, inclusive, se pensou em como construir, sobre como é que a gente constrói uma modalidade profissional.

Queria chamar atenção sobre um ponto: se de um lado, a gente tinha um terreno mais fértil na academia; se a gente tinha um terreno mais fértil no campo da atenção primária, sobretudo na saúde da família, a gente ainda tinha um processo em construção. E esse grupo que eu citei, ele abraça dois grandes desafios, que é pensar logo a construção do que viria a ser dois anos depois, através da política nacional de atenção primária, na

91. Claudia Leite é médica epidemiologista, com doutorado em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, dedicando-se especialmente ao estudo das relações entre violência e saúde pública.

92. Carlos Serra é dentista, com doutorado em saúde coletiva pelo IMS/UERJ. Carlos Serra é um estudioso do sistema de saúde brasileiro, com foco nas questões sobre Rede de Atenção à Saúde.

93. Marilene Cabral é socióloga e doutora em saúde coletiva pelo IMS/UERJ. Dedicar-se principalmente ao estudo sobre terapias complementares e integrativas.

94. Médico, doutor em Oftalmologia pela UFRJ, Arlindo Portes desenvolve estudos no campo de prevenção de cegueira e de doenças prevalentes relacionadas aos problemas de visão, especialmente aqueles sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

95. Luiz Guilherme Pessoa da Silva é médico, doutor em Clínica Obstétrica pela UFRJ e estudioso da gravidez de alto risco e da saúde da mulher.

96. Adriana Aguiar é médica e doutora em educação pela Universidade de Harvard. Dedicar-se aos temas da formação profissional em saúde, dos recursos humanos e da comunicação e saúde.

97. Roberto Bezerra é biólogo, doutor em ciência da vida pela Universidade Paris 6, com interesses principalmente em biofísica molecular e fotobiologia.

98. Eliana Carnot de Almeida, falecida em 2014, foi psicóloga, com doutorado em saúde coletiva pelo IMS/UERJ. Foi uma estudiosa sobre humanização da assistência à saúde e saúde da mulher.

99. Haroldo Mattos é médico, doutor em saúde pública pela Fiocruz, e dedica-se principalmente ao estudo de doenças infecciosas, com foco em hanseníase e tuberculose.

100. Miriam Leoni é enfermeira, doutora em enfermagem pela UFRJ, estudiosa da humanização da assistência à saúde.

101. Zeilma da Cunha é nutricionista, doutora em educação pela Universidade de Columbia, dedica-se sobretudo aos estudos sobre educação nutricional.

102. Filósofa de formação, Madel Luz é doutora em ciência política pela USP. Como professora e pesquisadora do IMS/UERJ desempenhou papel importante na inserção das ciências sociais no campo da saúde. Seus estudos sobre racionalidade médica, por exemplo, são parte importante da construção do campo da saúde coletiva brasileira.

atenção básica, na saúde da família, enquanto eixo para tentar nortear e ordenar o sistema. E, por outro lado, tentar também pensar em algo a ser construído, que era um programa na modalidade profissional. A proposta foi submetida à apreciação em forma de APCN¹⁰³, em apreciação de cursos novos. O programa foi aprovado e iniciado em 2005. Só para sintetizar, para além dessas experiências mais colocadas, eu queria chamar atenção para uma coisa: o que a gente tinha era um programa que foi construído alguns anos depois das diretrizes curriculares nacionais. Então, foi construído a partir principalmente de experiências do próprio currículo de graduação em medicina, que vinha sendo repensado, mas de uma forma talvez um pouco inovadora. Agregou-se já - isso é bastante importante no próprio documento que eu tive oportunidade de revisita-lo - nos documentos de APCN, de forma inovadora, as experiências de diversos municípios - por exemplo, o Município do Rio de Janeiro que tinha grupos de apoio técnico e com outras formas ou nomes. Esse programa, ele já vai além da equipe mínima; ele é inaugurado sobre uma lógica de debate e formação de pesquisa, de pesquisa aplicada diga-se de passagem, dialogando por exemplo com a farmácia; dialogando com o curso de nutrição, com a própria psicologia, já discutindo algo que seria uma formação em atenção primária e em pesquisa em atenção primária, de um modo muito mais ampliado do que a gente tinha pelo menos constituído como norma programática. E lembrando que o NASF¹⁰⁵ (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) só vai aparecer em 2008.

Uma outra situação para a qual eu gostaria de chamar atenção: que algumas coisas já apareceram aqui - e aí é muito mais uma leitura minha -, é que desde o princípio, parece que pode ser inclusive contraditório, o programa ser inaugurado dentro de uma

instituição privada. Mas, desde o início, - talvez pela própria força, a presença da história do Professor Hésio e desse grupo - esse mestrado, ele vem marcado por uma disputa inclusive conceitual. Sempre esteve colocado que a atenção primária era pública e universal; e que ela é vista como um direito. Isso vem marcando toda a trajetória desse programa, que é inaugurado em 2005 até os dias de hoje. Não sei se vai dar tempo da gente voltar ao debate, mas com um doutorado profissional recém inaugurado, que também continua com mesmo eixo de pesquisa e formação orientada para os serviços.

VALÉRIA ROMANO – Só um pequeno comentário...Nesse grupo, eu já era orientanda do Hésio Cordeiro, ele era meu orientador de doutorado. E então a gente já tinha um entrosamento muito grande quando eu fui trabalhar na Estácio. A gente sempre se encontrando, um dia o Hésio falou assim: “Valeria, saiu aí um edital pro mestrado profissional, vamos fazer? Vamos fazer aqui na Estácio?” Aquele jeito do Hésio... Sim, ele ia criando as situações. “Vamos fazer acontecer, depois a gente vê como é que vai ser. É uma oportunidade, e vamos fazer”. E aí eu dizia: “mas a gente não tem aqui ainda pessoas”. A Estácio era cheia de especialistas, tinha um oftalmo... Não tinha gente na saúde da família. Aí ele: “Não, mas, vamos fazer, a gente tem que trabalhar com o que a gente tem. E a gente vai capacitando as coisas, vamos criar o fato e deixar coisa crescer”. E a gente se reuniu e foi numa empolgação, gente!!!! Foi uma coisa tão bonita de construir! A gente em 15 dias ficou os dias inteiros.... A gente passava o dia inteiro lá, fazendo a APCN; escrevendo tudo para poder submeter lá no edital e conseguimos passar. Foi uma luta sim, de amor, sabe ...de amor e de compromisso com a atenção primária. Porque a gente tinha o legado do nome do Hésio e o Hésio é para mim... Ele é a pessoa,

103. Os Aplicativos de Propostas de Cursos Novos (APCN) constituem a forma digital online para a apresentação das propostas e a obtenção de autorização para criação de novos cursos de pós-graduação stricto sensu no país.

104. Criado em 2008, inicialmente com Núcleo de Apoio à Saúde da Família, hoje, após a PNAB de 2017, o NASF é determinado Núcleo Ampliado da Saúde da Família.

a pessoa pública, a pessoa mais generosa que eu conheci na minha vida, no sentido de democrático, de ouvir o outro... A casa caindo e ele com aquela cara...E ele ia: "Vamos lá". E conversávamos..., "vamos resolver, dialogar". Apreendi muito com ele, com a agenda generosa dele. Nunca foi uma pessoa estrelinha, cheia de estrelismos, de egoísmos. Ele abria a agenda dele e falava: "vamos lá conhecer fulano". Ele levava sempre eu e mais duas ou três pessoas; íamos na secretaria municipal, conhecer as pessoas; fazer contato tal para a gente construir o nosso mestrado; dialogar com as pessoas. Assim a gente foi construindo. Assim, o mestrado da Estácio, para mim, tem esse lugar, de algo que iniciou com muita vontade. Agora eu não sei como está. O mestrado, eu acho, continua na excelência e tá indo lá para o doutorado. Acho bacana. Mas, assim, foi na raça; foi sem ter todas as condições, não foi do jeitinho arrumadinho não. Foi: "Vamos fazer!!!" E todo mundo topou e saiu muito bonito. Teve muita empolgação. Na primeira turma, o olhinho brilhava e foi emocionante. A gente formou pessoas maravilhosas, que estão aí na gestão até hoje. E você, Ricardo Mattos, inclusive, foi das primeiras turmas, não é? E continua depois como professor. Então foi isso.





Estratégia Saúde da Família
Foz do Iguaçu, PR - 2008



A ERA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Estratégia Saúde da Família. Jaguarão, RS – 2009
Do livro Mercosul, por onde passa a Saúde

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Boa tarde a todos, vamos dar seguimento ao nosso Seminário Testemunho História da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Agora, começando o eixo 2, a discussão mais sobre modelagem de políticas e programas no âmbito da atenção primária no estado, já no contexto do final dos anos 80, primeira metade da década de 90 e daí em diante. E a primeira pergunta a gente faz ao Antônio Ivo e vai pedir que a Ana Ramalho comente. Sobre a segunda metade dos anos 80 e início dos anos 90, àquela altura o noticiário e a documentação parecem indicar, como uma certa atenção estratégica, a instalação de distritos de saúde. Qual o grau de importância e o componente de novidade que essa proposta possuía naquele momento e como se articulava com o ideário da APS?

ANTÔNIO IVO - Bom, primeiro eu acho que é bom lembrar, eu acho que já foi dito aqui, que o Município do Rio de Janeiro, no início da década de 80 foi um precursor da aplicação de certas diretrizes, que vinham das Ações Integradas de Saúde (AIS)¹⁰⁵, com o enriquecimento de que ela incorporou institucionalmente a participação da comunidade através dos GELs e tudo mais. Nesse momento, final da década de 80, isso ainda existia, estava ficando um pouco para trás e a grande influência na época era a discussão da Constituição, da nova Constituição. Uma Constituição que foi desenhada, levando em conta muito desses preceitos, da descentralização, da integração, da participação, além dos princípios da universalidade e da equidade. E a ideia que é antiga do distrito sanitário -antes foram os Sistemas Locais de Saúde, que vêm desde os anos 70, como uma prescrição -, nesse momento esta ideia estava, digamos assim, energizada pelos debates políticos em torno

da Constituição e do Sistema Único de Saúde, que vem dois anos depois, em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde¹⁰⁶ e tudo o mais. Então, eu acho que o elo, ele está aí. Não é porque naquele momento fosse uma coisa totalmente original, mas é porque é um elo com os antecedentes. E o que envolveu uma certa redefinição, porque a Constituição, quando foi desenhada em 88, ela deixou para trás algumas das coisas que eram propostas pelo movimento da reforma sanitária como, por exemplo, a questão dos conselhos como uma coisa de fora do estado e com a participação da comunidade e não como um dispositivo constitutivo do SUS. A ideia do financiamento, que anteriormente era muito ligada ao financiamento da saúde na Constituição, ficou cravada como o financiamento da seguridade social, alterando as coisas. Mas, uma das coisas que ficou, digamos assim, insepulta, sem uma solução, era exatamente a questão dos distritos sanitários. A constituição previa a descentralização, previa a participação, previa muitas das coisas que vinham desde Alma-Ata, que são componentes fundamentais da atenção primária. Aqui, naquela época não era ainda institucionalizado, mas que na discussão da nova constituição, esses princípios foram incorporados. O que permitiu que, depois, no início dos anos 90, isso ganhasse o formato institucional, após a Constituição. Foi o formato dos agentes comunitários de saúde no Ceará, que foi o formato inicial dos programas de saúde da família e tal. Ainda antes de se chamar estratégia, né? Foram experiências que foram se multiplicando e que aí, eu ousaria dizer, inspiradas tanto nos antecedentes da atenção primária, desde Alma-Ata, quanto nas novas questões colocadas pela discussão da Constituinte. Um pouco a junção dessas coisas é que deu origem, no início dos anos 90, a essa caminhada de institucionalização da atenção primária através de Saúde da Família e tudo

105. Primeiro como programa (1983) e depois como estratégia (1984) as Ações Integradas de Saúde (AIS) pretenderam a integração entre os ministérios da Previdência e Assistência Social, da Educação e da Saúde, além das secretarias estaduais e municipais de saúde, visando integrar os serviços que prestavam atenção à saúde da população de uma região.

106. As Leis Orgânicas de Saúde são as leis que regulamentam a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). São elas as leis 8.080/90 e 8.142/90.

mais. Havia municípios que se anteciparam a isso, como Niterói, por exemplo. Alguns outros municípios, desde a década de 70 experimentaram coisas como distrito sanitário, mas eram experiências muito, digamos assim, rígidas, porque era compreendido o distrito somente como a colocação sobre o comando único das unidades que existiam num determinado território. A ideia do distrito evoluiu muito depois disso, para incorporar a intersetorialidade, para incorporar as políticas públicas passíveis de favorecer a saúde, mas, naquele momento, as direções das unidades nas diversas esferas, federal, estadual e municipal acabou não vingando muito. Mas, foi um momento importante de experiência e que significou esse elo. Porque a atenção primária teve um outro caminho, com as experiências do Nordeste, de redução da mortalidade infantil. Foi a partir, alguém brincou aí com o pozinho do soro, mas que foi isso: a utilização - e o Ceará foi o precursor disso, em escala extensiva - de agentes comunitários, que eram capazes de propiciar um cuidado de baixo custo e de alta efetividade, principalmente nas doenças infecciosas na infância. E, principalmente, o grande feito foi a coisa da reforma sanitária. Então, a caminhada foi um pouco... Não foi linear, foi somando experiências anteriores e acabou resultando depois numa estrada que acelerou para a atenção primária.

ANA RAMALHO - O que eu posso só acrescentar a isso, né? A essa visão, essa análise do que estava se passando nacionalmente e no Rio de Janeiro, ... é como eu vivi isso no nível local, né? Eu estava na época na AP 3.2 (Área Programática 3.2)¹⁰⁷, os GELs já se constituem em GEL por AP no Rio de Janeiro. A divisão de AP do Rio de Janeiro não era uma divisão da saúde era uma divisão do planejamento e a tendência naquela época era justamente juntar educação, planejamento, saúde; de todos utilizarem a mesma divisão.

Acabou nunca se casando totalmente, mas houve uma mudança. Me lembro lá na nossa região o Distrito da Educação mudou todo para poder tentar se adaptar. Mas não foi muito além, quer dizer, foi se adaptando à realidade da cidade. O GEL era um avanço; em que a gente conseguia, pela primeira vez, sentar junto na nossa região. A gente tinha o Hospital Psiquiátrico Pedro II, que era do Ministério da Saúde, tinha o PAM¹⁰⁸ da Marechal Rondon, tinha o PAM Méier, ambos do INAMPS, o Hospital Salgado Filho e quatro unidades básicas municipais, sendo dois Centros de Saúde. Nós podíamos, pela primeira vez, sentar junto e tentar. Porque eles, os PAMs ainda, embora isso já tivesse acabado, exigiam carteirinha do INAMPS para o paciente entrar. Toda vez que reunia o GEL tinha essa briga, essa denúncia: "Um paciente foi aí e pediram a carteirinha do INAMPS. Ele queria ser atendido no PAM Méier, que era um PAM de urgência e emergência, mas não conseguia atendimento". Então, conseguimos começar a discutir. A posição do Ministério da Saúde, na época, já era muito mais de unificar. Mas, a posição das unidades do INAMPS, que eram mais poderosos, tinham mais dinheiro e eram menos afeitos à mudança. Se eles achavam que iam perder qualidade? Claro! E iam receber uma demanda muito maior do que a demanda que eles tinham na época. Essa demanda ia diminuir a capacidade deles de resposta. Então, eles tinham lá também suas justificativas para o que achavam que seria uma perda de qualidade da atenção que prestavam. Essa era a discussão. Acho que na AP 4 no Rio de Janeiro, em Jacarepaguá, já começou a levantar muito mais uma discussão de Distrito Sanitário. Eles se afinaram mais, eles discutiram mais e a secretaria um pouco se assustou, e, aí, respondeu com a organização das CAPs. A organização das CAPs foi um avanço de um lado. Mas, eu acho que, de outro lado, foi um pé no freio na discussão do distrito sanitário dentro da cidade. Porque

107. A AP3.2 reúne os 16 bairros que conformam a XIII Região Administrativa do Méier e mais o Jacarezinho.

108. Os PAMs eram Postos de Assistência Médica que integravam a estrutura do antigo INAMPS. No Rio de Janeiro, ao longo da década de 1990 foram gradativamente municipalizados.

diziam assim: “já fizemos”. A CAP é isso. Só que a CAP não tinha nenhuma autonomia; não tinha autonomia financeira, era uma reunião das unidades municipais. Havia uma inovação com o hospital que, pela primeira vez teve que se envolver, acho. Era uma parte do avanço. Pela primeira vez o hospital, lá na nossa área, o Hospital Salgado Filho - que era um dos chamados grandes e independentes - foi colocado, muito assim, de boa vontade, sob a organização da CAP, ao mesmo tempo que as unidades básicas da região, obrigando a um maior diálogo. Era uma entrada: o diretor tinha que me conhecer, pelo menos isso. Não podia fechar a porta e dizer: “eu não quero nem saber”. Eu ficava a 200 metros dele e ele não queria nem saber da existência do posto de saúde?!!! Ele tinha que reconhecer que o Centro de Saúde existia. Então, eu acho que houve essa parte de avanço e, por outro lado, acho que foi um pé no freio na distritalização. Um modelo de distritalização que eu, mais ou menos, conheci foi o de Recife. Era uma coisa radical. A secretaria enxugou, diminuiu e formou os distritos que passaram a ser na verdade o núcleo de funcionamento da secretaria. E isso nunca aconteceu no Rio de Janeiro. Eu acho que cada região foi se organizando da forma como a questão política da área e as questões objetivas das instituições permitiam que ela se organizasse.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Muito obrigado Ivo, Ana. A próxima pergunta a gente dirige à Vera e pede que Mariza Nascimento comente, por favor. Vera, qual sua percepção sobre o processo decisório que envolveu a expansão da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro? O contexto histórico e político era favorável? Quais foram os atores chaves nesse momento?

VERA - Bem, eu estou com uma certa dificuldade de falar sobre isso, porque até

98 eu estava... Primeiro, eu já tinha sido coordenadora de uma AP, a AP3.2 e tal. Depois eu fui fazer mestrado na ENSP e trabalhava na supervisão numa CAP, a CAP 2.2. Realmente não acompanhei... A equipe era uma equipe afinada. Werneck (Guilherme Werneck), Cristina Boaretto, enfim, uma equipe afinada com uma mudança de modelo de atenção. E eu fui chamada para trabalhar com a saúde coletiva. Eu defendi a tese em 98, 99. A superintendente de saúde coletiva, que era Cristina Boaretto, que trabalhava com a Ana Maria, chamou Luciana Borges e me chamou para o processo de expansão que era pensada a partir das experiências embrionárias que já ocorriam na Maré e tal. Então, eu não. Os atores principais, para mim, foram esses que eu mencionei aqui Werneck, Cristina Boaretto. Eu não tenho como aprofundar mais isso não.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Muito obrigado, Vera. Mariza.

MARIZA NASCIMENTO - As dificuldades foram imensas. Mas, as possibilidades foram bem maiores, porque a comunidade realmente estava muito bem engajada nas discussões e nas resoluções, inclusive sabendo que ela poderia estar direcionando as verbas; o que é que vai ser feito com determinada verba. Então, a gente dormiu na doce ilusão de que a gente ia definir as políticas públicas e elas iam realmente acontecer. Mas, isso teve um caminho longo, que vai para a Conferência Municipal e, enfim, a questão da política. As políticas entravaram o andamento da organização, até porque eu lembro que eu fui vice-presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1 junto com o Nereu Lopes¹⁰⁹. E a gente sendo a AP 3.1, enorme com cinco regiões administrativas lá dentro. Aí a gente tratou de criar conselhos comunitários de saúde em cada região administrativa, em cada

109. Nereu Lopes é um sindicalista e político fluminense. Foi presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1 no Município do Rio de Janeiro e representante dos trabalhadores no Conselho Estadual de Saúde.

área de cada região administrativa. Lembro que o Complexo do Alemão foi o único que fluiu. O conselho comunitário do Complexo do Alemão chegou ainda a elaborar o projeto a ser implantado na Saúde da Família. Até então não existia um projeto e a gente levou; juntamos um grupo de representações da escola, dos postos de saúde... Lembro que o PAM de Del Castilho¹¹⁰, que é muito solicitado, foi também conosco; e entregamos esse projeto para a prefeitura. Então, a prefeitura criou o CIEZO (Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste)¹¹¹, que ia administrar essas verbas do Saúde da Família. Era o CONSA (Conselho Comunitário de Saúde do Complexo do Alemão)¹¹², mas aí o prefeito disse que o Consa não tinha 5 anos e que ele não poderia administrar as verbas. Criou o CIEZO e implantou com o CIEZO administrando. Então, eu acho que o problema, o nosso grande problema mesmo, foi essa questão das políticas, das politicagens, vamos dizer assim, e a questão da hierarquia. Eu acho que as pessoas não entenderam bem. As pessoas, pelo menos que eu estou falando, é a gerência, essas coisas. A hierarquia não era para 'mandava quem pode e obedece quem tem juízo' e isso acabou acontecendo e, aí, pronto, foi que a coisa degingolou. Então, quando alguém falou aqui, - que eu não estou lembrada quem -, que é preciso que a atenção básica seja realmente política pública; que vai vigorar no estado, no município e na federal; se não houver essa política pública, que era assim que a gente falava lá nos conselhos, nas conferências, não vai fluir. Eu tenho dito que também têm as questões; que não haverá atenção básica; não há atenção básica que dê conta das

condições de melhoria da qualidade de vida da população sem a participação da mesma. A saúde, assim como a doença, ela começa em casa, dentro do território. E, aí, quem é que vai buscar essa saúde, essa doença, esse histórico se não com o agente comunitário de saúde? Mas, o agente comunitário de saúde sozinho não dá conta, porque ele leva as questões da comunidade para dentro da unidade. Aí, quando chega dentro da unidade, tem que haver a participação da equipe e da gerência, todo mundo. Eu não sei se dá tempo para eu contar rapidinho a história de quando eu comecei lá no Complexo do Alemão. Porque no Adeus não... A história do Adeus foi bonita que eu comecei trabalhando as questões todas da comunidade e fazendo, levantando o cadastramento para que as pessoas tivessem a posse da terra. Nossa! Isso foi rico demais! Agora, quando eu entrei para Saúde da Família, no programa de atenção à Saúde da Família; porque antes eu trabalhei na comunidade, naquele programa de saúde bucal, do tempo do Pedro Porfírio¹¹³, não sei se você lembra disso. Pedro Porfírio puxou gente de saúde que trabalhava dentro da comunidade para dentro da secretaria. As assistentes sociais do serviço social que trabalhava também nas regiões administrativas, dando suporte à mobilização da comunidade, elas também foram puxadas para dentro da Secretaria de Desenvolvimento Social. Aí, pronto! Quem é que vai mobilizar a comunidade? Não tem mais quem mobilize, não é verdade? Aí entra também a questão, o domínio das associações de moradores. Aí acabou de travar a questão, entendeu? Mas isso não quer dizer que a gente não tem uma perspectiva de futuro.

110. Del Castilho é um bairro na Zona Norte do Rio de Janeiro. O Posto de Assistência Médica de Del Castilho é hoje a Policlínica Rodolpho Rocco.

111. O Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste (CIEZO) é uma organização contratada pela prefeitura do Rio para fornecer mão-de-obra especializada - auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionistas e médicos - durante o governo Eduardo Paes (2009-2016).

112. O Conselho Comunitário de Saúde do Complexo do Alemão foi instituído em 2000 e foi responsável pela elaboração de um projeto e pela mobilização de uma campanha pública pela instalação da Saúde da Família naquela comunidade.

113. Pedro Porfírio (1943 - 2018) foi jornalista, teatrólogo, escritor e político carioca. Aderente ao Trabalhismo, foi vereador no Rio de Janeiro e ocupou a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social nos dois governos de Leonel Brizola.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada Mariza. A próxima pergunta é direcionada a Regina Henriques e a gente vai pedir que a Ivone Cabral comente. Quais as facilidades e as dificuldades identificadas no processo de implantação e implementação de políticas relacionadas à APS no que diz respeito à atuação dos enfermeiros no Rio de Janeiro?

REGINA HENRIQUES - Com essa a gente tem que voltar um pouquinho no tempo. Porque não dá para falar sobre essas dificuldades, sem a gente recordar um pouco como foi a construção histórica da prática social dessa profissão. No que diz respeito, assim, à saúde pública, é interessante a gente perceber que os enfermeiros, eles sempre tiveram papel de destaque na implementação dessas políticas. Se a gente for consultar os livros, todas as pesquisas que já foram realizadas, a gente percebe isso. Agora, interessante também a gente perceber que esse papel, ele foi destacado; havia, assim, quando a gente conversava e via entrevistas dessas enfermeiras precursoras, que elas se viam como pessoas de muita importância e influência. Mas era porque elas eram responsáveis pela característica do exercício profissional mais antigo, de ordenação, de controle, de disciplina etc. Elas foram fundamentais para a implementação das políticas e para controlar a sua execução e o pleno atendimento. Muito mais por parte das autoridades e das dirigentes do que pelas necessidades da população. É uma trajetória interessante da gente refletir. Desculpa, eu vou estar sendo muito superficial, porque não dá tempo; isso devia ser um aprofundamento muito maior do que a gente tem condições de fazer aqui. Mas, eu tive inclusive, assim, a oportunidade de, numa das pesquisas que eu fiz, entrevistar enfermeiras que foram da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nos primórdios mesmo da secretaria. A fala delas era muito nesse sentido, de dizer da importância que elas tiveram na implementação dos programas, principalmente aqueles programas verticais de controle da tuberculose; de controle da hanseníase; e que elas implementaram; das

ações de consulta de enfermagem na época para esses programas. E elas falavam isso com muito orgulho; com orgulho de serem muito respeitadas, inclusive pelos governantes e por outras autoridades políticas.

Então a gente começa a observar esse perfil profissional e quando a gente vai pensando sobre as mudanças ocorridas na atenção básica de saúde ao longo dos anos, a gente percebe que a década de 80 - se ela foi rica e todas essas transformações que nós estamos debatendo aqui - ela também foi muito rica nas transformações sociais da enfermagem. Nós começamos a ter uma produção muito grande de enfermeiros preocupados com esse papel social e político da profissão; refletindo sobre a sua prática profissional, propondo outras ações e mais autonomia para o desempenho dessa profissão; demandando uma participação e com engajamento político em outros movimentos sociais. Então, isso vai produzir uma transformação também na inserção dos enfermeiros na atenção básica; uma autonomia maior e uma perspectiva de atuação também mais autônoma e mais independente.

Com a introdução das Ações Integradas de Saúde do país - que a gente percebe que tem já uma previsão de uma atuação do enfermeiro nesses programas -, que, por um lado, reconhece a competência desse profissional, o papel que ele pode desempenhar na implementação dessas políticas. Por outro, para os enfermeiros, era um respaldo de que eles podiam ter mais autonomia na sua atuação, sem uma preocupação de estarem ultrapassando os limites que a profissão impunha. É também na década de 80 que a gente tem uma nova lei do exercício profissional sendo promulgada; que vai dar respaldo legal ao exercício de determinadas práticas para o enfermeiro. De lá pra cá, a gente vê um reconhecimento desse papel e dessa importância. Até porque a formação do enfermeiro também vai acompanhando essas mudanças e, portanto, nas equipes que vão sendo constituídas. Ainda antes da Estratégia Saúde da Família a gente vê uma participação do enfermeiro muito grande

no que diz respeito aos conselhos de saúde e à participação com a comunidade; nas atividades desenvolvidas para fora dos muros da unidade de saúde, que não eram vistas da mesma forma por outros profissionais, mas que o enfermeiro assume como um papel seu e com muita competência, muita propriedade. Hoje, no desenho da política, em como a gente vê as próprias equipes de saúde da família, a gente percebe que o enfermeiro tem, por parte da população e de algumas pessoas, da área da saúde, dos profissionais, o reconhecimento dessa competência; de que o papel dele é forte na atuação das equipes de saúde da família. Mas, por outro lado, a gente tem uma série de contradições que se acumulam ao longo também dessa história. Por exemplo, hoje tem uma diferença salarial que não existia antes entre os profissionais de nível superior. Por mais que a gente possa discutir que isonomia era essa - porque o salário era igual, mas a carga horária efetiva trabalhada não era igual, mas era uma isonomia reconhecida. Hoje não tem mais isso.

Por outro lado, também, a gente vê que os enfermeiros assumiram uma série de funções, inclusive de gestão. Porque, a partir da década de 80, também a gente vê os enfermeiros assumindo a gestão da unidade de saúde, do posto de saúde etc. Mas, a gente percebe que, hoje, esta sobrecarga de trabalho tem, inclusive, impedido que os enfermeiros façam aquilo que mais se espera da atuação do enfermeiro, que é estar na comunidade; que é estar trabalhando nas visitas; e trabalhando com a educação e saúde; trabalhando com a formação de grupos etc. Porque ele está assoberbado com os atendimentos que ficaram acumulados para ele. Então, tem uma resistência dos próprios profissionais, porque eles se veem sendo premidos. Fazer um atendimento assim; um volume de atendimento acima da sua capacidade; deixando de lado outras atividades, que seriam muito mais da competência do enfermeiro e melhor desenvolvidas por ele. O que também não é algo novo, porque quando se implanta a consulta de enfermagem no programa, eu

também tive a oportunidade de entrevistar alguns enfermeiros que estavam na rede e eles diziam isso: “eu não quero fazer consulta de enfermagem, porque a consulta de enfermagem vem para reduzir o trabalho do médico e aumentar o nosso trabalho”. Então era uma visão distorcida, mas, também, com uma construção historicamente determinada desse papel, desse reconhecimento da função. E hoje a gente vê retornar esse temor do enfermeiro; de ficar assoberbado de trabalho, muitas vezes assumindo todo o seu período de trabalho no interior da unidade com consulta e sem que ele possa estar desenvolvendo outras atividades, que são também de igual valor pro desenvolvimento das ações de saúde do enfermeiro.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Regina. Ivone, a palavra é sua.

IVONE EVANGELISTA CABRAL - Bom, eu queria só agregar à fala da Regina o papel que a universidade tem dentro desse processo de entrada na comunidade; no acompanhamento dos alunos dentro do seu processo de formação. Nós temos a própria Escola Nery, que tem desenvolvido, a partir do primeiro ano do curso de graduação, logo no início do semestre, a inserção desses alunos na atenção primária. E a gente observa que isso é um *turning point* na formação dos enfermeiros. A escola teve um papel importante, inclusive, na determinação das novas diretrizes curriculares de 2001, quando leva a sua experiência da formação de profissionais na atenção primária.

Uma outra questão que eu acho super importante da gente dizer, voltar um pouquinho no tempo, é outro *turning point* bem importante. É que a enfermagem, principalmente a enfermagem no Estado do Rio de Janeiro.... - que aqui era a capital da República no início da década de 20, do século passado - ... quando o Rio vivia grandes epidemias e a Escola de Enfermagem Anna Nery foi exatamente criada para formar

enfermeiras de saúde pública. Então, se a gente olhar o processo histórico de formação dos enfermeiros, que ela foi criada para atuar na atenção primária. Se a gente fizer uma atualização desse discurso pode-se dizer que a Enfermagem nasce de uma visão de saúde pública. No entanto, a contradição talvez maior é que todo processo de formação vai acontecer dentro do hospital. Então, ao mesmo tempo que a gente tem um olhar sobre a saúde pública e os processos de saúde-doença que acontece no território, o lócus de formação não é dentro da atenção primária.

Outro importante destaque é em relação à participação dos enfermeiros no movimento social organizado, principalmente no controle social, com a reforma sanitária e a nova Constituição Federal; que a ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) teve um papel super importante, ao lado da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), do CEBES (Centro de Estudos Brasileiros em Saúde) e da Rede Unida, no sentido de estar construindo aquele capítulo da 'Saúde como um direito de todos e um dever do Estado'. Então, teve um engajamento das enfermeiras pioneiras no campo do controle social que a gente precisa dar destaque. Talvez as conferências nacionais de saúde... Eu tive a curiosidade quando era conselheira do Conselho Nacional de Saúde; tive a curiosidade de fazer um levantamento do perfil dos participantes do Conselho, e das conferências. As enfermeiras e enfermeiros, técnicos de enfermagem e os auxiliares de enfermagem participam como delegados dos seus municípios e do estado. Eles têm uma grande representação dessa categoria no controle social, na medida em que levam as demandas do território onde eles estão atuando para que isso se converta em diretrizes. Para as políticas nacionais de saúde e de atenção primária, ela tem um destaque bem importante nesse lugar. Então, eu acho que a Regina falou muito bem. Eu queria dar um destaque ainda à questão da lei do exercício profissional (Lei nº 7.498/1986), porque ela é um instrumento legal importante na regulação da nossa

profissão, ela, vamos dizer assim, é aprovada dois anos antes da nova Constituição, em 1986. Ao fazer isso, ela já determina que o enfermeiro passa a ter autonomia na implementação e no desenvolvimento de programas de saúde pública. Então, quando vem o Sistema Único de Saúde e os diferentes programas, a gente já tem o respaldo da lei do exercício profissional, com a possibilidade de estar desenvolvendo com mais autonomia e contribuindo no processo de atendimento à população na atenção primária. Isso, principalmente nesses grandes programas que começaram 'em caixinhas', que eu acho que vocês já falaram bastante pela manhã..., de controle de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose etc. Então tem um grande papel aí, logo, sem dificuldades, sem barreiras do ponto de vista legal, a despeito das grandes tensões que são próprias da, vamos dizer assim, da interprofissionalidade. Os limites da interprofissionalidade, que a gente vai falar um pouco mais adiante. Mas, é claro que é uma categoria muito sofrida; elas sofrem, tem sofrimento psíquico, assédio moral no trabalho, está na linha de frente do atendimento à população. Acho que da mesma forma que os agentes comunitários de saúde, os profissionais de enfermagem da atenção primária recebem todo o impacto daquilo que a atenção primária, num primeiro momento, não consegue resolver, por força ou mesmo por pressão da demanda.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Muito obrigado, Regina e Ivone. A próxima pergunta é dirigida para Mariza e a gente vai pedir ao Daniel comente. Mariza, como foi o processo de vinculação da comunidade à Estratégia Saúde da Família, na sua experiência?

MARIZA - Vinculação da comunidade à saúde da família. A minha experiência de Complexo do Alemão é que a população, não tendo absolutamente nada, em termos de porta de entrada, eles receberam assim como uma dádiva. A luta era por um posto de saúde. De repente chegou a saúde da família, contemplando cada comunidade. Então, foi uma expectativa maravilhosa, em

que a gente teve uma facilidade de acesso às comunidades; as pessoas nos recebiam, abriam as portas para o agente comunitário de saúde e a gente tinha uma convivência maravilhosa, muito boa. E, assim, a gente tinha o desejo de que a comunidade também chegasse até o conselho. Porque lá é que era o fórum dos embates; sobre o que estava necessitando dentro do território e não chegava ao nosso alcance dentro da unidade de saúde. Mas, aí, a gente tinha como estar falando para aquela população; que ela poderia estar indo para esse espaço de debate que era o conselho de saúde, onde até facilitava a vida das pessoas, já que ali estavam os diretores das unidades de saúde, estava a enfermagem, enfim, estava todas as categorias e as pessoas poderiam estar facilitando a sua vida. Eu consegui ajudar realmente muita gente na comunidade. Ah, precisa fazer uma cirurgia do seio; precisa fazer isso, precisa fazer aquilo.... Eu conhecia todo mundo. No Hospital Geral de Bonsucesso era de cima abaixo, serviço social, médicos, enfim.... Então, a gente ensinava o caminho das pedras. Isso estava sendo uma coisa boa; que hoje a gente já vê um pouco de dificuldade, haja vista a tecnologia que já tomou conta das pessoas, não só dos adultos, mas também das crianças. As pessoas, hoje eu não vejo, não falo, não ouço. Então fica muito difícil você chegar e atrair as pessoas de qualquer maneira para poder ir para uma discussão. Mas, aí, é que criei, na saúde da família do Complexo do Alemão, a atividade física do saber popular; que tinha assim, era muito acessível junto à Fiocruz, ao professor Victor Valla¹¹⁴. Ele era muito de fazer a junção dos saberes. Ele valorizava bastante o saber popular e eu desenvolvia essas atividades físicas e era uma coisa maravilhosa; que aí todo mundo estava ali, as avós, as mães e aí a gente passava para elas informações que elas poderiam levar para casa.

Poderia estar acontecendo até hoje. Mas, aí,

tem a coisa do assédio moral, que já foi dito aqui, não é Regina? A gente começa uma perseguição, que não deixa a gente seguir. Mas eu acho que querem melhorar a atenção básica primária no Estado do Rio de Janeiro. Vamos partir para dentro, preparar esse povo. Porque os agentes de saúde, apesar de morar nas comunidades, eles também, não sei por que cargas d'água, também não fazem essa via, essa via de acesso. Às vezes para não enfrentar, para não ir para o enfrentamento. E também o enfrentamento hoje em dia é uma coisa difícil. Porque você vai para enfrentamento, você é demitido, você vai embora para casa. E emprego tá difícil. É isso.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Mariza.

DANIEL SORANZ - Eu acho que o que Mariza comentou é super importante. Primeiro, é legal a gente marcar bem: existia uma dicotomia, que ainda existe, entre eu sou da saúde da família e a saúde coletiva, saúde pública. Que é um campo onde se dá muitas vezes assim: "eu só faço promoção e prevenção e eu não faço atividades assistenciais". Isso acontecia para enfermagem, ao ponto de 80% das enfermeiras da atenção primária do Município do Rio de Janeiro não terem nenhum procedimento registrado com paciente; nem coletivo, nem individual até 2009, quando entrou o protocolo de enfermagem da atenção primária. E tudo isso gera muito conflito. Você falar: "olha, aqui eu faço promoção e prevenção", mas chega uma criança com febre com a mãe no meu serviço e "eu não posso te atender agora porque eu estou..." Então, conciliar isso é algo que não é fácil em nenhum sistema de saúde e o ideal é que a gente tenha equipes multifuncionais, que façam tudo e tenham uma vinculação com um número menor de pessoas. Uma coisa que a gente não conseguiu fazer. Hoje, uma equipe

114. Victor Vincent Valla (1937 - 2009) foi um professor e pesquisador norte-americano, naturalizado brasileiro, tendo exercido suas atividades principalmente na ENSP-FIOCRUZ. Dedicou-se sobretudo à educação popular em saúde.

de saúde da família aqui no Rio de Janeiro tem em média 2.000 moradores, 2.800 moradores por equipe, o que é muito mais que em qualquer outro país. Então, é uma dicotomia que está no dia a dia do processo. Outros problemas que aconteceram, que acontecem: a vinculação, - respondendo aí um pouco a pergunta da Mariza e complementando - foi muito fácil a vinculação das pessoas. Que no Alemão, por exemplo, a gente tinha poucas equipes da saúde da família. Acho que tinha seis equipes e algumas unidades com uma equipe só ou duas e, de repente, a gente começou a ter 48 equipes. A gente tinha uma estrutura numa casa que tinha investimento e tudo, mas era alugada. Fomos para estruturas super adequadas e copiando aí os centros de atenção primária europeus, espanhóis, portugueses. Então, é óbvio que a população ia ficar muito satisfeita. Não foi tão simples, porque a gente tinha - por exemplo, na Rua Barreiros, lá no Alemão, eu estou usando o exemplo do Alemão, mas poderia..., isso aconteceu na cidade toda, tá? - unidades de saúde 24 horas, que faziam uma atividade sem longitudinalidade, sem vinculação pessoa-pessoa, sem uma equipe multiprofissional, centrada no médico e que era defendida pela população, que ela se mantivesse, porque era aquilo que existia, não existia outra coisa. Demorou até a população entender que aquilo não era o serviço que ela queria mais. Tanto que a maioria dessas unidades desse tipo 24 horas, ou de posto de atendimento médico, sumiram espontaneamente. Então, gradativamente, elas viraram outros tipos de unidade, viraram unidades de Saúde da Família. Então, não foi algo trivial, fácil, mas aconteceu naturalmente porque a carência de assistência e a dificuldade de acesso... e o atributo acesso é muito importante.... Quando você abre o acesso, as pessoas ficam de fato mais satisfeitas.

Outro ponto importante que a Mariza toca, que eu acho que vale a pena a gente falar, é

a questão da coordenação do cuidado. Você não consegue fazer a coordenação do cuidado sem vínculo e para ter vínculo você precisa de acompanhamento ao longo do tempo com aquelas pessoas. O Saúde da Família era muito jovem e ainda é muito jovem no Rio hoje. Então, isso gradativamente gerou muitos conflitos. Por exemplo, a coordenação do cuidado do hospital de Bonsucesso; colocar que as vagas do hospital de Bonsucesso deveriam ser reguladas por um sistema de regulação de maneira equânime, sem relação pessoa dependente ou sem contatos que não fossem contatos institucionais; e que pudessem ser monitorados e, de fato, essas vagas serem distribuídas para quem precisa mais ou numa ordem de prioridade clínica não foi nada simples. A implementação desses atributos no dia a dia do sistema foi extremamente complexa, mas muito bem aceita pela população. Por que foi muito bem aceito pela população? Porque tinha uma mediação muito forte das associações de moradores, dos conselhos de saúde, dos conselhos locais em cada unidade. Isso facilitou demais e, obviamente, uma das coisas que facilitou muito foi a adesão dos funcionários, a adesão do corpo de profissionais. A gente fazia pesquisa com os profissionais, que a gente chamava de pesquisa de opinião. A gente calculava o NPS, o *net promoter score*¹¹⁵ dessas equipes. Era incrível! A gente chegou a ir em algumas unidades e o *net promoter score* era melhor que o Peixe Urbano¹¹⁶; melhor do que várias empresas privadas que investem muito. Porque as pessoas acreditavam naquilo; acreditavam no que estavam fazendo, acreditavam que aquele serviço trazia benefício para aquela população.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada Daniel. A próxima pergunta vai ser direcionada para o Carlos Vasconcellos e a gente vai pedir que o Ricardo Mattos comente. Quais contribuições o Município de Angra dos Reis ofereceu à

115. O Net Promoter Score (NPS) é um modelo de medição da fidelidade dos clientes, criado por Fred Reichheld, em 2003.

116. O Peixe Urbano é uma empresa de comércio eletrônico local. Fundada no Rio de Janeiro, em 2010, hoje está presente em todo o país.

região na estruturação da APS? E o que você considera inovador nessa experiência?

CARLOS VASCONCELLOS - Bom, na época era inovador. Acho que hoje não é mais, que é basicamente a questão do caderno de serviços. O Daniel abordou bastante a visão que se tinha, classicamente, da unidade básica de saúde, como aquele lugar em que você na verdade não tinha doentes. Ana Ramalho falou isso também. Eu atendo pessoas saudáveis, né? E desde o início, a lógica das unidades básicas de saúde em Angra dos Reis, antes mesmo da saúde da família, foi a de que a unidade que estava situada em lugares muitas vezes distantes, com poucos serviços especializados, tinha que oferecer serviços com qualidade, com condições de resolver maior parte das demandas da população. Isso envolve a questão da vigilância; de você ter o perfil epidemiológico para dar conta disso. Tanto das doenças infecto parasitárias, tanto mesmo das doenças não transmissíveis. Também a questão dos clássicos programas saúde da criança, saúde da mulher, de você efetivamente ter uma ação mais integral. De você conseguir ofertar no caso, por exemplo, da Saúde da Mulher, ter pré-natal, tem que ter prevenção do câncer, de trabalhar o climatério, trabalhar o conjunto das ações nível local, seja com equipes que não eram saúde da família e depois com equipe de saúde da família, a questão da saúde mental. Eu acho que isso gerou uma noção nos próprios trabalhadores e na população, de que a unidade de saúde necessitava oferecer mais serviços do que aquela coisa de uma porta onde tem um médico para pegar uma receita.

Eu também queria relatar - até porque Ricardo Mattos vai comentar -, que em Nova Iguaçu, onde eu também atuei, a gente enquanto gestão tentou encaminhar isso, e o que a gente observou muitas vezes

eram dificuldades até mesmo de cultura institucional para que isso ocorresse. Falo no sentido de não haver tranquilidade, do ponto de vista dos profissionais, para executar ações que classicamente não fossem identificadas... "Ah, não, mas eu não preciso ter injetável; eu não necessito ter equipamentos de suporte de emergência, se chegar um paciente aqui" ... Enfim, eu acho que são questões que hoje elas já são encaradas como naturais, mas que se a gente for ver, na formação da atenção primária, elas não eram tão naturais assim.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada Carlos. Ricardo Mattos, por favor.

RICARDO MATTOS - Perfeito, Carlos. Eu diria, logo de cara, que uma das boas contribuições é o próprio Carlos Vasconcellos. Ele é uma boa contribuição que veio de Angra para Nova Iguaçu e depois retorna. Sueli Pinto¹¹⁷ e vários outros. O que eu vou comentar, vai ser bastante pontual. A primeira contribuição, a própria mudança de lógica, até pelas falas anteriores e do Carlos, ela não me parece que se deu de forma tão tranquila por parte dos próprios profissionais, tendo em vista que a gente não tinha formação de quadros. E aí é necessário pensar, acredito eu que em Angra; mas pensar em Nova Iguaçu e municípios mais distantes da capital onde isso certamente é um desafio a mais. Porque essa formação de quadros profissionais para atuação na atenção primária, na Estratégia de Saúde da Família, ela foi se dar de modo bastante tardio. A própria implantação do que a gente hoje em dia compreende por Saúde da Família, ela vai se dando de modo bastante tardio na medida que a gente se afasta da capital. E a formação de um quadro profissional talvez tenha ocorrido de modo ainda mais atrasado. Então, essa mudança de lógica que o Carlos traz me

117. Sueli das Graças Alves Pinto é médica e mestre em saúde coletiva pelo IMS/UERJ. Foi Secretária de Saúde do Município de Volta Redonda e Secretária da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Região Sudeste - do CONASEMS. Presidiu o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba.

parece ter um pouco de dificuldade; guarda um pouco de dificuldade nesse sentido e na própria população. Recebo às vezes até com surpresa a população... Ela comemorou a vinda da Saúde da Família. Porque a gente está falando de comunidades que estavam ali habituadas com o modelo tradicional até com o médico nas especialidades básicas. Ela foi cuidada durante muito tempo por um pediatra atendendo a pediatria; o ginecologista obstetra atendendo obstetrícia e ginecologia; o enfermeiro com seu papel obviamente histórico, mas muito no componente de visita, né? E, de repente, vem ali uma mudança. Eu diria uma mudança até abrupta, embora ela vá se construindo no processo. Mas, ela é abrupta em termos de implantação das equipes de saúde da família. E a gente esqueceu do pequeno detalhe de combinar com as pessoas que a gente estava mudando o modelo, não é? Então, de repente, eu começo a retirar essas categorias profissionais, que estavam ali muito bem estabelecidas e trazer uma outra figura para atuar ali na base comunitária.

Obviamente eu não estou discutindo aqui ou questionando a importância disso e obviamente mostrando o próprio processo de implantação, como bem trouxe o Daniel. Acho que vou comentar isso num outro momento, mas o Município do Rio de Janeiro coloca a atenção primária num determinado momento na janela do Brasil. Vamos olhar para esse negócio aqui, vamos olhar para a saúde da família, que parece que isso aqui é importante e mudando inclusive um pouco a opinião geral. Então eu queria muito comentar essas duas medidas. Primeiro, a mudança nessa lógica que não me parece fácil, num primeiro momento pela população; e a outra, a necessidade de formação de quadros. No caso da experiência de Nova Iguaçu, que eu acredito que Nova Iguaçu seja um dos representantes, um dos casos que é representativo de diversos outros municípios desse estado, a gente está falando de uma rede bastante diminuta. A gente está falando de uma malha que é herdada, principalmente de atenção básica, como o

Vasconcellos já trouxe. E a gente também está falando de uma atenção secundária - e do próprio hospital -, que é reduzida. A gente está falando de um hospital ali que é um hospital.... Talvez, com Duque de Caxias, são dois para toda a Baixada Fluminense, para onze municípios. Então, pensar numa atenção primária potente, sem também dialogar com o resto do sistema, com os demais pontos de atenção do sistema, me parece um tanto difícil. Acho que são esses os aspectos que eu queria complementar, mas muito mais para a gente poder fazer uma reflexão.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Muito Obrigado. Ricardo Mattos, eu vou te dar a chance de desenvolver exatamente essa ideia que você acabou de expressar, que é o diálogo com os demais pontos do sistema, a expressão é sua. Nós gostaríamos que você falasse um pouco da sua Gestão à frente da APS em Nova Iguaçu; sobre qual era a relação que você mantinha com a capital e com o estado; sobre onde se estabeleciam as redes de colaboração e eu não sei se colaboração, inclusive, é uma boa palavra. Eu deixo para você conduzir. O comentário é da Maria José Evangelista.

RICARDO MATTOS - Eu estive em Nova Iguaçu em dois momentos. Um foi de 2005, se não estiver falhando a memória, de 2005 a 2008/2009. Eu saio de Nova Iguaçu e depois vou fazer meu mestrado, doutorado e depois retorno, se não me engano, no doutorado em parte do doutorado como subsecretário. Então, vou falar um pouco mais da atualidade. Até porque os problemas, eles são bastante parecidos. Nova Iguaçu, assim como os outros municípios da Baixada, é um terreno bastante fértil de uma série de experiências que foram desenvolvidas no passado. E que acho que se tornaram muito potentes ao longo do tempo. A gente tem -, como já tive oportunidade de comentar aqui -, experiências muito vividas de memória produzida por lá, do Projeto Cáritas e dos equipamentos de saúde de um modo geral; principalmente dessa relação da população enquanto participação e

controle dos processos ali vinculados. No entanto, a gente teve bastante resistência, já comentando, dialogando com o ponto anterior. A gente teve bastante resistência em 2012, por exemplo, bastante dificuldade no processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Eu diria por dois grandes motivos. Um deles é que, quando eu chego, eu já herdo uma situação. O grupo de agentes comunitários do município, são todos, a partir de 2010 - eu não sei bem ... - efetivados através do concurso. Isso acho que tem um ganho, mas, ao mesmo tempo, isso tem uma questão, uma situação bastante delicada para o município. Em parte, isso foi por um processo de pressão judicial do Ministério Público e essas pessoas, obviamente, foram perdendo a sua liderança nos determinados locais. Então, o papel desse agente comunitário começa a se modificar. Ainda tinha o hospital como sendo um grande desafio para a gente poder escoar e, ao mesmo tempo, consumindo, como já foi dito aqui, grande parte dos recursos da saúde municipal. Isso tendo em vista que é um hospital municipal, mas que atende basicamente toda a Baixada. Então a partir desses dois grandes desafios, a gente começa a fazer uma modelagem de expansão que ela é bastante tímida e depois consegue avançar um pouco mais nos anos subsequentes, principalmente dialogando e acho que a palavra seria essa mesma, acho que em colaboração com municípios vizinhos. Obviamente que isso não é uma relação dada. Isso não é presenteado, mas essa relação vai na base da construção e, já em 2012, vai muito tentando dialogar com as experiências do Rio, em certa medida com apoio do estado. E sobre o estado que vou fazer um comentário a parte. No Rio, eu me lembro inclusive de ter sido recepcionado pelo Daniel - não vou lembrar obviamente, não sei se foi 2012, mas próximo disso - tentando reconhecer um pouco de que modelo era esse que a gente estava falando. Chegava lá na Baixada com uma grande reforma da atenção primária. Mas, que reforma é essa? Quais são os preceitos? O que se quer atingir com isso? Lembro de ficar muito surpreso, principalmente pela estrutura. Nova Iguaçu,

como alguém comentou aqui, trabalhava muito ainda no modelo do aluguel de casa até 2012, por uma dificuldade inclusive de implantação de unidades de maior porte, por falta de verba e também por falta de espaço. Isso, por si só, em termos de estrutura, limitava a atenção primária e a saúde da família de seguir. Então, a gente vai muito olhar para a estrutura e a velocidade com que essa estrutura vem sendo implantada e olhar um pouco para a modelagem.

Em relação ao estado, isso se dava numa certa medida em 2012. É bom a gente lembrar um pouco qual era a lógica que vinha sendo implantada; uma tentativa de lógica que vinha sendo colocada pelo estado. E o estado tinha uma visão, já em 2012, muito imediatista, emergencista. Era uma lógica inclusive de implantação - isso eu não estou falando do setor de atenção primária -, numa lógica muito de implantação de unidades de pronto atendimento. Nosso diálogo era muito bom, com o apoio da atenção primária que nos dava um estado, enfim, que sempre teve uma equipe bastante interessante. Infelizmente não estou lembrando dos nomes agora, mas do estado como um todo a gente tinha essas duas grandes dificuldades. A lógica que era emergência, emergencista, imediatista... E a outra que era a própria lógica de desfinanciamento. O estado foi reduzindo sua capacidade de financiar os municípios ao longo dos anos e, em 2012, isso já era praticamente inexistente. Eu acho que são os dois grandes pontos aí.

MARIA JOSÉ EVANGELISTA - Ricardo Mattos, ser gestor municipal é um ato de coragem nos últimos tempos, né? E assim, falando em colaboração, a gente no SUS tem que ter essa solidariedade, essa colaboração. E, na verdade, eu não sei se vocês usam essa expressão aqui, mas no Nordeste a gente diz muito: "farinha pouca meu pirão primeiro". A região que tem que ser colaborativa; que tem que ter solidariedade, porque o município sem ser a capital ou o grande centro ele tem insuficiência; tem que ser feito realmente na região e isso só se dá por meio da implantação

da rede de atenção. E rede de atenção cada um entende de um jeito na cabeça, né? Então, essa colaboração ainda hoje, acho que é uma coisa que a gente tem que aprender, porque não tem. Atenção primária nunca vai dar conta, vamos dizer que ela... Nós, chegarmos no ideal, não resolve tudo e na atenção ambulatorial especializada existe um vazio cognitivo, e o modelo absolutamente inadequado da especializada. Porque a atenção primária, como ela está organizada, ela não estratifica risco, ela atende todo mundo e é especializada também. Aí você gasta tempo e recurso e o usuário fica se batendo, não tem seu problema resolvido. Então, acho que a gente ainda tem que caminhar muito

No que se refere ao financiamento, que você coloca, a gente observa a lei de 90 com a criação do SUS, até os dias atuais, todos os governos, todos, independentemente de que partido for, foi desfinanciando. É só olhar aquele gráfico do financiamento. Governo após governo, cada vez mais vai desfinanciando. O município já está aqui (a depoente sinaliza um limite acima de sua testa), porque é quem mais gasta. Os estados também gastam, porque a média alta fica, no geral, a cargo dos estados. O ministério, por mil e uma razões, o governo federal vai sempre desfinanciando. Então você tem razão, há um desfinanciamento mesmo; há falta dessa solidariedade e, nesse momento de crise, eu acho que se a gente não batalhar para mudar esse modelo que a gente está trabalhando de forma hegemônica ainda, nós não vamos resolver o problema da nossa população. Nós temos que dar uma guinada nessa forma, nesse modelo que a gente está atendendo.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada Maria José. A próxima pergunta vai ser direcionada para Valéria Romano e a gente pede que a Ana Castro comente. Como se deu a relação dos integrantes do Programa Médico de Família em Niterói com o Ministério da Saúde, no contexto de formulação do Programa Saúde da Família?

VALÉRIA ROMANO - Bom, eu posso falar enquanto trabalhadora, enquanto médica de família. Eu não fui da gestão, então meu olhar vai passar por aí sempre. Em Niterói tinha uma grande tensão, eu acho, com o Programa Saúde da Família do ministério. Niterói se valorizava. “Nós somos o modelo; nós somos o melhor; nós somos maravilhosos; nós somos perfeitos, nós somos..., e aquilo lá que o Ministério da Saúde está fazendo é uma coisa qualquer, uma coisa menor, porque nós somos os pioneiros do Brasil”. Nem eram, mas se anunciavam assim e toda sexta-feira à tarde tinha uma reunião com todos os médicos do Município de Niterói, que pertenciam ao programa médico de família. E era uma reunião de doutrinação mesmo, era para chegar lá e ficar falando o tempo todo. Tinha também momentos de estudos clínicos, de casos clínicos; alguma coisa técnica, mas principalmente era um trabalho ideológico. E, aqueles médicos que tinham uma visão mais crítica - eu era uma delas e tinha um pessoal comigo -, a gente ficava meio que tencionando as situações e tentando entender. Por que aquela soberba toda? Por que aquelas questões todas? Enfim, chegou-se num momento em que a conclusão foi: “olha, está bem”. O Ministério da Saúde começou a dizer assim: “Está bem, olha aqui... Vocês, então, serão denominados um modelo similar”. Aí esse nomezinho ficou, deu uma apaziguada. “Sabe, nós somos o modelo similar”. Ok, né? Porque a meta, a grande questão era, desculpa gente a crítica... A grande questão era essa: “Poxa, vocês só trabalham com médico e um técnico de enfermagem? Poxa, não tem enfermeiro? Não tem agente comunitário de saúde? Como é que vocês vão trabalhar isso?” E a gente ali em Niterói, a gente se sentia... Era tranquilo. Porque o técnico de enfermagem era morador, a gente tinha setecentas pessoas, a gente tinha realmente condições de fazer um trabalho... É diferente de hoje no Rio. Quer dizer, quando o Soranz fala que “as equipes do Rio hoje estão com 2.000, 3.000 pessoas”; agora com esse desmonte na atenção primária no Rio de Janeiro, que está acontecendo na nossa unidade de

Cocotá¹¹⁸, por exemplo; onde a gente tem a nossa residência em medicina de família e comunidade da UFRJ, nós estamos com 5.600 pessoas. O que que está acontecendo? Os médicos, os residentes, os preceptores estão atendendo, só os médicos estão atendendo 40 pessoas por turno... Fora o enfermeiro, fora aquele que vem para ver curativo; que vem para vacinação e que chega a 50 por turno. Então, meus queridos, o que é que está acontecendo agora? É uma outra história, estamos iniciando uma outra história que é preciso a gente denunciar.

Mas, enfim, voltando lá a questão. Eu acho que uma grande tensão aconteceu, acontecia, naquela época para denominar o que era cada um e não sei, eu acho que até hoje isso não se resolveu. O que hoje a gente vê, quando a gente ouve falar do programa de Niterói; que ainda é vigente, é que ele tem alguns momentos; ele colocou, tentou colocar os agentes comunitários de saúde, aí ficou... Em outros lugares não... Aí ficou meio assim e tal. Porque sei que o programa tem perdido bons profissionais: que têm ido para nossa residência - sinto muito -, virar preceptores com a gente. Pessoas maravilhosas.... Mas, é porque está se desvalorizando, está se criando um certo descrédito. Então, mais ou menos foi assim que isso aconteceu.

GABRIELE CARVALHO - Dra. Castro.

ANA CASTRO - É novamente muita coisa para comentar, e muito pela riqueza que cada depoimento tem e as suas contribuições para a escrita da APS.

Eu entendo não só como uma questão da atenção, tanto a fala da Valéria quanto o Daniel, contribuem com essas reflexões. Eu não concordo muito que é uma dicotomia. A saúde Coletiva e a saúde da família, com a incorporação da demanda de mais clínica...

Percebo como desafios mesmo. Aqui no Rio, talvez, o instrumental da vigilância tenha ficado menos evidente no processo de expansão rápida, na abordagem do território diante da necessidade de implantar tantas equipes simultaneamente, e talvez, a incorporação da clínica, dos princípios da clínica ampliada ainda não tenha conseguido trabalhar com todo potencial que ela pode render, e aí eu percebo outro fator. Quando você traz essa questão de 40 atendimentos – eu tinha anotado para falar em algum momento – é um desafio enorme, agregado ainda a mudança do perfil. Porque, se a gente olhar lá para trás, tem mudança mesmo, da incorporação da clínica, e não só das doenças... Também da abordagem que era tradicional nos postos de saúde, e a complexidade do nosso perfil epidemiológico, ela vai entrando. Ela vai batendo na porta dos serviços de saúde, e é um desafio enorme que se consolida. A questão da violência, com a violência interpessoal, como evento que vai entrar para o atendimento no sistema de saúde, não só nas emergências, mas também no cotidiano da assistência, constitui um desafio para o atendimento e vamos precisar de ferramentas para dar conta disso. Estou indo um pouco além da questão inicial, da abordagem com relação ao ministério, mas isso está um pouco nessa disputa de modelo. A Estratégia Saúde da Família com o modelo mais de base comunitária. Uma necessidade do enfrentamento do atendimento clínico, mas que talvez não seja só com a centralidade da medicina de família e comunidade. Mas, foi importante a medicina de família e comunidade na frente desse modelo, porque ela vai acenar ou orientar uma mudança na formação do médico também. Provavelmente estamos no meio desse caldo. E, junto a tudo isso, essa complexidade do Saúde da Família numa cidade de 6 milhões de habitantes e que foi para uma cobertura de 70%...É o momento que começamos a ser questionados, eu acho, sobre a eficiência desse modelo. Se conseguimos impactos importantes na mortalidade infantil, percebemos dificuldades para manter e ampliar o ritmo de melhora

118. Cocotá é um bairro da Ilha do Governador, a maior ilha da Baía da Guanabara e que integra o Município do Rio de Janeiro.

deste indicador. E não conseguimos o mesmo impacto na mortalidade materna. Então, o modelo vai receber mais questionamentos mesmo. E, aí, é cruel. Porque mesmo com uma base de financiamento insuficiente, desde sempre; para esse modelo se expandir, não só atenção primária – o SUS como um todo. As cobranças e os questionamentos por não alcançar os indicadores de que, de verdade, a gente melhora a saúde das pessoas. Não há dúvida disso...A cobrança pela eficiência, pela qualidade da expansão, ela é maior do que, por exemplo, do que as cobranças por uma base de financiamento decente – não consigo pensar em outra palavra para usar. Porque depois do piso de atenção básica, de verdade, não vamos ver outro aporte de recursos específicos para a APS que amplie o patamar de investimento.

Então, essa relação dos municípios como Niterói, municípios protagonistas no fortalecimento da APS, contribuiu para a articulação entre as equipes das diversas instâncias.

Lembrando, o PROESF (Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família)¹¹⁹, que foi uma linha de financiamento específico para a APS.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Muito obrigado. A próxima pergunta é dirigida a Edneia Martuchelli com comentário de Vera Pacheco. Edneia, quais contribuições o Município de Teresópolis ofereceu à região serrana e ao Estado do Rio de Janeiro no processo de estruturação da APS?

EDNEIA MARTUCHELLI - Acho que primeiro foi dar um empoderamento aos municípios do interior. Do interior, que foi como o ministério caracterizou. Eu estou falando com a exceção das regiões Metropolitana e Litorânea, de todo o restante do Rio de Janeiro à época da escolha e

participação no polo de educação permanente, de formação, educação permanente e capacitação para os profissionais de saúde da família. Eu acho que esse foi um grande ponto para as regiões do interior do estado. E essa questão, também, desse processo de participação; essa estruturação de saúde da família de 92, 94, 99... O município, ele avança na sua cobertura e, mais do que isso, ele avança na relação com a Região Serrana. Eu acho que a gente se constituiu um pouco, enquanto região, na discussão da formação profissional em saúde; que tem a ver, óbvio, com a questão da gestão municipal de forma direta. Então, muito dessas pessoas que passam pelo processo de formação do Pólo de Capacitação.... Que mais do que ser um pólo regional, era um pólo estadual, que integrava, como eu já falei, universidades e serviços de saúde. Acho que foi um momento importante, não pelo financiamento, mas pelo encontro que isso proporcionou. E, aí, eu acho que assim a gente também tem uma outra questão, que derivou na região, que foi um pouco - Daniel falava agora, "fala do polo, fala do polo!!!"... Que derivou de um processo de discussão da formação profissional para o Estado do Rio de Janeiro. E eu acho que teve um protagonismo em Teresópolis; de fazer uma mudança curricular; que é um desafio - tal qual Ricardo Mattos implantar o mestrado profissional numa instituição privada - é fazer uma mudança curricular no curso de medicina numa instituição privada. Eu acho que isso foi o que a atenção primária provocou na região serrana especificamente.

Então a gente passa a pensar sobre que profissional é esse, mais do que o modelo de atenção. Por último, assim, um brutal prazer pessoal e do grupo que trabalhou nisso - e não por acaso tá sentado na mesa com a Vera, com Daniel aqui, com vários outros atores que participaram - o Carlos Eduardo, que teve oportunidade de dividir com a gente, não por ser vizinho, em Nova Friburgo¹²⁰, né Cadu? Mas por ser, basicamente, um ator estratégico

119. O PROESF, Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, iniciado com apoio do Banco Mundial, visa a implantação da estratégia nos municípios de mais de 100.000 habitantes e o seu fortalecimento no demais municípios.

120. Nova Friburgo, ou simplesmente Friburgo, é um município da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro com população estimada de 190.000 habitantes.

e importante para esses demais municípios. Eu acho que Ana traz a questão da formação profissional... Eu acho que isso talvez seja ainda um caldo que a gente não alcançou. A gente tocou, fez mudanças curriculares, que vão e voltam, derivam de como a saúde da família também está... A gente não pode esquecer que ela é um mercado de trabalho, que ela está posta enquanto mercado e é óbvio que na medicina a gente tem ou não atração por esse mercado na medida em que ele paga mais ou menos, sendo bem objetiva. Mas, eu acho que o ganho foi formar para o SUS. Quando a gente coloca que capacitamos na região 6.048 pessoas, esse número não é cabalístico, é um número real e isso nos vários níveis de formação; desde o curso introdutório até a especialização, passando por uma discussão com o Hésio (Hésio Cordeiro) sobre como se faria no *stricto sensu* essa formação. Eu acho que esse foi o papel de Teresópolis. A gente pode ter andado dez mil anos atrás, mas aquela contribuição ficou marcada nesse lugar, para aquele município, que é um município de 200 mil habitantes, sem muita repercussão política, é um município turístico. Eu brinco que na minha primeira apresentação no Ministério da Saúde da proposta de formação para a Estratégia Saúde da Família, o Francisco Campos¹²¹ me perguntou: “Teresópolis fica aonde, hein?” “Fica na Seleção Brasileira”¹²². Não tinha outra resposta, né? E ele falou: “Ah é aquele negócio lá?” “Isso é aquele negócio lá!”. Para vocês terem ideia de como a gente conseguiu trabalhar isso. E eu acho que tem uma formação hoje na cidade de gestores para região. Também é outro impacto. Difícil ser gestor em nível municipal, hoje eu não tenho coragem, sendo muito sincera, falando para o Daniel, para o Ricardo Mattos e para o Carlos. Eu não tenho coragem para isso, coragem física; coragem de

encarar essa questão por conta das demandas de judicialização e etc. Mas, prioritariamente, eu acho que a gente deixou um pouquinho da contribuição de um município bastante pequeno no processo de se rediscutir a atenção primária com foco na formação profissional e saúde. Acho que, em síntese, é isso.

VERA PACHECO - Eu concordo totalmente com a Edneia. Aliás, na verdade eu fui trabalhar em Teresópolis, na instituição de ensino, graças ao protagonismo que o Município de Teresópolis teve nessa capacitação e formação dos profissionais. E foi como conheci o grupo aqui no Pólo de Capacitação da UERJ¹²³. As reuniões ocorriam aqui e acho que isso se deu de uma forma diferenciada, pela especificidade de como isso se iniciou naquele momento. Tanto a academia local que era a UNIFESO (Centro Universitário Serra dos Órgãos), como a gestão municipal, eram os mesmos atores com interesses comuns. Isso é muito raro de acontecer. Infelizmente, eu quero dizer que só aconteceu naquele momento, infelizmente. Isso fez um diferencial muito grande. Tanto no pioneirismo da instituição e do local para reforma curricular - e aí a minha vivência maior se deu exatamente nessa, na observação dessa reforma curricular - e a potência que isso de fato trazia na mudança, na formação do profissional médico. Nesse caso se trabalhava só com a medicina, não trabalhava nas outras coordenações. Era mais com a medicina. Então, no quarto período, no primeiro período, segundo período, terceiro período e quarto período de medicina os alunos já ingressavam nas equipes de saúde da família. E esse olhar, dos alunos, em grande parte deles brilhava.

A minha preocupação foi se dando...Na

121. Francisco Eduardo de Campos é médico, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1985) e aposentou-se como professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi consultor na OPAS e representante brasileiro na OMS. Foi Secretário da Educação da Gestão e do Trabalho na Saúde do Ministério da Saúde (2005 – 2011) e Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS (2011-2017).

122. Em Teresópolis (RJ) está localizado o centro de treinamento das seleções brasileiras de futebol.

123. Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, ou simplesmente Pólos de Capacitação, foram criados a partir de meados da década de 1990 como espaços de articulação das instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde e os serviços de saúde, visando implementar programas destinados aos trabalhadores na saúde da família. O Núcleo UERJ foi criado em agosto de 1998.

medida em que depois eu fui coordenadora do internato no nono período; passou um período, uma vivência aí e observando esse brilho. As descobertas, de como era rico o aluno no terceiro período descobrir que as casas das pessoas... Já que lá é uma instituição privada, paga regamente... Daniel sabe... Então, é claro que o tipo de aluno que lá chega para estudar medicina é um aluno que não conhece praticamente nada da realidade de vida das pessoas que moram nas comunidades; lá onde estão implantadas as equipes de saúde da família... E as descobertas são as coisas mais ricas. A gente fechava cada semestre com uma, tipo uma assembleia, onde eles traziam a vivência e as descobertas que eles tinham feito durante o período que eles estavam lá. A gente acompanhava isso, e era muito rico.

O que aconteceu é que a gente começou, eu comecei a perceber e não só eu, com outras colegas lá, que quando chegava no nono período, momento do internato, esse estudante, antes tão assim, brilhoso; tão assim feliz com as descobertas; começou a ser capturado por uma, eu não sei exatamente, ideia de ganhar dinheiro. Tinha sim uma coisa... Ele precisava ingressar numa especialidade, que desse recurso, afinal de contas eles vinham de uma família; a maior parte de famílias de municípios afastados. Na verdade, eu fazia sempre esse levantamento. Dos oitenta alunos que entravam, a cada semestre tinha três, um, dois, no máximo tinha três de Teresópolis. O resto todo era de outros municípios longínquos mesmo. De Rondônia, um monte de lugar assim. Então, eu acho que quando chegava no nono período, eu sentia que poucos daqueles que tinham brilhado, que eu tinha visto aquele brilho nos olhos, o mantinham. E aí começava uma preocupação de como eles iriam se especializar. Então era isso. Mas eu acho que o município permitiu, de fato, uma grande contribuição que continua até hoje. Os internos de lá fazem estágio lá na Ilha do Governador,

nas clínicas de família e, enfim, a capacitação. Os alunos que saem continuam com brilho nos olhos; vão se empregar em clínicas de família. Então, eu acho que foi muito grande a contribuição do Município de Teresópolis.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Vera. A próxima pergunta é para Maria José Evangelista e a gente vai pedir que o Antônio Ivo comente. Quais foram os principais desafios enfrentados para a construção da política nacional de atenção básica? Qual o papel das lideranças do Estado do Rio de Janeiro, para construção da primeira PNAB (Política Nacional de Atenção Básica)¹²⁴ em 2006?

MARIA JOSÉ EVANGELISTA - Veja, os desafios para formular uma política, eles são imensos, mas eu vou me ater por conta do tempo em dois. O primeiro é formular uma política que atenda as especificidades de um país como o nosso que tem 5.570 municípios, onde o menor tem 786 habitantes, que é o município de Minas Gerais chamado Serra da Saudade, e o maior que é São Paulo, com 14,71 milhões de habitantes. Nós temos 70% dos municípios com menos de 20 mil habitantes e grandes cidades e outras capitais. Então, como é que você escreve algo... Uma política que vai atender a essa, a essas especificidades. Aquilo que eu escrevo para a Serra da Saudade, menor município brasileiro não se adéqua para São Paulo e vice-versa; e não se adéqua para esse tamanho das populações que a gente tem. Então, esse é um desafio imenso. Como é que eu faço para poder não engessar; para poder garantir que de fato os gestores tenham como implementar essa política. Eu, particularmente, acho que o maior desafio de uma política não é escrever, apesar de ser desafiante. O desafio é tirar do papel e fazer acontecer.

Eu participei de todas, da formulação de todas.

124. A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída em 2006, estabelecendo a revisão e consolidação de diretrizes e normas quanto à organização da Atenção Básica, com ênfase nos programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 2006, eu participei como secretária, que eu era do meu estado, que eu era responsável pela atenção primária e participei lá conforme todo mundo aqui sabe. Em 2011... A última, de 2017, eu participei como CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Então esse exercício, ele é muito complicado e exige muita paciência, porque cada um olha para o seu. Então, o município pequeno que tá ali naquela mesa ele olha para o seu; para ele parece que o Brasil todo é aquele município. Ah!! Mas tinha que ser assim! Eu lembro que tinha uma secretária municipal que dizia assim: "não pode colocar 40 horas porque no meu estado ninguém dá 40 horas". Aí outro dizia assim - eu mesma defendia -: "Não, se não tiver 40 horas, não vamos ter nunca uma atenção primária que seja decente". Eu estou só exemplificando como é complicado fazer isso.

O segundo, que eu também acho relevante, é interessante como a gente também é contraditório: ao mesmo tempo que a gente não aceita pacote, ninguém aceita pacote: eu recebo isso aqui; que tem que fazer isso aqui. Nas discussões também rola isso: "Ah, mas nós vamos escrever aqui?" "Isso aqui está muito autoritário; aqui está dizendo eu estou escrevendo para o outro fazer". Mas, ao mesmo tempo, isso era no discurso. Mas, na prática todo mundo quer a receita. Na hora que a gente vai escrever para flexibilizar, no sentido de que São Paulo possa fazer, Borá¹²⁵ possa fazer, Itaboraí¹²⁶ possa fazer, aí as pessoas se amparam no ministério. Quer receber escrito uma forma que diga assim: "eu tenho que fazer porque o ministério está mandando". "O ministério diz; está lá na portaria número tal que tem que ser assim e assado". Então, também é uma dificuldade imensa.

Eu já trabalhei nas três esferas e eu lembro muito bem, quando inclusive eu estava aqui no Rio. Vamos fazer o processo seletivo, aqui em São Gonçalo ... E eu não estou criticando, eu acho que naquele momento era isso mesmo.

Então, a secretária, ela teve a ousadia de implantar 100% no município inteiro, que tinha, não sei hoje, mas tinha um milhão de habitantes na época. E aí, vamos fazer a seleção. Num ambiente igual ao Rio que vocês conhecem. "Olha o ministério que vai tomar conta desse processo seletivo". Porque não se pode indicar ninguém; nunca se pode indicar ninguém. Mas é muito mais fácil você colocar para aquele que está meio abstrato, não está aqui, né? E isso que eu estou dando como exemplo, se reflete em tudo.

Então, é outro desafio de se escrever uma política. E aí você pergunta: como é que foi a de 2006; como é que foi aqui o Rio de Janeiro; como é que acontece isso na prática? Os três que tem que discutir. Então, na parte dos municípios, o CONASEMS; tem o CONASS, que envolve os secretários estaduais de saúde. O CONASEMS faz congressos anuais. Tem o Conselho Nacional de Saúde, que reúne o país inteiro e tem congressos regionais nos estados, uma região e tal; e ali os municípios vão, secretários municipais e as equipes vão. E, quando tem uma política, tipo a PNAB, que tem muito a ver com os municípios, então aquilo é discutido nos cursos e pré-cursos que eles fazem nesses congressos. No caso do CONASS, que sou eu, a gente tem câmara técnica ... Eu não lembro se Carlos Eduardo foi lá na de 2006, eu acho que sim, que eu lembro da gente lá sentado. Então, o CONASS chama as câmaras técnicas que atendem à atenção primária e discute o que é que os estados acham que tem que entrar ali na política, o ministério também. Então, se discute tudo isso que eu falei e se faz um texto. E não quer dizer que isso que a gente escreveu é o que vai valer, porque quem vai mesmo validar aquilo são os secretários. Então, tem a Assembleia do CONASS, a assembleia do CONASEMS; o ministério lá também leva lá para os secretários e vai ver se está de acordo com aquele texto que ainda não está pronto e vai para a CIT (Comissão Intergestores Tripartite). Lá na CIT, então, é assim que se

125. Borá é o segundo menor município do Brasil em população. Está localizado no Estado de São Paulo, com aproximadamente 836 habitantes.

126. Itaboraí é um município fluminense, da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, com aproximadamente 240.000 habitantes.

constrói uma política; e nem sempre aquilo que eu acho é o que vai ser. E é assim para todo o segmento da sociedade.

ANTÔNIO IVO: Difícil esse momento. Eu acho que foi falado já, foram falados os desafios de fazer uma política ou outra. Dito de outra maneira, uma política é um processo de regulação. Como é que uma indução, um estado deve fazer; como é que eu encontro um equilíbrio entre os extremos. Isso depende de muitas coisas, muitas! Para começar a diversidade do país, que você já mencionou e que é um problema incontornável. Por outro lado, têm mil outras coisas; cada política, cada processo regulatório de indução, ele envolve um modelo de financiamento e esse modelo de financiamento pode ou aprofundar desigualdades ou compensar, nunca será neutro. Eu me lembro quando saiu talvez a primeira tentativa de uma intervenção maior, nacional, na atenção primária.... Na atenção básica foi o PAB, não sei se vocês lembram, o estabelecimento de um Piso de Atenção Básica, que gerou, não sei se vocês estavam aí, já participando dos fóruns, uma polêmica brutal, porque ele tinha, era uma política que tinha qualidades e defeitos graves. Quando ele estabelecia um piso como mínimo, ele avançava brutalmente em relação aos modelos anteriores, que simplesmente financiavam mediante a aferição da capacidade instalada, o que perpetuava desigualdades. Se eu pago mais para quem tem mais capacidade instalada, quem não tem capacidade instalada vai ficar eternamente deficitário sempre. Por outro lado, ao fazer isso também, ao estabelecer esse piso, ele dificulta uma política de investimento, de sair daquela situação.

Então, é um desafio grande. Eu só vejo uma maneira, que você estava mencionando: é avaliação, o exame de cada situação e aferição do que quê aquilo pode ter de avanço, de tal maneira, mas é obrigatório que a discussão continue para poder verificar onde que se confirmou o avanço, onde que se confirmou o retrocesso, não é? Eu não vejo que outro comentário poderia ser feito, a não ser avaliando cada uma delas, seu rol de avanços;

do que esse desafio que o regulador, o gestor, vai ter que levar em conta sempre. É a melhor maneira de se aproximar, ao máximo, de um equilíbrio entre essas coisas, é discutindo. Por isso que a democracia ainda é a grande ferramenta. Mesmo ela é difícil, porque se você cria assembleia para discutir tudo, você vai se paralisar. A discussão, a avaliação permanente é que vai permitir a você ajustando esse processo. Mesmo assim, você está sujeito aos retrocessos históricos; às alterações abruptas de poder e influência que podem gerar grandes retrocessos. Assim como o oposto, quer dizer, uma operação grande, numa relação de força numa sociedade pode gerar grandes avanços, que não há nenhuma garantia que aquilo vai se sustentar. Então é pela política, né? Quem define, não é pelo rigor; o rigor técnico entra para servir de indicador para a política, quer dizer, para a tua intenção, sobre o que você precisa nesse momento.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - A próxima pergunta a gente dirige a Ana Castro e o comentário é do Carlos Eduardo Aguilera. Ana, eu revisei aqui a redação original da pergunta ouvindo a Maria José, vou usar as expressões da Maria José que são muito felizes. Que é tirar do papel, fazer acontecer. Como é que fica, no contexto pós imediato da PNAB de 2006, que eu estou me referindo, esse tirar do papel, fazer acontecer no âmbito da secretaria municipal do Rio de Janeiro?

ANA CASTRO - Considerando o período a partir de 2005, preciso destacar, inicialmente, a mudança na equipe e na condução da Secretaria Municipal de Saúde e também na Superintendência de Saúde Coletiva. A minha atuação técnica fica inserida nas ações de prevenção e atenção às doenças transmissíveis e não mais na assessoria da Superintendência de Saúde Coletiva. As minhas observações aqui, ficam mais a distância do que no período comentado anteriormente.

Já existia uma tensão entre a necessidade

real de expandir a Atenção Primária na cidade e a disponibilidade de recursos orçamentários, no âmbito do orçamento municipal e até mesmo na disputa dos recursos já destinados a SMS – Rio, muito comprometidos com o custo da rede de saúde já em operação, e neste custo, o peso da rede hospitalar. Ou seja, foi um período de muita disputa e esforço técnico político, para abrir espaços, e conseguir, ampliar a APS, mesmo que num ritmo muito aquém as necessidades reais de organização da rede e demandas de saúde da população. Neste esforço, somando-se a atuação da equipe coordenada por Cristina Boaretto, ainda na Superintendência de Saúde Coletiva e posteriormente, entre 2005 – 2008 a equipe articulada pela Márcia Mochel¹²⁷, a cobertura da APS chegou a 11%, sem considerar neste percentual os serviços de PACS. Vale destacar, que as equipes técnicas da Secretaria exerciam uma atuação técnico política expressiva em busca do fortalecimento da atenção primária. Mas, não existia um consenso sobre a necessidade de fortalecer a APS, dentro da gestão municipal e nem mesmo na gestão política da própria SMS, ainda dominada pelo custo gerencial do modelo hospitalar da rede municipal.

Neste contexto, a PNAB, como expressão das políticas nacionais orientadas pelo Ministério da Saúde, foi incorporada como uma “bandeira” para respaldar a atuação das equipes técnicas municipais e conquistar espaços para fortalecer a APS. Naquele momento, a APS se expandia perifericamente, seguindo a ocupação dos vazios assistenciais, nas áreas de IDH extremamente baixo, diante da centralidade do modelo hospitalar e da visibilidade das grandes emergências no desenho da rede de saúde municipal.

Como a Maria José também destacou, a regulamentação da PNAB foi instrumento para garantir a expansão da APS e ampliar a

atuação técnica e orçamentária neste sentido. Ou seja, os dirigentes tinham que cumprir o que estava definido na PNAB.

Com todos os limites, é como Antônio Ivo falou, a política é a construção do consenso. É a busca do consenso possível, se não temos o espaço da atuação política, vamos guerrear, certo? Então com todos os limites da nossa atuação técnico política, naquele período, para uma expansão da Atenção Primária compatível com as demandas de saúde, foi a capacidade de execução possível. E a PNAB foi um elemento articulador que fortaleceu o espaço de das disputas técnico políticas a favor da atenção primária. É a compreensão que eu tenho.

Por fim, só registrar alguns aspectos do orçamento, que no período da gestão César Maia, até 2005, com as restrições orçamentárias da Prefeitura, os setores de controle da Prefeitura e assessores próximos do prefeito, argumentavam que se o planejamento previsto para expansão das equipes fosse realizado, levaríamos a prefeitura a falência. Um contexto que está fortalecido hoje, quando se discute o custo do investimento social em saúde na gestão da prefeitura do Rio, e que posso dizer, se ampliou no Brasil com o limite aos gastos sociais.

Ainda naquele período, um dos argumentos da gestão municipal era a execução do percentual mínimo de investimento do orçamento municipal de 15% que foi atingido e até ultrapassado. E a falta do repasse estadual, o mínimo de 12% do orçamento estadual não era realizado, uma dívida histórica com a saúde da cidade do Rio.

Só para ressaltar que existiam dificuldades orçamentárias reais, e que a PNAB tinha a força de orientar a expansão da APS, mesmo neste contexto adverso, que era o que conseguíamos manter naquele período

127. Marcia Oliveira Mochel Dias é médica sanitária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Atuou como Superintendente de Atenção Básica no município de 2005 a 2008.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Agora é o Carlos Eduardo.

CARLOS EDUARDO AGUILERA - Então, eu queria situar esse período como um período que a Saúde da Família venceu. Eu estava falando da briga, não é? Dos sanitaristas, na unidade básica modelo soviético... Os sanitaristas eram desde de 27, quando Clementino Fraga ¹²⁸ pai... Os sanitaristas eram os dos serviços de atenção primária que na época chamavam Centros de Saúde. Então, o sanitarista era o chefe. Eu me formei na medicina preventiva e social, que era o novo nome dos sanitaristas. E tinha essa coisa com os médicos gerais comunitários. Então, porque que em 2006 o Saúde da Família venceu? Eu vou botar aqui 2006. Primeiro essa PNAB; essa PNAB diz o seguinte: nós vamos valorizar o médico da família, e foi cada vez mais como o centro do sistema. Como referência do sistema. No campo ideológico, olha que interessante: o programa de médico de família de Niterói quebrou a resistência ideológica daquela briga esquerda/direita. Por quê? O que Fidel Castro implantou foi o sistema de médico de família inglês em Cuba. Está liberado! Nenhuma esquerda mais podia criticar. Então, assim, eu colocaria uma estátua ou do Gilson Cantarino ou do prefeito de Niterói, ou de Fidel Castro, do lado da estátua do Sérgio Arouca ali na Fiocruz. E eu que sou amante da atenção primária. Se tivesse uma pracinha com estátuas da atenção primária teria também o Soranz lá na pracinha. Então assim, tem pessoas que mudaram a história da atenção primária no país. A outra questão era técnica. Como é que foi vencida a batalha técnica? PROESF! O

PROESF não foi só dinheiro para todo mundo que dizia que a saúde da família era focal. Todos os professores da ENSP escreviam que saúde da família era uma política focalizada, e passaram a dizer que saúde da família não era política focalizada. Além de ter comprado todos, a intelectualidade, realmente foi um programa super coerente em termos de trazer o Saúde da Família para os centros urbanos. Por exemplo, eu trabalhei num braço que era o AMQ (Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), o AMQ se desdobrou no PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) ¹²⁹. E isso é genial! Começou a ter parâmetro de qualidade para o país inteiro. A outra coisa foi lá em 2006, já falei. E teve uma outra coisa fundamental. Não, duas coisas fundamentais. A outra foi a recriação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ¹³⁰. Surge esse ator, que é o médico de família e aí tem o desequilíbrio, viu Soranz? O que você falou. Tem um grande desequilíbrio, quer dizer, não é à toa que a gente chama uma pessoa que viveu um cargo na secretaria do município para gerir um plano de saúde em medicina de família, mas não chama para um cargo de vigilância de saúde, porque está faltando sanitarista. Isso é um desequilíbrio, toda vez que... Teoria de sistemas. Toda vez que você ataca... E muito bem atacado! - Daí sua estátua, eu vou exigir sua estátua! ¹³¹. Assim, toda vez que você cria uma função, você faz uma disfunção, e a disfunção é a seguinte: nós não temos sanitaristas na rede, não tem gente em vigilância, em planejamento. Eu não vou falar isso porque fica gravado para todo sempre, mas mortalidade, gente, a gente

128. Clementino da Rocha Fraga foi médico, inspetor sanitário no Rio de Janeiro em 1906, período em que esteve sob ordens de Oswaldo Cruz. No governo Washington Luiz exerceu o cargo de Diretor do Departamento Nacional de Saúde. Chefiou a campanha contra o surto de febre amarela epidêmica surgido na capital do País (Rio de Janeiro), em 1928. De 1937 a 1940 foi Secretário Geral de Saúde e Assistência no Distrito Federal, já com o título de professor emérito da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro e da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia.

129. Os instrumento e processo adotados no Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) foram revistos e adaptados como fundamento para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído em 2012, com o propósito de estabelecer uma cultura de avaliação da atenção básica no Sistema Único de Saúde.

130. Fundada em 1981, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), passou por um processo de renovação nos anos 90. É uma entidade de alcance nacional que congrega os médicos que atuam em postos e outros serviços de Atenção Primária em Saúde, inclusive na Saúde da Família.

131. Se refere a Daniel Soranz.

fica dizendo que saúde da família melhorou ou piorou mortalidade... Mortalidade não é só a saúde que faz, tá? Então a queda da mortalidade infantil no Brasil não foi o Saúde da Família, me desculpe o Macinko¹³². Foi o governo Luiz Inácio Lula da Silva que diminuiu a mortalidade infantil. Porque não basta fazer puericultura, tanto é que mortalidade materna tem mais dificuldade, porque está mais ligada a serviço de saúde. E outra coisa, sarampo, sífilis, tuberculose, teste do pezinho, câncer de mama. Gente, clínicas da família que cobrem 40 mil pessoas. Daniel, não tem um sanitarista, não tem uma pessoa que entenda de epidemiologia. Você ia lá fazer as, como é que chamava? O accountability¹³³. Cara, as equipes não sabem saúde pública, não sabem epidemiologia, não sabem lidar com banco de dados, não sabem planejamento, não sabem administração, não sabem técnicas que a gente aprendeu na residência de Medicina Preventiva e Social. Então, você pega uma unidade hiper complexa, que são essas clínicas com muitos profissionais, entrega para uma enfermeira, que está precisando de R\$ 1500 de gratificação. Aí você pergunta "Você fez alguma coisa em saúde pública?" Não, né? Então, assim, não é crítica, é uma disfunção que tem que ser corrigida. Também não existe mais sanitaristas, gente. A ENSP fez um favor e o Antônio Ivo, vai levar a dele. O Antônio Ivo, na gestão de 10 anos muito maravilhosa dele, que inclusive trabalhamos até no Paraguai, implantando a Saúde da Família; o professor Antônio Ivo acabou com a Residência de Saúde Pública na ENSP, não é? Virou um curso que é às quintas-feiras, a cada 15 dias,

esse é o curso que começou lá na Fundação Rockefeller¹³⁴. Que o Fontenelle¹³⁵, antes, as pessoas iam fazer esse curso de saúde pública lá na John Hopkins¹³⁶ (John Hopkins School of Public Health) Não, tenho que terminar, preciso falar isso para a história, eu vou me aposentar, eu tenho que falar isso! E aí, o professor Antônio Ivo transformou a residência, criou uma residência em saúde da família. No berço da saúde pública... Eu acho... E aí eu criei uma residência de saúde pública no IESC (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ)¹³⁷, eu criei residência em saúde pública. Eu brigo com todos os residentes, eu crio a residência e brigo com eles, entendeu? Porque eles são muito chatos, mas eu já criei umas cinco residências. Quando a ENSP acabou com a residência em saúde pública, eu, fui eu que criei a residência do IESC e depois abandonei. Então, o que que tem hoje a Escola Nacional de Saúde Pública? Uma residência em saúde da família. Olha que interessante isso, né? Então eu acho que isso é muito grave.

GABRIELE CARVALHO: Carlos, obrigada. A próxima pergunta é para o Daniel Soranz e a Valéria Romano comenta. Em 2009 você assumiu a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde no Município do Rio de Janeiro, cargo que permanece até 2014. Nesse contexto, como foi o processo de concepção das clínicas de saúde da família e o que você percebeu de oportuno naquele cenário em termos de política, contexto político e institucional?

132. James Macinko pesquisador da University of California (Los Angeles) com foco no tema da Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care).

133. Accountability, na administração pública pode ser traduzida como a orientação e os processos comprometidos a ética e a transparência dos atos e a prestação de contas às instâncias de controle.

134. Criada em 1913, a Fundação Rockefeller desempenhou importante papel no apoio à pesquisa científica, à formação médica e à organização dos serviços de saúde em vários lugares do planeta, inclusive no Brasil a partir do início do século passado.

135. José Paranhos Fontenelle era médico, ex-bolsista da Fundação Rockefeller nos anos 20; exerceu funções diretivas no Departamento Nacional da Saúde Pública, quando foi um dos responsáveis pelo processo inicial de instalação de centros de saúde no então Distrito Federal; foi da primeira equipe docente da Escola de Enfermeiras Anna Nery, mais tarde incorporada à Universidade do Brasil; professor de Higiene no Instituto de Educação e presidente da Sociedade Brasileira de Higiene.

136. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: a universidade foi criada em 1876, mas foi apenas em 1916, após uma bolsa da Fundação Rockefeller que Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health foi fundada por William H. Welch. A instituição tinha como objetivo equilibrar a formação prática em saúde pública com a pesquisa científica.

137. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva constituído em 2006, sua origem remonta a década de 1980 com a criação, em 1989, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DANIEL SORANZ - Vale resgatar o contexto, com a PNAB 2006 ela foi um marco. Assim, claro que o manual do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) foi incrível; o PAB variável, mas a PNAB 2006 foi um marco e para o Rio de Janeiro foi um marco ainda especial. O Ministro Temporão¹³⁸ era secretário da SAS (Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde), ajudou a montar o pacto. Tinha um planejamento do Arouca muito forte para expansão do Saúde da Família no Rio de Janeiro com a base territorial forte, que nada mais é do que o que a gente fez em 2009, foi começar a retomar o projeto que estava parado desde a saída do Arouca da secretaria. Foi uma saída abrupta, que foi uma entrada bruta também, não foi uma entrada nada fácil. A história conta isso bem, não foi uma entrada nada simples. Analisando esse período da história, e tudo, ajudou a gente a corrigir alguns erros que poderiam ter acontecido nessa segunda jornada. Então, a PNAB 2006 ela marcou muito, tanto a história da atenção primária, mas principalmente a história da cidade do Rio. E o discurso era hegemônico na secretaria de saúde, com técnicos muito fortes e que saúde da família não servia para grandes centros urbanos e que isso nunca iria dar certo no Rio de Janeiro. Era um pouco o mantra que se ouvia dos órgãos de controle, que isso não era viável e não tinha sustentabilidade financeira. Hoje, a secretaria gasta 7% do orçamento da Prefeitura em atenção primária e não quebrou e não vai quebrar, porque 7% do orçamento não quebra ninguém. Chega a ser até ridículo, e se a gente chegasse em 100% de cobertura, não chegava a 9% do orçamento do município. O total do orçamento de saúde hoje está em torno, em 2006 estava em torno de 25%. Saiu de 15% para 25% justamente com a ampliação da atenção primária. Nessa perspectiva histórica aí de 2006 a discussão da PNAB. E aí eu queria retomar um pouquinho... Niterói e Teresópolis também tiveram um papel fundamental na ampliação da atenção primária

do Rio. Em 2008, a gente teve uma epidemia de dengue no estado, a maior epidemia de dengue na nossa história, onde na capital do Rio de Janeiro tinha morrido quase 200 pessoas, 174 pessoas. A cidade virou um caos. As instituições de ensino, Fiocruz, o Antônio Ivo, a gente montou um polo de dengue lá¹³⁹. Isso marcou muito, porque Niterói praticamente não teve óbito e teve número de casos muito menor. Se isso era de fato a presença do médico de família em Niterói, nas comunidades, ou não, ainda tem algumas discussões e tudo, o fato é que isso ficou muito marcado. As epidemias de dengue que se sucederam na cidade do Rio de Janeiro, em 2012 a gente teve outra, a gente já tinha estrutura de atenção primária e a mortalidade foi infinitamente menor. Então assim, outra coisa que favoreceu muito o processo de implantação foi: primeiro um planejamento, feito pela ponta, feito pelos conselhos distritais, junto com os novos coordenadores de área onde, onde eles escolheram e definiram previamente cada território no programa que a gente chamou TEIAS (Território Integrado de Atenção à Saúde) na época. Teve muita influência da escola de saúde pública, teve uma influência do CONASS, mas teve uma influência também da reforma dos cuidados primários em Portugal. Então, essa definição aonde tinha base territorial e a territorialização rígida, aumentou muito a pressão para a estruturação do sistema. Outra coisa que contribuiu muito foi o apoio da comunidade científica da academia.

Então a Fiocruz, Carlos Eduardo, na Fiocruz, por exemplo, a gente montou... Não estava fora do planejamento a formação de sanitaristas, a gente montou três turmas. Foi a primeira coisa que a gente contratou na OSS Fiotec (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde). Depois do curso técnico de agente comunitário, foi a formação de sanitaristas. A gente formou 3 turmas de 70 alunos, não é Antônio Ivo? lá com o Inácio¹⁴⁰, não foi nada fácil.

138. José Gomes Temporão é médico e doutor em saúde coletiva. Foi Ministro da Saúde (2007-2010) e antes disso exerceu vários cargos diretivos na saúde no Instituto Nacional do Câncer, no Governo do Estado do Rio de Janeiro, e no Ministério da Previdência e Assistência Social. É pesquisador aposentado pela Fiocruz.

139. Se refere ao Centro de Estudos Estratégicos na Fiocruz.

140. José Inácio Motta é pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. Desempenhou atividades de coordenação dos cursos em questão e esteve à frente da Agência de Acreditação Pedagógica dos Cursos lato sensu em Saúde Pública/Coletiva (AAP).

Qual que era o problema? Quem se inscreveu na maioria desses cursos foram nossos servidores mais antigos que começaram a se aposentar, então na distribuição das vagas, o tempo de casa favorecia quem tinha mais tempo para ocupar aquelas vagas, obviamente. Isso no planejamento deu uma distorção, a gente talvez tivesse que colocar mais vagas. Também teve um forte incentivo na criação do CIEVS (Centro de Informações Estratégicas e Vigilância em Saúde)¹⁴¹ nesse processo. Acho que não cabe tanto, mas é importante ressaltar que se fazia parte do planejamento, é que nem tudo que é planejado acontece como a gente espera no dia a dia. Outra coisa que contribuiu muito foi esse apoio da academia, foi fundamental. E depois os resultados começaram a aparecer. E aí começaram a aparecer resultados muito altos de satisfação do usuário do saúde da família, e quem não tinha acesso começou a ter, começou a aparecer a Redução de internação hospitalar. Nesse momento, a gente começa a ver internações por condições sensíveis despendendo na cidade. A gente chega, em 2016, com a capital com menor internação por condições sensíveis de todas capitais brasileiras, menos que Florianópolis e outras capitais bem importantes. A gente vê a nossa curva de pré-natal de diagnóstico de doenças, que a gente não via antes crescer demais, o número de consultas pré-natal por habitante de diagnóstico, o número de consultas por habitantes melhora muito, o número de visitas domiciliares também aumenta, também se percebe a melhoria dos indicadores, de satisfação do usuário... Só para vocês terem uma ideia, a prefeitura fazia pesquisas independente pela Casa Civil de satisfação do usuário. Na Rocinha, a saúde tinha a melhor avaliação e a pior. Qual era a melhor satisfação? Saúde da família era a melhor satisfação dentro de todos os serviços públicos. Qual que era a pior? A realidade de pronto atendimento era a pior em relação a todos os

serviços públicos. Então, isso foi começando a dar sustentabilidade, além da percepção dos próprios políticos, das pessoas que viam isso acontecer. Então, nessa matriz de influência, pode parecer que as datas não batem tanto, mas a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 foi fundamental para expansão do Saúde da Família que aconteceu a partir de 2009. Nem sempre a política é ditada num dia e começa a fazer a diferença assim tão rápido. Mas nessa história, nesse planejamento, foi uma influência importante aí e que ajudou muito.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Daniel. Valéria.

VALÉRIA ROMANO - Bom, o que eu acho que de mais oportuno aconteceu foi a formação dos profissionais de saúde. Sem dúvida eu acho que, além da organização da atenção primária e saúde, que isso não se discute no Rio de Janeiro, mas a formação. Então, por exemplo, na UFRJ o que que acontece? Começam a entrar docentes médicos de família, poucos, bem poucos. Eu fui a primeira, entrei em 2009, entraram mais outros dois depois. É muito pouco, mas numa universidade que é extremamente tradicional, você abrir um concurso para médico de família, isso... Você já imagina o embate que é isso. E como isso é uma conquista e a gente trabalha lá só para orientar. Vou dar o exemplo da UFRJ porque é o que eu vivencio, mas eu acho que ele é emblemático até para o Brasil todo, pensando na estruturação da APS dentro do país. O que acontece lá? A gente tem um aluno que vai no terceiro período, que eu faço esse trabalho, eu pego aluno, vou lá para o Santa Marta e levo para fazer visita domiciliar. São alunos de 3º período da Medicina. Aí junta aluno da nutrição, junta aluno da enfermagem, da UNIRIO (Universidade Federal do Estado

141. Centro de Informações Estratégicas e Vigilância em Saúde, criado em 2007 no Estado do Rio de Janeiro, ao longo do processo de estabelecimento de pontos focais estaduais voltados para o aumento da capacidade de alerta e resposta às emergências em Saúde Pública. Atualmente é uma coordenação subordinada diretamente a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ). Desenvolve suas ações de forma integrada com os setores da SES-RJ, especialmente as áreas técnicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. (<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Vigilancia.aspx?Area=CIEVS>)

do Rio de Janeiro), qualquer um, a gente junta, faz integração e vai para a comunidade e faz visita domiciliar. Isso não é nada? Isso é muita coisa! Isso tem impacto, vocês não têm noção. É mais do que o brilho no olhar, é uma informação que esse sujeito não tinha de outra maneira, não existia isso. E isso modifica a subjetividade, certo? É claro que isso tem um impacto pequeno na UFRJ porque ele só vai voltar a ter qualquer informação na atenção primária e saúde no internato, que é no nono período. Então, do terceiro ao nono ele está massacrado por uma visão biologicista hospitalocêntrica, não é? Médico-centrada, com aquele discurso todo de “somos os melhores do Brasil”, aquela coisa toda horrível, que vai alterando a subjetividade do sujeito. Isso não é uma coisa da UFRJ ou do Brasil, quer dizer, têm estudos da sociologia da medicina que trabalham nessa lógica. Tem um autor chamado Becker (Howard Saul Becker) que ele fala isso, que as escolas médicas... elas têm o poder de deformar o aluno. Ele entra esperançoso, ele entra com discurso de “vou salvar vidas” ... Vou, não é? De esperança, de produção de esperança, ele sai depois de seis anos, o termo que Becker usa é cínico, ele sai cínico. Então, é assustador. Quer dizer, você pensar que a faculdade de medicina no mundo, que ela é deformadora, que ela estraga os sonhos dos alunos, o ideal do aluno, não é? Então eu acho que é uma tentativa de oportunidade. Para mim, é uma tentativa. Ano passado a gente teve muitos alunos da UFRJ que foram fazer... Prestar residência na prefeitura, com a gente na UFRJ, na UERJ. Um grande número, aumentou muito. Então isso é uma oportunidade, porque nós estamos formando, por exemplo, na nossa residência, a gente forma o residente e esse residente forma e depois a gente absorve no nosso programa e ele vira preceptor. Estamos formando preceptores, estamos formando também pessoas que estarão na rede, qualificando essa rede. E o que que está acontecendo hoje? Especificamente hoje que estou aqui, está acontecendo lá na

nossa residência na coordenação da AP3.¹⁴², está indo lá para tirar a complementação de preceptores por quê? Sei lá porquê. Porque... Custo, discurso de custo. Então assim, é isso. Nós estamos o tempo todo nessa luta constante, não é?

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Muito obrigado Valéria, Daniel. A próxima pergunta é para Ana Ramalho com comentário da Regina Henriques. Ana, na experiência carioca, quais as principais dificuldades encontradas na gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio na substituição de um modelo de programas para outros de portas abertas.

ANA RAMALHO - Eu tive um pouquinho de dificuldade nessa pergunta, essa oposição que se fez quanto a programas com portas abertas. Na minha opinião ... E aí eu tenho que ser bem pessoal nisso para ouvir a discordância... Não é essa questão. Não é, de um lado, programas e, de outro, portas abertas. Primeiro, o que era esse modelo de programas dentro da secretaria? Da mesma forma que cada distrito sanitário no Brasil foi um distrito, programa, durante a década de noventa na secretaria, não tinha mais nada a ver com essa questão de selecionar doenças específicas para serem tratadas na atenção Básica, aquele modelo que ficou um pouco característico nas doenças transmissíveis. Por quê? Porque tinha tuberculose, tinha hanseníase. E o dinheiro da AIDS segurou. O dinheiro da AIDS foi fundamental para que a doença transmissível ficasse ali, mais isolada. Às vezes, você conversava com as pessoas da hanseníase e a vontade delas era descobrir um risco de quem tinha HIV ter hanseníase, aí justificaria também participar dos recursos. Então os recursos seguraram aquela estrutura e o resto, que é o grosso do atendimento da secretaria, odontologia, pediatria, ginecologia e clínica médica, não era mais organizado assim.

142. Área Programática 3.1 compreendem aos bairros que integram a X Região Administrativa de Ramos e a XXX RA da Maré.

O nome Programas se manteve, mas a ideia era portas abertas. Agora, como realizar essa ideia quando, por exemplo, na clínica médica haveria necessidade mínima de 900 médicos e havia 280? Como? A porta não era fechada porque havia uma teoria de porta fechada, um modelo de porta fechada a porta estava fechada porque não havia como ninguém entrar. Você podia colocar também um modelo de saúde da família hoje, e lota uma equipe para dez mil habitantes, a porta estará fechada. Eu acho muito engraçado quando você vê no jornal atualmente diz assim: “não reduzimos a cobertura”. Como não? A grande entrada, acho que a diferença do Saúde da Família não foi a porta aberta, não é? Porta aberta existia. Foi o crescimento. Vamos crescer, vamos abrir, vamos colocar e começar por onde a deficiência era maior; começar pelas A.P.5¹⁴³ abrir lá, fazer cobertura de 100% e ao lado disso um movimento de qualificação clínica. Porque aí, é aquilo um pouco que o Carlos Eduardo falou Pode ter, mas havia falta de qualidade clínica dentro de nossa rede, na atenção. A falta de qualidade clínica em todos os sentidos da clínica, no diagnóstico, na atenção e na responsabilização com esse paciente. Eu lidava com o programa de Doenças Crônicas. Então o que que fazia o programa de doença crônica? Ia nos hospitais organizar UNACON (Unidades de Assistência de Alta Complexidade)¹⁴⁴, ia nos hospitais ver. Então assim, era um programa de atenção básica? Não, era um programa que passava desde discutir na unidade como ter acesso aos exames preventivos de câncer ginecológico até discutir a radioterapia. Onde é que estava a radioterapia no Rio? O que que faltava para radioterapia? Cortava. Quando chegava na cardiologia, a mesma equipe nossa de cardiologia sentava para discutir o protocolo de tratamento de hipertensão, que era muito necessário, porque é a doença mais frequente na população adulta, mas também era a mesma equipe que estava sentada para

discutir transplante aqui dentro da cidade do Rio de Janeiro. Discutia com a universidade, implantou o programa de acesso a trombólise, estabelecendo uma relação entre os PAMs (Postos de Assistência Médica) e os hospitais, com o acesso telefônico para poder fazer trombólise dentro dos PAMs, ou seja, durante a década de 90 isso havia mudado dessa forma, não é? Essas linhas de cuidado elas continuam existindo. Modificou? Modificou, teve um momento que teve que dar privilégio e teve que dar mesmo à expansão da rede. Essas linhas se viram um pouco às vezes afogadas lá dentro da Secretaria e perdidas? Se viram, mas é esse um processo de alcançar o equilíbrio, não é? Eu acho que houve na verdade uma grande oportunidade de qualificação da rede. Eu acho que houve uma mudança de qualidade que as residências em saúde da família foram modificadoras determinantes da qualidade de assistência. Esse jovem que entra não é aquele mesmo que entrava porque tinha feito uma especialidade, e para ter um emprego público eles davam um concurso... para outra especialidade. Na clínica médica você via muito: na verdade ele era gastro ou era vascular, e fazia um concurso para clínica médica dentro do município, não é mais assim e eu acho que isso qualifica demais a assistência na cidade. Eu acho que essa foi a grande diferença e oportunidade, e a dificuldade também, porque aí teve que desenvolver mercado, mas acho que fica para discussão de Recursos Humanos. Todas essas estratégias de desenvolvimento de um mercado novo de médicos de família que as universidades acabaram respondendo.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Ana. Regina.

REGINA HENRIQUES - Eu concordo muito com a Ana Ramalho porque acho que também a questão principal não está, se o modelo

143. Área Programática 5, compreende os bairros que integram a XVII Região Administrativa, de Bangu; a XXXIII RA, de Realengo; a XVIII RA, de Campo Grande; a XIX RA, de Santa Cruz; e a XXVI RA, de Guaratiba.

144. UNACON são unidades hospitalares equipadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes inclusive com recursos de radioterapia ou referenciando pacientes com esta terapêutica prescrita.

é de porta aberta ou fechada, mas assim a questão que me parece principal é: primeiro você ter as condições, não é? Materiais, as condições de gestão para que você pudesse fazer essa ampliação de cobertura de fato, certo? Incluindo outras ações e pensando territorialmente de modo que pudesse atender toda a população daquele território. E uma outra questão que me parece que também é geradora de dificuldade é essa que Ana também ressaltou, que é da qualificação do recurso humano. Quer dizer, é necessário, o tempo inteiro, que a gente enfrente que: aqueles servidores que já estão trabalhando em determinada lógica de organização dos serviços, quando você propõe uma mudança é natural que eles resistam, primeiro por uma questão de insegurança de não saber se darão conta daquele processo, por outro lado também a imaginar que esses novos modelos de cuidado podem aumentar a demanda. Portanto, sobrecarregá-los de trabalho... Aí tem uma resistência a isso. E a falta de incentivos para que eles possam se reordenar e ressignificar, além da própria relação interprofissional nessas cadeias, nessas linhas de cuidado. Porque você muda isso completamente, você pretende ter uma horizontalidade maior na relação desses profissionais para que você possa garantir e qualificar esse cuidado, independente da pessoa estar apenas vindo para as consultas médicas como era organizado antes, não é? Era tudo pautado nas consultas médicas, em como elas estavam organizadas, e os outros trabalhadores eram um pouco satélites dessas atividades centrais, que eram as consultas médicas. Quando você faz essa mudança, você provoca uma necessidade de ressignificação das relações de trabalho entre essa equipe, entre esses diferentes profissionais, e isso é que gera, no meu entender, uma maior dificuldade, porque você precisa acompanhar isso também, de num processo de reflexão, não só nas unidades mas na rede como um todo. Para poder trabalhar essas questões e vencer as resistências, que são naturais em qualquer processo de mudança.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Regina. A próxima pergunta vai ser direcionada a Ivone Cabral e a gente vai pedir que a Edneia comente. Ivone, de que modo as associações profissionais e os conselhos de classe podem interferir na consolidação da atenção primária à saúde? No contexto do Rio de Janeiro, você teria algum relato para exemplificar essa situação?

IVONE CABRAL - Bom, eu acredito que o movimento, o próprio movimento da reforma sanitária já demonstrou o papel super importante das ações, das associações profissionais e dos conselhos de classe. Mas tem ali, na emergência mesmo do movimento da reforma sanitária, da nova Constituição Federal, tem uma parte importante que é a regulamentação do papel do controle social, da participação social. Porque uma coisa é viver um movimento de resistência de fora do sistema, por meio de protestos, de campanhas públicas e tal. E outra, é você ocupar espaços de representação nos lugares onde tomam decisões. Então, as tomadas de decisões elas não passam só pela questão do protestar, mas do agir. Na verdade, a gestão, ela é executora no que vem da necessidade em saúde da população e o que vem também da demanda do controle social. Então, eu acho que o papel.... Primeiro as associações têm esse lugar, é como trabalhador representando o segmento dos trabalhadores nos conselhos de saúde, um exemplo. Esses conselhos, eles estão desenhados desde o nível local até o Conselho Nacional de Saúde. A defesa da atenção primária à saúde dentro dessa lógica... Uma coisa que talvez seja uma crítica minha ao modelo de controle social que a gente tem, que a gente discutiu isso em vários lugares, é que o próprio representante no conselho, nem não são todos os representantes, nem todas as associações, mas algumas associações, elas têm uma posição também conservadora. Ela leva ali para dentro uma representação tentando manter um modelo de atenção tradicional, ela quer mais hospitais, ela quer mais remédios,

ela quer mais médico, ela quer mais aquilo que ela, a sua... Vamos dizer, o grupo que ela representa, ela acredita ser o que ela precisa mais. Faz um diferencial nesse processo representações como do CEBES, rede unida, ABRASCO, que já tem uma tradição, digamos assim, mais vinculada no campo da saúde coletiva e de defesa da atenção primária para o melhor interesse da população. E outro diferencial que tem nesse conjunto, entra a Associação Brasileira de Enfermagem e até mesmo o Conselho Federal de Enfermagem dos últimos tempos, eles têm reorientado a sua pauta, com todas as minhas críticas aos conselhos. E em relação ao que a gente observa às vezes é que a gente faz uma *advocacy*, assim uma defesa da Saúde pela saúde, e os problemas de saúde na atenção primária eles exigem ações intersetoriais e nós levamos sempre a pauta da saúde e resolvendo somente campo da saúde. Melhoria de indicadores está associado... Está mais para as condições estruturais, do que propriamente a ação de aumentar o número, de aumentar a contratação de um determinado grupo profissional. Então, eu acho que talvez a gente precisa também qualificar o representante que vai lá, falando em nome dos trabalhadores, e que se faz representar por meio das suas associações.

Em relação ao Rio de Janeiro, a gente tem um exemplo bem pragmático. Foi um papel bem importante o das associações profissionais na criação das residências multiprofissionais. As residências médicas são super procuradas, mas para as residências profissionais tiveram uma ação importantíssima das associações como a ABEN (Associação Brasileira de Educação Médica), por exemplo, a própria representação do CEBES e ABRASCO aqui no Rio de Janeiro e a ABEN – RJ. Fazer essa defesa da necessidade de transformar residência multiprofissional em uma política de Estado, isso foi uma demanda levada, uma pauta levada pelos trabalhadores que estavam lá naquele local de representação no Conselho Estadual e Nacional. Então, acho que esse é um aspecto importante. O outro é o movimento social organizado, o movimento

civil organizado que conta com a participação dessas associações. Em defesa, eu acho que é uma defesa intransigente, quase que militante mesmo, do Sistema Único de Saúde. É muito bonito você ver, em momentos de crise como essa que a gente viveu no Rio de Janeiro, você está numa manifestação e encontra ali representação de várias entidades, porque a gente está junto, nós estamos juntos pela mesma causa, que é a defesa do Sistema Único de Saúde.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Ivone.

EDNEIA MARTUCHELLI - Eu acho que a Ivone coloca as principais questões desse processo de participação das associações. E eu acho que a questão é a gente centralizar mesmo essas situações e não nos conselhos. Conselhos tem uma defesa corporativa que vão fazê-los eternamente, que a gente espera que seja cada vez mais integrado, mas essa defesa está posta e está conformada. Eu acho que é essencialmente... Você tocou numa questão Ivone, para mim é muito, que eu prezo muito, que é a questão da residência multiprofissional da residência integrada em saúde, e eu tive a oportunidade de viver uma residência multiprofissional com a participação de médicos. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, num engano, autorizaram a participação de médicos em um edital de residência multiprofissional, e a residência médica, então, depois disse o seguinte: “esses médicos não são médicos de família e, portanto vocês vão dar um título de especialista para eles, ponto. Sem discussão! Ou então, eles fazem mais dois anos de residência médica e resolve esse problema”. Então assim, a gente já teve até o contraponto do Ministério da Educação nesse processo que desfavoreceu essa questão da integração e, portanto, da ação no serviço de saúde.

Isso avançou e aí a desconexão, desculpe, da residência médica para a residência multiprofissional ainda é muito grande, não é? São programas que estão afeitos à IPUB

(Instituto de Psiquiatria da UFRJ); são programas que estão afeitos, por exemplo, na instituição que eu trabalhei, a enfermagem, a odonto, mas a medicina não se mete. A COREME (Comissão de Residência Médica) é separada. Então assim, eu acho que a gente tem um caminho ainda grande, mais do que discutir a questão intersetorial, é discutir a questão multiprofissional na saúde da família, que eu nem vou me atrever a discutir questão intersetorial, eu acho que a gente precisa discutir.

E aí a gente avança para essa questão que o Carlos Eduardo traz, que é a questão de ter ou não ter sanitarista, ter ou não ter médico de família, ter ou não ter enfermeiro com formação em saúde pública. Eu acho que esse... É preciso esse caminho. Agora, de algumas formas eu me lembro... aí se eu tiver errada Daniel, me ajuda... Eu me lembro de intervenções das corporações no sentido de não permitir aquilo que já está amplamente feito no SUS com as ações de enfermagem em saúde pública e que a gente, enquanto gestor, e eu estou me colocando nessa posição também, a gente teve muita dificuldade. Acho que Daniel baixou uma portaria, decreto, eu não me lembro mais muito bem, não era? Mas assim de como a gestão municipal ela também participa efetivamente nesse processo. E eu acho que o ministério da educação e o ministério da saúde tem que se aproximar para que isso aconteça. Eu acho que a gente precisa trazer as corporações que já participam dos conselhos e já participa ativamente de todo o processo. Mas de novo, lembro em 2002 um encontro histórico do ministro da saúde com o ministro da educação, ora bolas, dois ministros de estado que não se encontram, isso não é momento histórico, isso é retificar, retificar de que esse encontro não se faz. Então, que a gente toque um pouco nisso, quer dizer, o quanto a secretaria de estado, as secretarias municipais dialoguem também com as escolas nesse processo de formação, porque se a gente forma separado, naturalmente os interesses serão separados. Mas assim, continuam separados e continuarão perpetuando as defesas corporativas, eu não tenho nenhuma

dúvida. Claro que isso é mediado também pelo mercado, o capital determina a forma de atuação, eu não tenho dúvida, mas a gente precisa tocar nessa ferida com certeza. Eu acho que a Ivone foi perfeita.

GABRIELE CARVALHO - Obrigada, Edneia. A última pergunta vai ser direcionada ao Carlos Eduardo e a gente vai pedir que o Carlos Vasconcellos comente. Carlos, a partir de uma perspectiva de longa duração, como você compreenderia o processo de implantação de políticas no campo da APS no município e no Estado do Rio de Janeiro? Como esse processo afetaria políticas futuras em nosso estado? Aqui a gente está se referindo à capital Federal e ao processo de transferência da capital e as mudanças de limites territoriais com a criação do Estado do Rio de Janeiro e da Guanabara e sua posterior unificação.

CARLOS EDUARDO AGUILERA - Então, eu acho que o Rio tem uma grande, assim, um nível muito acima. Eu agora estou supervisionando o Município de Friburgo e a atenção primária lá está na década de 90 talvez, ou 80. A gente tem equipes que não fazem atendimento de enfermagem, a imunização é centralizada no teleférico, que é um lugar turístico. Tem coisas assim, que a gente não pode imaginar que acontece. Então eu acho que tem uma disparidade muito grande nessa política de município, eu acho que o estado é responsável por isso, por não ter conseguido equalizar minimamente o padrão de qualidade. Eu acho que a gente avançou bastante, a gente está...

E também, porque, que a atenção primária venceu? A atenção primária venceu em todos os cenários privados, públicos de esquerda, de direita, de centro e por quê? Nós temos uma forma de atuar que atende, olha que coisa perigosa, a gente atende aos reclames da medicalização para o lado positivo ou negativo. Por isso que eu estou clamando aqui pela volta do sanitarista, pelo seguinte, é muito funcional. Esse médico que atende as

demandas de medicalização por causa do perfil epidemiológico que mudou, hoje todo mundo tem uma doença que não mata. Então nós somos a resposta ao processo de medicalização na sociedade. Para o bem e para o mal. A gente satisfaz a pessoa e economiza. E isso é muito grave, pelo seguinte... E os indicadores? Onde é que nós vamos chegar com os indicadores de saúde? É uma gestão. A gente precisa desenvolver outros atributos que não seja só um bom atendimento, gente! Porque a gente vai justificar “ah não precisa de SUS, pode fazer no setor privado”, porque tanto faz, a gente está fazendo a mesma coisa, não é? Mas a gente tem um compromisso democrático da igualdade. Então se a gente está sendo funcional para todo mundo, a gente está inócuo. Porque têm pessoas que tem uma atenção primária chique, de luxo, e têm pessoas que tem uma atenção primária mais ou menos que é o que estou falando de Friburgo, por exemplo. Lá você consegue a receita, você consegue o exame, demora, mas consegue, você está ali naquele processo de satisfazer seus reclamos de medicalização. Está sendo acompanhado, mas de forma muito inferior.

E porque eu digo que atender bem... E aí a minha crise não é mais a minha crítica na residência de Medicina de Família e Comunidade, não acho que depois de brigar com a Valéria alguns anos de que a gente não consegue ensinar a vigilância e o planejamento aos médicos de família da residência, eu acho que a gente não tem que ensinar mesmo, não porque eles não querem saber disso, talvez eles não sejam os profissionais que vão fazer isso, também não é o enfermeiro que está atrás daquela gratificação para ser gerente da unidade. Eu acho o seguinte, vamos copiar Portugal, que tem nas unidades de saúde familiar o gestor, o administrador para aquela unidade. Ele é formado para ser administrador e

vamos colocar pessoas que entendam de epidemiologia e vigilância.

Eu acho que a PNAB, essa última PNAB do Temer. A PNAB do Temer você sabe que dois aspectos dessa PNAB eu elogiei muito e as pessoas ficaram espantadas, porque eu sempre critiquei dois aspectos que essa PNAB contemplou, uma é: não se pode trabalhar agente comunitário e agentes de endemias, agente de vigilância separados. É a primeira vez que uma PNAB falou que tinham que juntar essas duas figuras. Tudo bem, foi utilizado para mandar todo mundo embora. Os dois. Mas está escrito lá que eles deveriam trabalhar juntos, só que eles não existem mais para trabalhar juntos, mas lá estava dito que era para trabalhar junto. Eu adorei essa proposta e a outra proposta dizia o seguinte: a enfermeira de saúde da família não pode gerenciar a unidade de saúde da família, eu adorei isso também. Mandaram também as duas embora, não é? Deu no mesmo. Mas a frase está bonita.

Então é isso, eu acho que os desafios do estado na atenção primária é a gente não cair na tentação de que estar medicalizando. Atendendo aos reclames de medicalização e aos reclames políticos do político da medicalização, essa é uma crítica que o Merhy (Emerson Merhy)¹⁴⁵ faz à todo governo Lula (Luiz Inácio da Silva) e Dilma (Rousseff), que não atacou esse problema da medicalização. Quer dizer, a gente só aumentou procedimentos, medicamentos, atendimentos, sem questionar, né, o modelo. Que a gente não está fazendo, a gente não está fazendo gestão da saúde da população, em termos de desmedicalizar mesmo... De ter mais saúde, menos tratamento. Então esse é o nosso grande desafio. Gente, São Gonçalo que foi a ponta de lança de um determinado momento na atenção primária, não aderiu ao Mais Médicos¹⁴⁶. Não tem Mais Médicos

145. Emerson Merhy é médico, doutor em saúde coletiva e livre-docente em planejamento e gestão em saúde, pela Unicamp. É professor titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Entre outras questões, tem se dedicado a estudos sobre a construção de redes de interação humana e sobre as políticas públicas dirigidas para coletivos de grande vulnerabilidade social.

146. O Programa Mais Médicos para o Brasil, ou simplesmente Mais Médicos, foi lançado em 2013, pelo Ministério da Saúde com o objetivo de suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.

em São Gonçalo. É um negócio inacreditável e como é que ninguém fala disso? Ninguém fala disso! Nós temos alguns municípios no Rio de Janeiro que não conseguiram, quer dizer, bem feito para eles que não aderiram no início, estavam com raivinha dos cubanos e ficaram de fora, mas depois não conseguiram entrar mais. Porque não tinha mais teto orçamentário para incluir. Então, eu acho que o estado, o ente federativo estadual é o grande responsável por essa situação. Porque o ministério tem boas...Teve boas proposições, os municípios que tiveram as condições, fizeram um trabalho espetacular e o estado jamais trabalhou políticas regionais de equalização e de uniformização de uma atenção primária no Rio de Janeiro.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Carlos Vasconcellos.

CARLOS VASCONCELLOS - Bom, primeiro a gente tem que entender números. Isso é um papel do sanitarista. A gente não tem no Rio de Janeiro uma cobertura, cobertura na Estratégia Saúde da Família tão diferente assim. Se a gente for trabalhar hoje no município para o restante do estado, é o contrário. O Rio de Janeiro tinha uma cobertura menor, ele puxava para baixo a cobertura. Isso nos números, porém na prática a gente sabe que muitos municípios que têm até 100% de cobertura nominal, executam uma atenção primária, como o Carlos Eduardo falou, por exemplo, de Friburgo bastante limitada. E aí entra o papel do estado, não é?

O estado, ele tem um papel importante que é um papel indutivo, que também é um papel do ministério, o de induzir que os municípios possam estar proporcionando uma melhor qualidade na atenção à saúde, e aí falar em qualidade, não em quantidade. A gente tem modelos hoje na questão da atenção primária que privilegiam a quantidade, a cobertura. Sem avaliar a qualidade da atenção e principalmente os indicadores, o produto que está sendo gerado aí. Então quando a gente valoriza, por exemplo... Eu tenho 10 equipes 100% de cobertura, mas eu não

avalio que tipo de procedimento que aqueles profissionais estão executando e que impacto isso está gerando à população, a gente começa a ver que esse, que acaba caindo em descrédito e o maior risco é que esse médico que foi colocado lá pelo Mais Médicos, que foi colocado lá, ele se torna realmente um médico que vai quebrar o galho, que vai quebrar o galho da demanda política, por exemplo. Não, eu não vou deixar meu paciente sem receita; não, eu tenho que ter um médico lá para pedir o exame. Até porque o laboratório é de algum político lá, ele tem que faturar. E é isso que a gente tem visto hoje no Rio de Janeiro. A gente tem uma cobertura que aumentou, não é? Mas que é que atende à demanda imediata e no Município do Rio de Janeiro quando a gente tem a desestruturação da atenção primária, isso vem acontecendo. A gente tem um médico que atende 40, como a Valéria falou, e ele vai atender 40.

Eu estou na ponta hoje, eu atendo, eu fico incomodado, por exemplo, de ter que renovar receitas de benzodiazepínico. Muitas vezes é impossível ver aquele paciente. A gente vive uma epidemia de violência, de estresse nessa cidade, a gente não consegue abordar isso. Porque, humanamente, para um profissional médico ou para um profissional enfermeiro, ou um profissional psicólogo do NASF, atender e fazer escuta de pacientes que estão em situação de extrema violência, por uma série de questões, hoje nesse modelo desequilibrado é impossível. Então, a atenção primária ela tem um risco de se transformar na muleta, na muleta. Aquele profissional que está lá, ele vai ficar com burnout, ele vai ficar! Eu estou controlando, eu estou sendo a válvula de escape ali que vai deixar a panela de pressão não explodir, mas a busca pela qualidade ela não se encontra. E aí, o papel do estado nisso qual seria? A gente tem até uma gestão estadual que está se iniciando agora. Tem poucos meses, seria o quê, diz um lado de induzir, de favorecer, de estimular que boas iniciativas e boas experiências sejam disseminadas. Avaliar, trabalhar com avaliação, acompanhamento para avaliar se o que existe não poderia ser qualificado, melhorado, e a partir daí fazer

pactos e articulações e alianças para que não só a gente pense nos indicadores que estão lá no papel, mas principalmente a gente possa pensar num modelo que produza a melhoria das condições de vida e saúde, que isso a gente está com dificuldade de ver.

Não dá, por exemplo, para a gente ficar discutindo só com a atual gestão do Rio de Janeiro, por exemplo, não vamos fechar nenhuma clínica da família... A gente sabe como está sendo hoje, a gente tem um modelo que prevê, por exemplo, nas áreas que a gente está voltando o modelo que atenção primária é para pobre. Numa área como o Catete, que o Daniel citou, a gente vai ter uma equipe com um agente comunitário para 18 mil pessoas. Mas, assim, o discurso da política municipal de saúde é “não fechamos nenhum serviço!”. O serviço está lá. Tenho pena desse profissional médico, desse profissional enfermeiro, que vai atender a 18 mil pessoas, porque eu tenho certeza que ele vai ser incapaz de fazer a coordenação do cuidado. Hoje, no interior, e mesmo no Rio de Janeiro, a coordenação do cuidado, ela deixa de ser da equipe e passa a ser de uma diretriz da secretaria que no caso de São Gonçalo e no caso de Nova Friburgo... “Oh doutor, o senhor vai lá, eu não quero ter problema, você vai lá e resolve. Não pode todo dia porque o salário é baixo? Tudo bem, o senhor vai lá dois dias, desde que o senhor atenda 50 de manhã, 50 de tarde. Dê receita para todo mundo, dê pedido de exame, não deixe ninguém sem rivotril, não deixa ninguém sem atendimento, está de boa”.





Estratégia Saúde da Família
Pico do Jaraguá, SP – 2008



APRENDENDO COM O PASSADO, DE OLHO NO FUTURO

Casa de Parto, São Sebastião
Brasília, DF – 2009

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Gente, algumas coisas aconteceram. Primeira delas que o tempo andou, como tinha de ser. A gente também notou, a gente programou um terceiro eixo de discussões, que daria conta das questões relativas a recursos humanos e a gente percebeu que parte de vocês contemplou esse roteiro, muito claramente. O que a gente está propondo para fechar o nosso trabalho, é abrir a palavra para vocês, na forma de comentário, não tem pergunta, idealmente se vocês entenderem que tem uma questão de Recursos Humanos que mereça ser comentada, que mereça fazer parte desse conjunto de narrativas que a gente está fazendo, vocês mencionem. Ou ainda outra temática que vocês acharem pertinente. Serão 5 minutos, não tem réplica, nem tréplica, pode ser uma temática um pouco na linha do que já estávamos discutindo ou algo que ainda não contemplamos. Vou começar aqui com o Antônio Ivo e vai rodando. Muito obrigado.

ANTÔNIO IVO: Eu mesmo pedi para ser o primeiro porque eu tinha avisado que eu ia sair, mas não consegui sair. Então, pedi para falar primeiro de qualquer maneira. Eu não queria também sair sem cumprimentar a coordenação do projeto, cumprimentar cada um de vocês por esse dia que nós passamos juntos. Eu acho que foi um dia super denso, acho que é um grupo altamente qualificado, experiente e com muita coisa a dizer. Não que isso tenha gerado consensos automáticos, entendeu? Ao contrário, eu estava até reclamando com a coordenação, que me fez falta nessa dinâmica a possibilidade de interromper e de brigar um pouco, mais de tempo, entendeu? Porque fica muito assim, sem responder, não pode falar, não sei o quê, você não pode falar, você todo cheio de questões... Mas, de qualquer forma, compensa um pouco, parcialmente, com essa rodada final.

Então, eu queria mesmo assim cumprimentar, eu falei para ela¹⁴⁷, eu tenho dúvida se eu estou adequado, porque eu já passei, as

coisas...Mas é sempre uma coisa muito estimulante em saber como é que se debate essas experiências que estão se dando, são diversos os perfis psicológicos aqui também, o que é muito importante para a gente ter esse desafio emocional de criar conhecimento, de debater conhecimento. Então eu queria mesmo agradecer a coordenação e a todos vocês, alguns eu já conhecia, outros não, mas foi um prazer enorme estar aqui convivendo com vocês. Queria também aproveitar essa bondade da coordenação de abrir a palavra final assim, dentro do tempo, eu tenho muitas coisas que eu gostaria de falar, comentar, me expor, mas não vai dar tempo. Pelo menos não nessa. Depois... Eu vou escolher o meu amigo Carlos Eduardo...Pode chegar perto, não foge não! (risos)... Que é o meu amigo de longa data, trabalhamos juntos em muitas coisas, eu sei, nem precisaria responder, sei que o Carlos Eduardo é um iconoclasta, gosta de metralhadora giratória e tem uma língua bífida, destila veneno com muita facilidade. Eu estou meio imune, mas não queria deixar de aproveitar aqui a oportunidade porque algumas das coisas que foram... Aquilo que ele mencionou ali, nessa ânsia de questionar, problematizar, algumas coisas que eu queria fazer um reparo, especificamente essa questão das residências. Porque aí eu tenho uma discordância, se é que eu entendi bem, e conheço tua opinião. A ENSP, ela de fato encerrou a residência em Saúde Pública que eu fiz há 40 anos atrás, dentro do nosso Centro de Saúde Escola¹⁴⁸ e migrou para uma residência multiprofissional em Saúde da Família, com todos os problemas legais aí, de disputa de corporação ... Eu não quero falar disso agora, mas queria dizer que a gente fez isso conscientemente, reconhecendo que é uma mudança de papel na unidade local. Não é mais aquela, aquele papel que existia há décadas, de fazer ali a vigilância epidemiológica, registrar, vacinar, aquelas coisas que constituíam o mais banal da saúde pública na época. Não é mais esse o papel do centro de saúde... Agora tem a ver com o

147. Se refere a Ana Castro.

148. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. ENSP/Fiocruz.

território; tem a ver com população adscrita, tem a ver com indicadores, com realidade sócio sanitária, que inclusive ultrapassa a questão da ação médica, e a saúde pública mudou também, está mudando. O lócus principal da saúde pública hoje não é mais a unidade local, embora ali tenha, haja funções que permanecem, mas o lócus principal é na sociedade como um todo, por isso se discutir no âmbito da saúde coletiva, fugindo dessa bobagem que o setor privado fala de que tem a saúde privada e tem a saúde pública, como se saúde pública fosse aquela do estado. Uma total banalização do que é, mas a saúde pública, de fato, vem mudando de papel. Por isso a ENSP migrou, hoje ela tem saúde pública, ou saúde coletiva em cursos de especialização. E servem a profissionais em qualquer tipo de inserção e não só médicos, e tem uma compreensão de que a epidemiologia, o ensino da epidemiologia tem evoluído. A nossa realidade atual epidemiológica do predomínio crescente das crônicas não transmissíveis, ela tem mudado, forçado uma mudança do modelo de atenção, onde não se trata mais da cura, como o sarampo, se trata do cuidado e isso é feito num nível local. Saúde da Família é propício para isso, o custo disso continua sendo crescente, não abaixa.

Eu me lembro na minha época que falaram... O Arouca gostava de dizer, você deve lembrar, Carlos Eduardo “não duas gotinhas, uma gotinha cura!”, não se trata mais disso. Tanto é que hoje você tem uma resistência vergonhosa, difícil, a vacinação por alguns, mas o problema não é esse, o problema é como é que você cuida. As três principais causas de morte e incapacidade nesse país não dependem de intervenções eventualmente, mas dependem principalmente do acompanhamento do cuidado, e esse pode ser feito em ambulatório e deve ser feito. Não porque custe mais barato, mas é porque isso é que pode dar mais qualidade a uma vida que eventualmente consiga se prolongar. Seja no acidente vascular cerebral, seja no infarto, mesmo na área privada, a maior parte do tempo de profissionais que atendem nos

seus consultórios, a maior parte do tempo é gasta com aconselhamento. Não é gastar com eletro, e não sei mais o que... Continua sendo feito (o eletro), mas cada vez mais o percentual de... Então a gente está mudando o modelo, eu estou falando bem no geral, não estou nem querendo entrar na atenção primária, mas eu acho que essas coisas a gente tem que levar em conta, porque a epidemiologia também muda, exige de nós.

E a questão do custo, quem foi que falou aí do Rodrigo Maia, da Cristina Boaretto? Quer dizer, é revoltante Rodrigo Maia falar isso, mas é verdade. Uma boa atenção, um bom acompanhamento exige gastos crescentes do Estado, por isso nós defendemos a medicina com responsabilidade, tem que se preparar para gastar, tem de se resolver os problemas de desigualdade na sociedade para poder botar dinheiro e garantir qualidade, mais qualidade na vida das pessoas que vêm sendo prolongadas e tal. Então eu queria só fazer essas considerações, não para polemizar mais, mas para deixar, digamos assim, essa preocupação e lembrando de maneira funesta que o eletrochoque está voltando, não é? Então, a questão da medicalização ela é grave, a gente não deve confundir o acesso às tecnologias adequadas para o cuidado. Eu uso um chip aqui para medir glicose e o meu centro de estudos está fazendo pesquisa de uma coisa chamada lab on a chip, laboratório num chip, para permitir o acesso em zonas remotas de um país como este. É um chipizinho que pinga o sangue e faz diagnóstico de dengue, diagnóstico de... Enfim, bioquímica do sangue e tudo mais. Ainda não está acessível, custa muito em termos de pesquisa, que não vai ser feito pelos laboratórios privados, mas isso vai permitir acesso e é à tecnologia. Foi o tempo em que a atenção primária à saúde tinha como modelos médicos de pés descalços da China, dos anos 70. E durante muito tempo a APS foi considerada uma medicina mais simplificada, o acesso, a gotinha, isso tudo é verdade. Só que hoje em dia, nesse mundo mais complexo que inclusive está no Brasil, não é suficiente. A gente tem de pensar em tecnologias

inclusivas, tecnologias que possam ser disruptivas, e eu não estou falando só para substituir as outras coisas. Então é isso, pessoal, eu queria mesmo agradecer a vocês todos sinceramente, por terem proporcionado uma tarde tão instigante como essa e vamos continuar. O que não pode é desistir. Tá bom? Obrigado à todos.

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA - Agora eu passo a palavra para o Carlos.

CARLOS VASCONCELLOS - Desculpa aos colegas eu vou ter que ir a Petrópolis agora, que tem a pré-conferência municipal lá, então vou falar antes. Primeiro, assim, acho que uma reflexão para fechar é a quem a gente alcança, certo? E hoje, infelizmente, e acho que o Rio de Janeiro na dificuldade em rever os seus indicadores na materno-infantil, com toda essa mudança que a gente teve na atenção, a gente não está conseguindo atingir...Às vezes todos os dias, mesmo estando lá presente porque tem as questões da violência, não é? Elas não conseguem ir ao alto risco porque não têm o dinheiro da passagem, porque é caro para ir no serviço de referência. A gente tem os usuários de crack e outras drogas, que são discriminados pela nossa sociedade quando vão à unidade de saúde e os profissionais, até hoje, de todas as categorias, tem sim preconceito para atender essas pessoas. A gente tem uma sociedade, por exemplo, homofóbica, não é? E aí, quando usuários LGBTs vão às unidades eles também são discriminados. A gente não conseguiu ainda criar um corpo de profissionais de saúde capaz de, do ponto de vista populacional, de atender pessoas LGBTs; a gente ainda não conseguiu superar no nosso sistema de saúde a questão do racismo, que é institucional. Então, são questões como essas que são desafios para nossa formação profissional, que passam pelas universidades, passam pelas residências, passam no dia-a-dia das unidades de saúde. Porque se a gente não se preocupar com essas coisas, a gente pode estar crescendo, mas a gente vai estar replicando o mesmo modelo. A gente vai gastar, mas a tecnologia que a gente está utilizando ainda

não vai ser sensível suficiente para atingir essas demandas. Inclusive a questão da violência. A gente tem que pensar a violência e discutir sobre ela. É difícil discutir sobre ela no território, às vezes, porque há uma barreira para se discutir. As pessoas têm medo. A Valéria colocou a situação que ela vivenciou no Viradouro. Acredito que fosse difícil para ela discutir isso com a comunidade do Viradouro. E um gestor, ele tem...Ele faz junto com a sociedade um planejamento para implantação do sistema de saúde.

Então, eu acho que são esses os desafios de uma sociedade que está em transformação e que tem interesses muito diferentes, que não se colocam para a gente. Que a gente tem efetivamente, que tem olhares diferenciados, somente num modelo que cresce, que se legitima, que é todo momento contestado, mas é por meio desses olhares diferentes que a gente constrói novas alianças e se legitima. A gente vai ter, por exemplo, semana que vem um evento que está até bastante divulgado, no Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que vai discutir o parto, o aborto e a gente ainda tem vozes dentro dessa corporação que defendem, por exemplo, a questão do poder médico sobre o corpo das mulheres e até das crianças em relação à questão da concepção, não é? É importante que se discuta isso, mas é importante também que a gente ocupe qualquer espaço, porque hoje a gente não pode negociar nenhum espaço, porque eles tentam se fechar, seja os conselhos, seja academia, seja nas unidades de saúde. Para que sempre que possível a gente fale, a gente discuta, a gente reflita, a gente dissemine e que espaços como esse aqui, ele se repita em todos os processos, em todos os níveis de trabalho e de atenção. Eu queria agradecer a Estácio, queria agradecer a equipe, queria agradecer a todos vocês. Acho que foi muito importante e eu espero que esse trabalho seja mais disseminado da forma que der. Obrigado.

EDNEIA MARTUCHELLI - Bem, eu acho que vou repetir um pouco a fala do Carlos e do Antônio Ivo no sentido de agradecer ao espaço,

agradecer a vocês pela delicadeza do contato, pela delicadeza da condução desse processo de nossa chegada aqui. Eu acho que eu falei com a Regina um pouco assim, de como é bom olhar na cara de parceiros antigos e novos e ver que essa coisa está viva e intensa e que a gente também tem vários novos atores entrando, não é? Daniel não está aqui, Daniel foi meu aluno na saúde coletiva, e assim, cada vez que eu olho para ele eu falo “tem chance, tem chance, tem chance”, entendeu? Então, assim, essa é a questão que eu trago, acho que a gente apostou no Sistema Único de Saúde, nós todos, e apostamos também na atenção primária. Eu acho que essa aposta está válida, está colocada na mesa. Voltaremos, iremos de novo, tem residência, não tem residência, tem especialização, mas a gente está firme no propósito de ter um Sistema Único de Saúde que atenda com dignidade. A discussão de acesso que o Carlos trás, as disputas políticas e as disputas partidárias de campo ideológico vão acontecer, mas eu acho que a firmeza desse sistema não retrocede e é isso que me alimenta, eu acho que é isso que tem nos alimentado. Queria agradecer pelo encontro com todos vocês, eu acho que isso é o que mais me marcou hoje a possibilidade de estar conversando sobre nós, não é? Que no fundo, no fundo a gente falou sobre a nossa trajetória nesse sistema e um pouco de todos nós, é sempre muito interessante. Obrigada, viu? Pela possibilidade.

VERA PACHECO - Bom, eu também só tenho a agradecer mesmo. Assim, minha primeira oportunidade, que eu vejo de reunir grupos de pessoas que têm uma trajetória longa de atuação na atenção primária. E poder, assim, ver essa reflexão e fazer também, não é? No momento em que as disputas e as conversas são muito mais de um achismo. Que a gente acaba se tolhendo de conversar sobre essas coisas. E aqui foi ótimo, gente! Muito obrigada, valeu muito a pena estar com todos aqui. Vim de Teresópolis, estava meio ansiosa porque a minha memória não estava lembrando um monte de coisa, eu e Ana Ramalho, ficamos ali tentando lembrar, não é Ana? Mas foi muito bom, tá? Muito obrigada.

DANIEL SORANZ - Bom, queria agradecer a oportunidade de estar aqui. Estou vindo de três meses aí de uma agenda muito dura, muito pesada. Eu tenho conversado com muita gente que não pensa igual a mim, isso é um exercício. É muito bom estar em um local onde a saúde pública impera e a gente consegue se identificar, gerar uma empatia mesmo com nossas discordâncias internas. Então, isso é muito legal. Também cada um aqui, é muito bom, porque eu tenho uma história com cada um aqui nessa sala. Então, para mim, é muito bom estar nesse ambiente. Queria só para fechar, eu acho que nessa perspectiva histórica eu fico preocupado com algumas coisas que não aparecem, mas são subliminares, estão no campo da disputa da atenção primária. Eu não acho que a gente em nenhum momento deva esmorecer. Acho que a gente em todo sistema de saúde vive altos e baixos. Aqui no Rio, acho que esse momento Crivella é um momento que a gente tinha que passar, porque isso vai tornar a gente muito mais forte. Se a gente não passasse agora, a gente ia passar um pouco mais para frente. No momento que a gente se uniu, que as pessoas começaram a ver que o que elas tinham conquistado não estava dado, que precisava que a militância exigisse, isso vale para atenção primária, mas também vale para as questões LGBT, vale para tudo tá? Então, ver que isso não está dado é importante. Eu acho que nesse momento de crise em que a gente se acha, isso ajuda. Mas tem um componente que às vezes não aparece, que é um componente do mercado, e que influencia, e muito, no que acontece aqui. Não é à toa que só o Saúde da Família fica sem receber no município do Rio de Janeiro. Não é à toa que a atenção primária recebe tanto ataque. O Saúde da Família impede ou não deixa que alguns setores do mercado de saúde se beneficiem com a destruição do sistema. Então, tanto o mercado das operadoras ...E aí não é à toa que o Saúde da Família está recebendo aí tanta atenção e tanta coisa das operadoras, mas também da indústria farmacêutica e da indústria de procedimentos. Uma das coisas que não apareceu, mas que faziam Rio de Janeiro deslocar a curva orçamentária para as

unidades hospitalares, obviamente é lobby da indústria farmacêutica e o *lobby* da indústria de procedimentos. Uma das coisas que fazem a gente ter a curva do Ministério da Saúde gastando 60, quase 70% do seu orçamento em média e alta complexidade, enquanto os países desenvolvidos gastam 40, é esse lobby. Nessa questão, a gente não pode ser tão inocente; que essa arena de disputa, ela se dá entre profissionais e usuários.

Outra questão que não aparece é o *lobby* das nossas corporações e a história das nossas corporações. Vamos lembrar que os maiores opositores ao Sistema Único de Saúde são os planos privados dos servidores públicos. Assim, plano privado da Fiocruz, plano privado...E a disputa dos próprios sindicatos de quererem ter um modelo de atenção que não é a saúde da família, muitas das vezes é um modelo hospitalocêntrico, isso nem sempre fica no dia a dia nosso, mas eles operam e operam de maneira silenciosa. Talvez a disputa das corporações enfraqueceu muito ao longo dos anos, isso vem mudando. Eu acho que até, talvez pela influência dos profissionais de saúde pública, nessas operadoras de servidores, exemplo na GEAP (Fundação de Seguridade Social do Banco do Brasil), do Banco do Brasil, a atenção primária é muito forte. Ainda é muito forte. Então acho que isso vale a gente colocar, só para a gente não ser tão inocente com essa arena; que essa discussão aqui no Rio, na história da nossa atenção primária, ficou tão blindado assim e aconteceu de maneira tão natural. Numa relação tão simples entre profissionais, entre usuários nas disputas dos conselhos, porque muitas vezes essa disputa está muito além, muito acima do que a gente consegue fazer aqui no nosso dia-a-dia. Obrigado, tá?

VALÉRIA ROMANO - Bom, agradecer também demais esse momento aqui, desculpa se fiz algumas catarses, mas foram importantes. Eu acho que a gente tem que enfrentar uma ambiguidade, sabe? Na atenção primária que

é, assim, ao mesmo tempo que a gente tem um horizonte do cuidado em saúde, a gente está num modelo que é biologicista, que é curativista, que é médico centrado, e como é que a gente vai sair disso. Assim, o que está acontecendo hoje? O que eu tenho visto, os profissionais estão adoecidos na atenção primária. Todos, a equipe toda está doente, entende? Então, é preciso olhar para isso, não é? O que mais a gente faz lá é mediação de conflitos, as pessoas estão tensas com a realidade, com as dificuldades de lidar com essa realidade, que elas estão brigando entre si, que elas estão não conseguindo fazer o seu ideal de trabalho que existe dentro da APS. Então a gente tem que olhar para isso, e aí eu acho que por aí, nosso olhar é para micropolítica das relações. Acho que a micropolítica ok... É isso aí, é caminhar também, mas nós precisamos olhar para o que está acontecendo ali. Porque senão vai tudo estourar. As pessoas, Carlos Eduardo falou brincando, todo mundo tomando Rivotril¹⁴⁹, mas isso é uma realidade. Então eu conversei lá com as ACS, de seis ACS, cinco estão tomando Rivotril, os médicos estão todos tomando Rivotril, os enfermeiros estão pedindo licença porque não estão aguentando de tanto trabalho que tem que fazer. Então é isso, como é que a gente vai enfrentar isso, a gente tem que parar um pouquinho e cuidar de quem cuida, eu acho que é por aí.

MARIA JOSÉ EVANGELISTA - Eu queria parabenizar a condução do Carlos e da Gabi, da competente controladora ali, que ficava só tomando conta. Agradecer muito o convite. A Luciana [Borges] não está aqui, mas eu queria registrar o tempo da Luciana que foi o tempo que eu trabalhei aqui no Rio. A Lu (Luciana Borges), a Vera (Pacheco), Ana (Maria Monteiro de Castro) e outras pessoas que agora eu não tenho como me lembrar de tudo. Eu acho que foi um trabalho importante na época que estava começando a expandir o Saúde da Família aqui no Rio. Acho que valeu a pena, acho que bons tempos, tudo tem seu tempo. Depois

149. Rivotril é o mais conhecido medicamento que tem o clonazepam como princípio ativo, com ação calmante e ansiolítica.

veio o Daniel Soranz, que eu não acompanhei muito, mas que acompanhei à distância, que fez esse aumento de cobertura que também é importante. Enfim, queria agradecer muito a oportunidade de estar aqui com vocês. E quando a Valéria fala que está todo mundo doente, aí eu queria dar uma palavra de esperança, porque fora do Rio de Janeiro... Eu falei na minha apresentação que eu coordeno um trabalho com a atenção primária, em vários estados. São 11. E são vinte e cinco regiões, 600 municípios, 60 mil trabalhadores que até agora estão envolvidos nisso. E aí assim, eu acho que a gente, nesse mundo a gente tem de tudo. Tem o que o Carlos Eduardo falou de Friburgo; que ele disse que está na década de 80; tem lugares que está antes, não é? E têm lugares que têm uma experiência muito legal. Mas, voltando à história da doença, o que precisa mesmo, as equipes estão precisando, é de atenção. É que alguém... Quando eu digo alguém não é uma pessoa... Que precisam de acolhimento, precisam de educação permanente, precisam que olhe para aquela equipe que está ali sozinha. Na verdade, as equipes estão sozinhas, fazendo aquilo que podem e aquilo que sabem fazer. Então, nesse trabalho que eu estou me referindo tem uma coisa que chama mais atenção nas avaliações que a gente faz com frequência. Todo novembro, dezembro a gente faz uma mostra nessa região e as pessoas apresentam seu trabalho e é quase unanimidade o reencantamento dos trabalhadores. Porque lá em 94, a gente pode lembrar aqui, que quando começamos a trabalhar com saúde da família, todo mundo era muito animado, porque era uma coisa diferente que a gente estava fazendo. Cuidando de cada um, indo para a comunidade, conversando, os agentes comunitários sendo a ligação entre a comunidade e a unidade e isso encantava as pessoas. Quando a gente cresceu, passou de 55 para mais de 40 mil, cresceu desarrumado, desordenado, fez um puxadinho aqui, um puxadinho acolá e cada um se virou como pode. Então agora as pessoas precisam disso, chegar na unidade... Quando, teve um tempo, quando

eu estava no município, na gestão lá do meu município, que eu tinha vontade de matar o estado. Porque a gente queria se organizar e o estado não deixava. Aí, depois como mundo gira, e fui para o estado, eu queria matar os municípios todos, Ricardo Mattos. Porque eu ficava vendo tudo, aquele não anda, aquele não quer fazer e tal. Aí, girando de novo eu fui para o ministério, passei dois anos lá no DAB (Departamento de Atenção Básica), que é quando eu vim para aqui. Aí eu via tudo, queria matar os dois. Porque você vê as fragilidades, certo? Mas aí, a gente vai amadurecendo, vai ficando mais velha e hoje eu estou vendo assim do CONASS todo mundo, ministério, estado e município. E eu acho que a gente precisa dar as mãos. Todo mundo pensar no usuário. Que eu acho que a gente pensa pouco no usuário. Profissional pensa só em si, quer ganhar mais, quer diminuir a carga horária, quer não sei o quê. Está certo, é legítimo isso. Mas, a gente vive para o usuário e a gente pensa muito pouco nele. Então eu acho que essa forma diferente de trabalhar, de você estar junto das equipes, fazendo educação permanente de acordo com a necessidade da equipe, não pode ser igual para todo mundo, mesmo no Município do Rio de Janeiro. Eu estou assim, preocupada, porque a gente também está aqui no território de Manguinhos¹⁵⁰ e a gente está ali aprendendo porque nunca enfrentamos uma situação dessa aqui do Rio, pelo menos nós viu? Que eu sou de fora, certo? Ontem mesmo tivemos que parar tudo lá na Fiocruz, tivemos que suspender tudo. Mas, é um aprendizado, que é essa a nossa realidade, e eu queria deixar aqui essa palavra de esperança, que tem remédio para nossa tristeza. A gente tem que perseguir, dar mãos às equipes, unir município, estado e união e não deixar a peteca cair, porque as crises... Eu acho que a crise é uma oportunidade para gente crescer. E obrigada mais uma vez.

CARLOS EDUARDO AGUILERA - Muito obrigado pelo convite, viu? Eu considero isso aqui o fechamento da minha carreira docente. O dia de hoje. Todas as aulas que eu dou eu falo assim

150. Manguinhos é um bairro da Região da Leopoldina, Zona Norte do Rio de Janeiro, sujeito a episódios de violência grave, inclusive de operações policiais extensas. É onde está situada a Fiocruz.

“Essa é a última vez que eu vou dar esta aula SUS.” Aí os professores “poxa!” aí os alunos “puxa vida!”. Essa é a última vez que eu dei meu testemunho histórico. Assim, eu acho que o Rio foi protagonista da criação dos centros de saúde, dos distritos sanitários, historicamente, sempre. A Aliança para o Progresso fez um novo modelo de unidade sanitária, que são as de tijolinhos, todas as unidades que vocês veem que é de tijolinho, foi quem fez? Kennedy! Aliança para o Progresso... Com um novo modelo. Aí vem o Programa Médico de Família de Niterói que foi, assim, fundamental para conquistar mentes dentro do movimento sanitário. Porque o Saúde da Família era criticado como um programa focal e de repente vem a experiência desenvolvida pelo Daniel Soranz. Claro que é uma equipe, claro que ele deu crédito a pessoas que tinham vindo antes dele. Mas assim, gente, foi, a gente que atraiu pessoas do Brasil inteiro. E quando o Crivella demite o melhor médico de família do país; que eu brinquei lá no WhatsApp; ele conseguiu demitir o melhor médico de família do país porque simplesmente é o atual autor do Tratado de medicina ambulatorial, não é? O Michael Duncan¹⁵¹, assim, ele fez, e ele é o melhor médico de família do país, porque ele tem um tratado de medicina ambulatorial, não é? Em que ele é o autor com 30 anos. Aí assim, o seu time tem o Pelé, mas ele falou mal de você, manda ele embora. Manda o Pelé embora, eu não preciso do Pelé, foi isso que ele fez e tem sido feito isso sistematicamente, não é?

Mas assim, deixa eu só terminar o seguinte, esse protagonismo do Rio de Janeiro contribuiu para uma coisa genial que é a enfermagem de saúde da família, e por que que as enfermeiras não atendiam? Porque elas não, não sabiam o papel delas, tá? Porque ficou meio confuso, porque se deu o protagonismo para a enfermagem de construir

o Saúde da Família, porque não tinha médico, não é? Então foi muito legal. A enfermagem tocou o Saúde da Família na primeira década, coordenando o trabalho que ela sabia fazer que era trabalhar a promoção, a prevenção, as agentes comunitárias, tocar a unidade, fazer as atividades de saúde pública, porque elas eram treinadas muito bem para isso, não é? Fazer todos os programas da criança que a Ivone dá aula até hoje disso, não é Ivone? Dá aula lá como é que cuida da criança, enfim, e agora está se empoderando a enfermagem em saúde da família com assistência clínica, tinha que realmente formar elas para elas ficarem empoderadas, certo?

A residência médica da secretaria, nós trouxemos a residência médica para a ENSP também, com Valéria, criamos lá junto com a ENSP, mas a residência da secretaria disseminou um modo de fazer residência, de criar o especialista, as residências multiprofissionais no Rio são enormes, número altíssimo. Quer dizer, a gente ensinou a fazer matriciamento nessa rede, não é? Então assim, a atenção primária venceu, eu tenho claro isso, quando um plano de saúde, eu não acho que é ruim plano de saúde criar uma residência em medicina de família, porque eu brigava com o Gusso¹⁵², “Gusso agora você vai roubar todos os nossos residentes para a Amil? Cria a sua!” Isso briga de Facebook. Três anos depois ele criou, não é? Mas não foi por causa de mim, foi porque a atenção primária venceu. Demorou muito para ele abrir. Então muito obrigado, viu? E eu vou virar médico de família lá em Friburgo, vou ver se eu consigo melhorar um pouquinho aquilo lá.

MARIZA NASCIMENTO - Vou começar diferente porque eu faço tudo diferente. Irmãos é preciso coragem, irmãos já é sol, já é hora [cantando]... Pronto! Só para dizer para vocês

151. Michael Schmidt Duncan é médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) [2008], com residência em saúde da família e da comunidade [2011]. Atuou como médico de família e comunidade em uma Clínica de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

152. Gustavo Gusso é médico pela Universidade de São Paulo (USP) [2000], com residência em medicina de família e comunidade [2003], e doutorado em ciências médicas pela USP [2009]. Atualmente, é professor de clínica geral na USP, onde também exerce a função de supervisão da residência de Medicina de Família e Comunidade. Foi diretor médico de gestão de saúde da Amil [2015-2018] e um dos fundadores da Amparo, rede privada de clínicas de médico de família na Grande São Paulo.

que eu estou muito feliz por estar aqui; porque eu pensei que o fogo tivesse apagado e não tivesse mais brasa em cima daquela fogueira. Agora, nesse nosso encontro hoje eu vejo que o vento deu e a brasa apareceu. Então, quando nós todos estamos pensando, eu penso que as coisas vão acontecer de verdade. Então, agora nós só temos que ver quais são os caminhos que nós vamos traçar, para chegar onde nós queremos. E eu olho para o Daniel, e eu lembro de quando ele botou aquele povo todo da Defesa Civil e mais os agentes comunitários de saúde. Falei “ih, vai dar um bom, a comunidade em peso vai aderir agora e não vai faltar mais nada”. Porque ali estava o trabalho de junção, uma junção participativa e de cuidados com o lixo.

Ah! falar no lixo! Daniel, o que será que vão fazer com o TCC dos agentes do curso técnico, dos agentes comunitários de saúde, que naquele dia lá na Fiocruz todos demonstraram que o que a comunidade reclamou e escolheu como o tema foi o lixo. Você olha para São Paulo e você vê São Paulo se acabando com chuva. Não é, não é com água, é com lixo. Com descuido das autoridades também, não é? Mas, assim, aí eu fico pensando que se nós, se todos pegassem o grupo cheios de vontade, o pessoal da Defesa Civil, de formar grupos de núcleos comunitários de Defesa Civil; e a gente pegar os jovens e prepará-los para as catástrofes, as necessidades que sempre surgem na comunidade. Bom, isso é ruim de sair. Vocês já viram que eu estou reclamando de o que é que vão fazer com essa tal liberdade. Quer dizer, eu digo: a tal liberdade, eu estou falando é da resolução do curso técnico dos agentes comunitários de saúde. Como é que pode 10 áreas programáticas, 10 cursos que se desenvolveram e todos escolheram, as comunidades escolheram a questão do lixo para poder trabalhar, não é? E, aí, ninguém falou nada, ninguém fez nada. Eu falei” ah, meu Deus, que pena!”. Rendeu a minha demissão para casa.

Mas, eu estou feliz, muito feliz, grata por vocês terem me convidado. Eu achei que ia para cova todo aquele aprendizado, toda essa

história, não é? Todos nós, toda essa história de participação de luta, jogar na lata do lixo, não! Então, hoje eu vejo que parece que vai para frente. Nós não passamos junto com a Fiocruz, junto com todos esses atores e atrizes para nada. Então, eu vou ficar aguardando os próximos acontecimentos, não é Daniel? Então, que Deus nos ajude! Eu agradeço a oportunidade, mas dizendo que é preciso coragem para preparar esse povo e dizer para eles “olha aqui está o cargo, mas vocês terão que fazer desta forma” E fazer acontecer de verdade. Bom, então terminei, também o tempo já foi. Um abraço, muito obrigada, muito obrigada mesmo. Foi uma alegria muito grande.

ANA CASTRO - Bom, foi uma delícia, eu acho a metodologia muito agradável, tem a questão do encontro que realmente deixa a gente assim nesse processo de construção coletiva da memória mesmo. Então foi um prazer. E tivemos a tarefa de estar aqui porque Cristina (Boaretto) não pode vir. Então eu vou lembrar uma coisa que Cristina (Boaretto) sempre fala, ela fala: que desde que ela se formou ela ouve que o SUS vai acabar, não é? É isso que o Carlos Eduardo fala, a atenção primária ela vai andando com os conflitos e dilemas que ela tem. Eu acho que tem duas questões relacionadas ao desenvolvimento de pessoas e de incorporação de profissionais no SUS que se eu tivesse que escolher uma coisa para jogar muita força hoje é isso. Eu falava muito com Daniel assim “Daniel tem que ter uma coisa paralela, de mais sustentabilidade” não é? Tinha essa tensão na secretaria porque tinha mesmo a expansão, que se não tivesse acontecido naquela rapidez, poderíamos perder uma oportunidade histórica e teve que ser daquele jeito. Mas hoje quando eu olho para as questões de sobrecarga de trabalho, que eu não acho que é só na atenção primária, essa questão do adoecimento dos profissionais, eu acho que é na saúde. Então a gente tem uma sobrecarga de trabalho que exige todo tempo um ato heroico. Eu não sei se é assim que tem que ser. Eu acho que a gente precisa trabalhar com mais sustentabilidade. Tem uma outra coisa que o Gastão (Gastão

Wagner de Souza Campos) também fala que é assim.... 10% são abnegados, vão trabalhar muito bem em qualquer condição, nas piores possíveis, 10% são aqueles que nunca vão trabalhar bem, que vão sempre estar querendo escorregar, 80% são pessoas normais, que querem desenvolver seus projetos, seus trabalhos, vão para casa, precisam descansar.

Então a questão de uma política clara, de fortalecimento da incorporação de profissionais no sistema, eu entendo hoje, sempre foi, previsto nas regulamentações, como uma questão central de fortalecimento do sistema. Porque a gente expandiu de fato, não é? A gente consegue uma expansão que, óbvio o setor privado está aí, mas ela é competitiva mesmo, eu tenho essa mesma avaliação que você tem. Mas se a gente continuar com essa fragilidade ou exigindo heroísmo de todo mundo, eu acho que isso é muito frágil... O que me anima é porque a gente que dá aula. Já vão mais 16 anos, então realmente estamos formando uma nova geração. Quando eu comecei a dar aula em 2004, eu comecei a dar aula no terceiro ano, os alunos falavam vai falar de SUS? E a gente começou a "jogar" os alunos, buscando espaços na rede de serviços. Eles iam assim, eu mandava ir, telefonava para os coordenadores "vão lá visitar a coordenação de área". Hoje não, hoje a gente tem desde o primeiro ano esse contato com a rede de serviços. Com campos estruturados de prática que tem seus problemas, mas eles estão lá. E já são muitos ex alunos que já estão por aí. Isso é um prazer, isso é uma tranquilidade. Acho que continua com outras possibilidades, com desafios. E no contexto dos desafios a serem enfrentados, está a política de desenvolvimento de pessoas e estruturação das carreiras. Não é todo mundo que tem que ser funcionário público, mas é ter carreira mesmo, também não é só para médico, a gente tem que pensar nisso, viu Daniel? Você que está aí, todo mundo só olha para você, Daniel, Ricardo Mattos, também. Então assim, é verdade eu acho que essa é uma agenda, sempre foi estratégica, mas eu acho que é nisso que a gente talvez tenha que

investir mais, no tempo que cada um tem de dedicação. Muito obrigada! Foi muito bom, parabéns!! Podemos mesmo fazer outros encontros.

ANA RAMALHO - Faço minhas palavras de todos os colegas presentes. Agradeço a todos, agradeço especialmente ter sido convidada, de já estar na aposentadoria lá muito tranquila, aparecem coisas para fazer. Nos últimos meses eu só com o neto, primeiro na barriga e agora já nascido. Não vou passar uma agenda para o Daniel, mas torço para que você tenha a sua agenda. Também, Ricardo Mattos, tenha a sua agenda. E vão tocar isso para adiante. As doutorandas que estão aqui também presentes, esse é também um trabalho infindo, mas avançou.

Quem olha para trás, quando a gente se distancia e olha para trás, os meus últimos alunos, das minhas últimas turmas. Eu trabalhei na graduação de medicina, dando aula de epidemio, trinta anos. Nas primeiras turmas não havia ninguém que se interessasse por saúde pública, ninguém. Nunca apareceu alguém que disse "ah, eu quero fazer isso!" Hoje, nunca tive turma com menos de oito, dez alunos dizendo "eu quero fazer isso", "eu quero fazer atenção primária". Eu acho que isso mudou tanto; isso me dá um otimismo tão grande. Que, por mais que a gente hoje esteja passando uma situação de grande dificuldade no país, de grande dificuldade em todos os níveis de vida e de trabalho nesse país, isso vai passar. Nós já passamos pela ditadura, nós já passamos por um governo militar. Nós mudamos essa qualidade, a nossa democracia depois da década de 80 era melhor que a nossa democracia na década de 50, naquele interregno democrático que a gente teve na época de Juscelino. A nossa democracia na década de 80 foi uma democracia que discutiu, que se propôs outros problemas. Então, isso vai passar e vai ser um degrau. Eu tenho certeza e torço muito por isso.

IVONE CABRAL - Bom, eu também quero agradecer a oportunidade de estar aqui. Quando leio: "atores vivos que contribuíram

para a construção da história da APS no Rio de Janeiro”, eu me pergunto: Mas, o que que eu estou fazendo aqui? Será que eu contribui para alguma coisa? E, eu pensando nisso... ouvindo vocês. São muitos testemunhos bem legais ... esses tipos de iniciativas de escuta, em que você faz uma escuta da memória e o registro dessa memória e o quão importante é cada um desses relatos, cada pessoa que está aqui nessa sala. O papel que teve nessa construção. Eu queria aproveitar esse momento. Eu achei que foi bastante rico, mas teve duas coisas que talvez a gente ainda precisasse tocar e eu gostaria de deixar isso como mensagem final. Uma é a formação política do usuário do sistema de saúde. Eu acho que a gente faz muito pouco isso. O usuário, ele passa a ver essa relação de troca, não é assistencial, mas propriamente um direito dele de proteger o sistema. Porque é para o benefício direto do próprio usuário. Eu mesma, como usuária de clínica da família, quando eu estou lá, eu falo para o pessoal: “nossa! A gente tem que defender isso aqui”. Sentada na sala de espera, eles não sabem que eu sou enfermeira. “A gente tem que defender isso aqui, nós não podemos deixar fechar”. “Olha que absurdo isso, e eu não sei o que eles pensam em fazer”. Aí começa a gritar, gritar lá dentro, entendeu? E incomodar mesmo, não é? Para as coisas não serem destruídas. Na verdade, na minha visão, eu acho que o usuário seria a maior força para impedir de fechar as unidades de saúde, a maior força para reverter essa relação desigual entre profissional e atendimento. Eu assisti em Montreal uma passeata que os usuários do sistema de saúde fizeram lá, junto com os profissionais de saúde, sobre a comunitarização do cuidado. Naquela ocasião (2005), eles foram para a rua. Na medida em que a passeata ia passando, ia entrando mais usuário, mais usuário, mais usuário. Chamou atenção da mídia. Então acho que a gente precisa trazer mais o usuário; é ainda muito tímida a participação do usuário na defesa, inclusive das clínicas de saúde da família do Rio de Janeiro. A gente faz mais... é profissional de saúde lá nos movimentos. Ainda há pouco usuário, não é? É para abraçar

a prefeitura e a gente chama ...e a pessoa fica olhando “mas o que que vocês estão fazendo mesmo aqui? A gente diz: “vem ajudar a abraçar. Eles estão querendo fechar as clínicas”. Eu acho que a gente precisa trabalhar melhor o usuário lá na ponta. O outro é em relação à formação profissional. Essa formação precisa ser integrada. Porque cada um se forma na sua caixinha e, depois, vem todo mundo trabalhar junto; mas o trabalhar em equipe...isso não aprendeu. Pelo contrário, o que se aprendeu é que para cada um deve trabalhar na sua própria caixinha. Então, fica difícil fazer essa reconstrução. E, por último, os planos de carreira para profissionais do Sistema Único de Saúde, vamos para 16ª Conferência Nacional de Saúde, de agosto desse ano, reivindicar mais uma vez. As 15 conferências nacionais de saúde têm em seus documentos finais a reivindicação por plano de carreira para todos os profissionais de saúde do sistema. Então, esses planos de carreira conferem um sistema de proteção do trabalhador, até mesmo para trabalhar em equipe. Essa desigualdade salarial existe. Já tem desigualdade de carga horária determinada por lei. Mas eu acho que a gente precisa continuar insistindo nessa tecla. Eu sei que é uma reivindicação quase secular da categoria médica, que eles tenham um plano, uma carreira de estado, mas eu vou continuar defendendo plano de carreira para todos os profissionais e não só para os médicos. Acho que a mensagem final é essa e agradecer a oportunidade de estar aqui, mais uma vez.

RICARDO MATTOS - Eu comecei falando, comentando o Antônio Ivo, eu vou terminar não comentando Antônio, mas copiando. Longe de querer tensionar alguma coisa aqui, mas eu acho que é preciso... Eu gostaria de deixar pelo menos um ponto marcado e que dialoga muito com que a Ivone acabou de falar. Em alguns momentos aqui, longe de ser consenso também, em alguns momentos aqui a gente, por vezes, utilizou a atenção primária ou saúde da família do setor privado como sendo algo comum, benéfico e eu não estou querendo discutir o mérito. O que eu queria colocar

aqui, novamente, é muito mais uma disputa de conceito mesmo. Acho que, talvez, exista uma necessidade da gente fazer uma disputa conceitual. Ainda que a dinâmica de atuação possa ser similar em Saúde da Família, setor privado e público, no limite, ao menos uma coisa parece que é fundamental em termos de diferença, que é a saúde enquanto questão democrática, de direito universal. Tendo essa diferença abismal, eu estou querendo fechar minha fala aqui muito na proposição de uma disputa conceitual mesmo, do que vem a ser a saúde da família de setor privado, que não é de agora. Que já tem bastante tempo que a gente está conversando, pelo menos aqui.

E essa segunda situação, que é muito, em termos do terceiro eixo previsto. Mas que a gente não conseguiu discutir, que é da formação; que é um pouco do papel também de uma reflexão da própria academia; de qual o nosso papel enquanto academia na produção de conhecimentos, ou de novos conhecimentos no campo da saúde coletiva e da própria saúde da família/atenção primária. Pensando numa possibilidade que já tem algumas décadas, um pouco mais de uma década, que é a do mestrado profissional e agora doutorado profissional; que é justamente um compromisso dessa academia de produzir um conhecimento que seja capaz de ser traduzido, desse local que às vezes a gente se encastela e se encerra, para algo que seja de fato aplicável e transformador de realidades. Então, eu acho que é algo a ser refletido e talvez sendo cada vez mais assumido como uma tarefa. Mas mesmo como missão de trabalho, se não for para produzir conhecimento que modifique a vida das pessoas e contribua para o bem-viver qual é o papel dessa academia? Então queria muito encerrar minha fala nesse sentido e agradecer muito. Acho que foi uma tarde, um dia bastante interessante, saio daqui com mais força e com certeza não vai ser pra desistir, vai ser para gente continuar nessa caminhada, obrigado.

REGINA HENRIQUES - Bem, como todos os outros também, quero agradecer essa oportunidade de passar um dia maravilhoso como foi o de hoje. Essa oportunidade do

encontro, do reencontro com algumas pessoas e de ouvir a experiência de vocês, enfim, ser provocada a pensar não só sobre a minha trajetória, mas também sobre outras possibilidades que estão por aí. Pulsante. Como Antônio Ivo, eu também achei, jurássica, tão antiga, o que quê eu vou fazer lá? Já não tenho mais nada para acrescentar e na verdade assim, ouvir os jovens, ouvir as experiências que foram trazidas aqui também me fez olhar para trás para essa minha trajetória e assim, caramba? Quanta coisa também a gente foi construindo ao longo desse caminho. Por exemplo, eu me lembro que lá na década de 80, ainda em 1984, a UERJ assume junto com a secretaria municipal de saúde a gestão de um posto de saúde, no modelo que era diferente das UACPS, que era diferente dos centros de saúde que ainda não estava sendo experimentado e lá a gente teve a oportunidade, Ivone de viver isso que você chamou a atenção, que eu acho que também, é muito necessário que nós tínhamos os cursos de saúde da UERJ, estagiando naquela unidade, e aí a gente experimentava fazer junto, não tinha um supervisor da enfermagem, professor da medicina, supervisor de serviço social, não. Todos eram os supervisores de todos, a gente tinha que sentar junto, planejar junto as ações e planejar as ações junto com a comunidade que tinha assento nos nossos conselhos. Então a gente estava experimentando coisas e eram muito novas para aquele período. E foram experiências assim que hoje, conversando com quem passou por lá como aluno, eu vejo como foi marcante para eles e como foi transformador para a trajetória também de vida profissional deles e a gente pode continuar fazendo essas coisas. E aí eu queria chamar atenção que acabamos não tendo a oportunidade de discutir, mas assim nessa relação da universidade com serviço eu acho que a gente ainda precisa investir muito nessa questão e nesse debate, mas nós superamos de certa forma o utilitarismo muito presente nessa relação, não totalmente superado ainda, mas que nós temos um caminho na universidade que é extensão universitária e que ela pode ser um excelente caminho para que essas relações

elas se estabeleçam de uma forma mais igualitária, mais horizontal, mais dialógica e que a gente possa ter uma permanência da universidade nesses outros cenários também através da extensão. Nós temos experiências maravilhosas com a extensão universitária por esse país afora e na área da saúde, elas são muito ricas e que eu acho que merecia que a gente também lançasse um olhar sobre essas experiências e trouxesse mais luz para elas. Eu tive a oportunidade de viver por oito anos a gestão da universidade como pró-reitora de extensão e cultura, fui presidente do Fórum Nacional inclusive, e assim como tem coisa boa acontecendo por esse Brasil afora, que a gente fez e não tem conhecimento e que precisa mesmo de estar mais explícita, de estar mais clara. Que a gente possa usar isso como discussão, como reflexão e até quem sabe para nos estimular a construirmos outras tantas experiências tão boas quanto. Então eu acho que o papel das associações também profissionais nesse processo de mudança das formações estimuladas por todos os processos de transformação das políticas, influenciando de alguma forma também esse processo é algo que merece também que a gente deu um destaque maior e discuta mais qual foi esse papel nessas mudanças que aconteceram que fizeram com que todos nós experimentássemos, de alguma forma, o que era levar o aluno desde o primeiro período. Para as comunidades, para as práticas, para inserção dos serviços, vivendo o que que é a profissão. Estimulando também a permanência destes alunos nos cursos, quem sabe um dia a gente consiga manter esse brilho no olhar dos nossos alunos e não os deformar ao longo da formação, né? É isso.





Atendimento, Projeto Amanhecer, Posto de Saúde Romeu Jucá
Fortaleza, CE - 2009

LISTA DE SIGLAS

AAP - Agência de Acreditação Pedagógica
AB - Atenção Básica
ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDS - Síndrome da Imundeficiência Adquirida
AIS - Ações Integradas de Saúde
AMQ - Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AP - Área Programática
APCN - Aplicativos de Propostas de Cursos Novos
APS - Atenção Primária à Saúde
CAP - Coordenação de Área Programática
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBVE - Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
CEADS - Centro de Estudos Ambientais e Desenvolvimento Sustentável
CEAPS - Centro de Autorização de Procedimentos de Saúde
CEBES - Centro de Estudos Brasileiros em Saúde
CEDAPS - Centro de Desenvolvimento e Apoio a Programas de Saúde
CIEP - Centros Integrados de Educação Pública
CIESO - Centro Integrado em Segurança e Saúde Ocupacional
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Vigilância em Saúde
CIEZO - Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSA - Conselho Comunitário de Saúde do Complexo do Alemão
COREME - Comissão de Residência Médica
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
COSEMS - Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
DGSP - Departamento Geral de Saúde Pública
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESTÁCIO - Universidade Estácio de Sá
FAPERJ - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
GEAP - Fundação de Seguridade Social do Banco do Brasil
GEL - Grupo Executivo Local
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IESC - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IMS - Instituto de Medicina Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA - Instituto Nacional do Câncer
IPUB - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros.
MEC - Ministério da Educação
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NESC - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública
NPS - Net Promoter Score
OCIP - Organização Civil de Interesse Público
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não-Governamental
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM - Postos de Assistência Médica
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMF - Programa Médico de Família
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PPGSF - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
PROESF - Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF - Programa Saúde da Família
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES - Secretaria de Estado de Saúde
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
ST - Seminário Testemunho
SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Subsecretaria de Vigilância em Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TEIAS - Território Integrado de Atenção à Saúde
UACPS - Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF - Universidade Federal Fluminense
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UMAMP - Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos
UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA - Unidade de Pronto-Atendimento
USP - Universidade de São Paulo







1. Da esquerda para direita Gabriele Carvalho Freitas, Regina Henriques e Ricardo Mattos.
2. Da esquerda para direita, de perfil Mariza Nascimento e Carlos Eduardo Aguilera. De frente, da esquerda para direita Maria José Evangelista, Valéria Romano, Daniel Soranz, Vera Pacheco, Edneia Martuchelli e Antônio Ivo.
3. De perfil Mariza Nascimento e Carlos Eduardo Aguilera. De frente da esquerda para direita, Maria José Evangelista e Valéria Romano.
4. Da esquerda para direita Antônio Ivo, Carlos Henrique Paiva e Gabriele Carvalho de Freitas.
5. Da esquerda para direita Ricardo Mattos, Ana Maria Ramalho, Carlos Vasconcellos e Ana Maria Monteiro de Castro.
6. De frente e da esquerda para direita, Carlos Henrique Paiva e Gabriele Carvalho. De perfil, do fundo para frente Regina Simões, Ricardo Mattos, Ana Ramalho, Carlos Vasconcellos e Ana Maria Monteiro de Castro.
7. Em pé, Carlos Henrique Paiva.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

