

Site OHS – Depoimentos Históricos

Transcrição da entrevista 2

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

Data: 10 de novembro de 2022

Deponente: Maria Cristina Boareto (CB)

Entrevistadores:

Carlos Henrique Paiva (CHP)

Maria Tereza Fonseca da Costa (MTC)

Thais Franco (TF)

Cássia Pitangueira

Duração: 2:39:36

Como citar:

BOARETO, Cristina. Entrevista I [nov 2022]. Entrevistadores: Carlos Henrique Paiva, Maria Tereza Fonseca da Costa, Thais Franco e Cássia Pitangueira. Rio de Janeiro, 2022. 1 arquivo .mp3 (159min.) Disponível em: <https://ohs.coc.fiocruz.br/biblioteca/depoimentos-historicos-rede-de-atencao-a-saude-na-regiao-metropolitana-do-rio-de-janeiro/> . Acesso: dia de mês de ano.

Transcrição da entrevista completa

Carlos Henrique Paiva (CHP) – Cristina, antes de mais nada, [gostaria de] mais uma vez agradecer muito sua disponibilidade de estar aqui com a gente. A gente ocupando seu tempo... você vai passar aqui essa tarde conosco e eu espero que seja também proveitoso para você. Hoje é dia 10 de novembro de 2022, e esta é a segunda parte da nossa entrevista com a Dra. Maria Cristina Boareto. É uma entrevista que faz parte das atividades do projeto “Rede de Atenção à Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro – Trajetórias e Perspectivas”. Nessa entrevista estão presentes eu – Carlos Henrique Paiva –, Maria Tereza Costa, Thais Franco e Cássia Pitangueira. Thais, você quer começar?

Thais Franco (TF) – Naquela nossa última conversa, a gente encerrou nossa conversa quando você ia começar a falar da sua ida para o Ministério da Saúde. Mas antes da gente retomar esse ponto, eu queria retomar só um detalhe desses momentos anteriores, em especial ali do seu período de formação, finalização da residência, dos debates ali na década de 80. Porque relendo a sua entrevista, você mencionou que, naquele período, você já compartilhava uma ideia de Sistema de Saúde – eu até peguei entre aspas. Que vocês já sabiam “organizar em níveis de complexidade”, né? Que essa ideia já estava por ali, entre vocês. Partindo dessa sua fala no nosso último encontro, eu queria ver se você lembra... ou tem algum elemento de qual era o espaço, a instituição, onde vocês tiveram contato com essas formulações. Quer dizer, essa ideia de hierarquização, de níveis de complexidade, que o sistema teria essas características organizativas. Se você teve, em qual instituição foi e com quais pessoas? Quais autores, professores ou colegas que você compartilhava a gestão. Se você puder retomar isso um pouquinho, antes da gente voltar para os anos 2000...

CRISTINA BOARETO (CB) – A residência foi logo após eu me formar, no ano de 1979... Ou 78 e 79, ou 79 e 80, foram dois anos de residência. Foi uma residência que era multiprofissional, promovida pela Escola Nacional de Saúde Pública, numa cooperação com o INAMPS, na época. Éramos 20 residentes, entre médicos, nutricionistas,

enfermeiros... basicamente só da área de saúde, que eu me lembro. Já nessa residência eu me lembro que nós fizemos um campo de estágio que foi para conhecer algumas experiências de organização de redes de assistência no Brasil. Como éramos 20, foram quatro grupos: um grupo foi para Pernambuco; um grupo foi para a Bahia – em dois lugares, acho, de Pernambuco e em dois lugares na Bahia. O meu grupo foi para o norte de Minas, observar lá a experiência de Montes Claros, que foi... que se chamava na época PIASS.

CHP – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

CB – É. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, né? Tinham dois “S”. Então nós, já lá em... acho que foi em 79, nós fomos conhecer essas experiências de interiorização que estavam ocorrendo aí... Bahia, Pernambuco e norte de Minas. No norte de Minas tinha uma pessoa muito importante, que chamava Chicão, que era o... acho que Secretário de Saúde – não sei se Estadual – e... era uma proposta bastante arrojada mesmo, porque em Montes Claros eles construíram uma estrutura de Regional, arquitetonicamente arrojada: ela era arredondada, com as portas voltadas para o interior [da unidade], aquela coisa que permitisse a integração entre as equipes, entre os profissionais de Saúde. E também fomos conhecer várias unidades de saúde: em Januária, em São Francisco, na região do norte de Minas ali.

Eles tinham propostas muito interessantes, por exemplo: em um posto de saúde eles organizavam hortas comunitárias. Me lembro de ter ido a uma reunião de trabalhadores rurais, uma reunião muito politizada, de defesa da terra. Inclusive, a pessoa que coordenava essa reunião, uma pessoa muito interessante, foi assassinada. Então, já tinha nessa época uma coisa de organização do serviço; não só de organização dos serviços, mas os serviços como ponta de lança de uma mudança social, de melhoria da qualidade de vida das pessoas, de mais participação política, né? A gente conheceu as outras experiências também, mas as que eu tenho mais lembranças são da minha, né, porque eu estive lá e foi muito, muito rico.

Os professores eram o Chorny [Adolfo Horácio], eram o Mario Hamilton, o Paulo Buss, a Claudia Travassos, que eram os coordenadores, a equipe de supervisão da residência. Então, era assim, também era uma equipe multiprofissional. E era nesse contexto ali, nesse caldo de cultura, que a gente fez essa formação que foi muito interessante, da residência. Fortaleceu muito essa questão da participação. Inclusive, vários desses residentes – o Dadá [Eduardo Levcovitz], tem gente que trabalha na OPAS... muito pouca gente saiu da área da Saúde Pública, a maioria... O Luiz, a Sheila,

Paula... enfim, pessoas que depois tiveram importância na rede de saúde, né? Na gerência, coordenações...

Junto com isso também estava ocorrendo... aí eu realmente não sei precisar, mas eu acho que tem 1981... 1980, já tinha uma rede muito importante se formando lá em Niterói, que se chamava “Projeto Niterói”, e também era uma estrutura de organização de rede – eram postos de saúde, a maioria deles dentro das próprias comunidades, dentro das favelas, com profissionais muito engajados politicamente também. O [Hugo] Tomassini era o Secretário de Saúde e isso durou pouco, porque depois trocou o prefeito, entrou o Moreira Franco e isso foi meio desestabilizado. Mas foi muito fortalecido. Eu lembro que a gente atuava no Sindicato dos Médicos... eu não participei desse projeto no início, mas acompanhei muito de perto, porque os amigos médicos... e assim... essa mesma perspectiva que tinha lá em Montes Claros tinha em Niterói: uma inspiração nas propostas de Cuba, de Médico de Família... Então esse embrião ali em Niterói também estava acontecendo.

Eu acho que são as primeiras memórias que eu tenho dessa questão de formação de uma rede, de estar pensando os serviços em rede, de estar pensando nos serviços como articuladores de outras ações de Saúde e de vida – na realidade, de qualidade de vida. De estar buscando essa questão, estar envolvendo a determinação social da doença e trabalhando também, junto com os serviços de saúde, para melhorar as condições de vida.

TF – Ficou bem caracterizado. Reforça várias coisas que você trouxe na nossa última conversa, desse momento mesmo. Porque dá a sensação que, nesse momento, estava sendo germinado, experienciado, tanto uma outra possibilidade de produção de serviços de saúde no território e também, de parte da organização com os outros serviços já existentes, né?

CHP – Só queria perguntar uma coisa. Cristina, a gente fica fazendo esse exercício de memória, de te projetar naquele contexto, e você acionou Monte Claros, que é uma referência muito importante, reconhecida na literatura, e Niterói, que é também uma experiência muito importante e muito próxima geograficamente. Experiências menos referidas e mais distantes como, por exemplo, Curitiba. Isso estava no horizonte de vocês? Você tinha uma certa percepção do que estava acontecendo no país, em termos de experiências de organização de serviços locais? Ou isso... estava mais preocupada em tocar a agenda de vocês localmente, sem ter uma percepção mais nacional dessas experiências? Nessa época pré-SUS [essas experiências] eram muito pulverizadas, né? Tinha experiências com diferentes embocaduras, né? E isso

era uma coisa que já chamava atenção ou vai chamar a atenção depois? É uma questão intelectual de quem vai pensar isso adiante? Ou para quem está ali no início dos anos 80... não estava muito preocupado com em monitorar essas experiências?

CB – Essas experiências, a gente está falando ali... início de 80, tá? Eu estava na residência em 79, 80. São bem... as experiências mais embrionárias. A experiência de Campinas era importante para a gente também, mais tarde. Mais do que a de Curitiba – não tenho muita lembrança de Curitiba como [uma referência]... Mas o Gastão [Wagner de Souza Campos], lá em Campinas... eram pessoas que a gente chamava para ouvir, para conversar, para ver como era a experiência lá. Então, as publicações do Gastão foram muito importantes também. Em 91, a prefeitura de Niterói – aí já é 91 – financiou a ida de quase 20 profissionais de saúde a Cuba. Nós fomos a Cuba visitar, participar daquelas...

CHP – Você estava nesse grupo?

CB – Eu estava nesse grupo de 91! Era um Congresso de Saúde de Cuba, muito importante lá para eles. E nós fomos, um grupo enorme de profissionais. E foi uma coisa assim maravilhosa, nunca mais teve! Fomos recebidos pelo Fidel Castro na abertura, e no encerramento do Congresso; teve baile; teve jantar com o Fidel, no Palácio. Foi um luxo só! Teve manifestação de rua, com o Fidel discursando. Realmente... Nossa, foi um privilégio. Depois ele nem deu tanta bola assim, mas esse Congresso... não sei, acho que era o primeiro Congresso de Saúde mesmo lá, né?

Nesse congresso tinha um deputado do PDT, porque estava acontecendo também o Encontro da Internacional Socialista de Cuba, no mesmo período. Esse deputado – depois eu lembro o nome dele – estava sendo enviado pelo Leonel Brizola para participar dessa Internacional Socialista, desse encontro deles lá. Ele levou um Secretário de Saúde dele! Então ele ficou muito próximo da gente, acompanhando as atividades. Ele ficou para o Congresso depois, né? Quando ele voltou – isso foi 1991 já, mas acho que é importante –, ele falou pro Brizola que tinha visto o Congresso de Saúde da Família e o Brizola afirmou: “Quero fazer isso. Quero fazer Saúde da Família aqui no Rio”. Aí ele nos chamou, o deputado nos chamou para uma reunião com o Brizola. Fomos eu, a Kátia – que é uma outra médica também...

CHP – Kátia Rato? É isso?

CB – Kátia Rato, é. Fomos nos reunir com o Brizola para falar da Saúde da Família, se

era importante fazer no estado, não sei o quê. E o Brizola falou: “Vamos fazer sim, eu quero fazer. Vamos começar na Ilha do Governador”.

– Isso em que ano, Cristina?

CB – Em 1991. Quando a gente voltou desse Congresso, logo depois que a gente voltou do Congresso. Aí fomos, ele fretou um helicóptero e fomos nós circular em cima da Ilha do Governador para ver os espaços, onde poderia implantar. O Brizola queria implantar com bombeiro, porque achava que o bombeiro era cumpridor, não ia faltar, enfim, que funcionasse bem assim, que não tivesse erro, entendeu? Foi muito boa a experiência. A gente visitou... a Ilha não tem realmente espaço. A Ilha do Governador é muito concentrada – já era, naquela época. Mas isso não evoluiu porque a gente foi para a Secretaria de Saúde – o [Ronaldo] Gazolla estava assumindo [a secretaria de saúde do] município – e o Brizola também foi só uma vontade que não se concretizou. Mas era essa questão de estar vendo outras experiências e sensibilizando.

Eu acho que essa viagem a Cuba, para muitos profissionais, foi muito boa e fortaleceu muito a proposta de Niterói. Depois houveram vários seminários que vinham cubanos, vinham brasileiros e tudo mais. Então, essa [experiência] de Campinas, muito capitaneada pelo Gastão... e... não estou me lembrando de mais... Tinha, lá atrás, vocês já devem saber e eu não posso nem falar porque só ouvi falar: a proposta de Austin, né? Com o Noronha. Eu não sei exatamente, mas estava circulando. Era também uma proposta que a gente se baseava, se inspirava.

– O Antonio Ivo estava também, envolvido.

CB – O Antonio Ivo, exatamente.

– Acabou não indo muito para frente, né? Mas foi bem interessante, né?

CB – Eles chegaram a construir muitas unidades lá, teve uma coisa bem estruturada. Depois...

– Em uma parceria com a Igreja, né?

CB – Também. Inclusive, aquelas unidades auxiliares de cuidados primários que foram criadas no município do Rio de Janeiro, antes de 90, eram inspiradas também lá em Austin. Era para ser umas unidades, chamavam Unidades Auxiliares de Cuidados

Primários. Como se fosse... a prefeitura tinha, na época, 23 Centros Municipais de Saúde e, anexos, satélites a esses centros de saúde seriam essas unidades auxiliares. Também foi uma proposta de organização de alguma rede que pudesse trabalhar essa questão dos níveis de complexidade.

A experiência de Pernambuco eu não me lembro, mas era alguma experiência importante porque estava no nosso calendário...

– Pernambuco é Vitória de Santo Antão?

CB – Não. Acho que não. É algum interior lá de Pernambuco, não estou me lembrando. Um dos nossos grupos foi para lá. Não foi nem capital... Era de interiorização, foi na época do PIASS. E na Bahia, também não me lembro onde foi o da Bahia, não.

CÁSSIA PITANGUEIRA (i) – Foi em Petrolina não, né?

CB – Não... Depois vocês pesquisem. [risos]

– Qualquer coisa a gente pergunta também, não tem problema.

CB – Pergunta a Ivani. Também era desse grupo. Rosana Iozzi também era desse grupo... desse de residência, que eu estava falando, dos 20. Logo depois que a gente terminou a residência, foi fazer concurso para Brasília, para o Distrito Federal. Eles estavam com proposta também de ampliação da Atenção Básica. Eu até fiz o concurso, mas depois acabei não indo. Tenho dois amigos que foram e ficaram para sempre lá em Brasília. Foi uma organização bacana também: Ceilândia, Tabatinga... também foi uma proposta que se dizia boa, pagava bem aos profissionais e até hoje Brasília tem uma estrutura razoável em função desse início aí, dessa formação dessa estrutura lá de Brasília.

– O [Antonio] Carlile Lavor estava envolvido com isso? O lá do Ceará? Já não me lembro o projeto agora, mas ele esteve envolvido num projeto ali no entorno de Brasília. A proposta inicial era de Medicina e Serviço, era de formar médicos na Atenção Primária, digamos assim – o que a gente chamaria hoje de Atenção Primária. E aí vai apoiar a expansão de postos... Eu acho que a gente está falando disso, se não me engano, final dos anos 70. Eu acho que é mais cedo. Não sei até quando ele fica, porque depois ele volta para o Ceará para criar o PACS.

Cristina, queria te fazer uma pergunta, aí já dando um pouco um salto, mas mantendo o assunto Brasília, que é falar da sua ida para Brasília. Você vai para Brasília para trabalhar na SAS em meados de 2000, em 2005, né? Você fica, pelo que eu vejo no teu currículo, cerca de dois anos ou talvez um pouco mais do que isso, no Departamento de Ações Programáticas. Queria que você falasse um pouco sobre esse convite para você ir: como se deu? O que você encontra lá, na SAS? E o que você foi fazer: qual é a sua agenda lá dentro? São três perguntas. Ainda tem uma quarta, mas eu vou deixar para depois, para não ficar muito confuso. Então: como é que se deu a sua ida? O que você encontra lá? E que você foi fazer no Departamento de Ações Programáticas?

CB – Eu já estava muito tempo na Secretaria Municipal. Fiquei toda gestão do Gazolla, depois com Arouca, depois um pouquinho com o Jacob [Kligerman], eu acho que foi um corte, assim. Eu fui mandada embora e coincidiu com a nomeação do [José Gomes] Temporão para a SAS. Então, ele me convida para ser a diretora da Atenção... chamada DAP – Departamento de Atenção Programática. Esse departamento tinha toda a área de programação. Eu fiquei muitos anos nessa Superintendência de Saúde Coletiva, que também era toda a área de programação da Secretaria: Programa de Saúde Mental; Mulher; Criança; Vigilância. Então, eu me senti muito à vontade de ir para o DAP, porque eu sabia, já tinha conhecimento, tinha alguma experiência de implantação desses serviços, né? Fiquei lá acho que quase dois anos, até o Temporão virar Ministro. Porque aí ele já tem outras... porque eu não tinha nenhuma questão política, com o MDB... Então, quem vai para o meu lugar é uma pessoa indicada pelo MDB, se eu não me engano. Então, eu acabo saindo.

Foi um momento bom também, a gente estava com muito vigor. A gente priorizou muito a questão da área materno-infantil lá, porque é um carro-chefe dessa questão. E caminhamos bastante para organização dos serviços das maternidades: fizemos vários seminários estaduais com os núcleos de maternidades... porque esse Departamento tinha um histórico só de trabalhar com Atenção Primária, nunca entrar pela questão das maternidades. Então nós trabalhamos muito essa questão, trabalhamos questões conceituais do Direito das Mulheres, da Saúde; fizemos aquela Caderneta da Saúde da Criança, que até hoje é usada, é bem bacana, é bem parruda, sabe? A questão da Saúde Mental a gente avançou na desospitalização, continuamos... na saúde mental era o Pedro Gabriel, continuou o Pedro Gabriel [Delgado]. Era uma área que estava caminhando bastante bem que continuou e teve muita desospitalização, muito fechamento de hospital psiquiátrico.

Criamos também, lá dentro, uma área de Saúde do Idoso, que não tinha. A questão do

envelhecimento... O [Alexandre] Kalache nos ajudou a montar um pouco essa estrutura. E outra coisa interessante que a gente fez lá foi... a questão da promoção da Saúde pertencia à SVS, que era a área de vigilância em Saúde. Nós conseguimos fazer essa união entre a área da... ah, a Saúde da Família também, estava... a Saúde da Família era outra área – não era a minha área. A gente conseguiu promover muito essa integração entre a SVS, entre a Saúde da Família e essas ações de promoção da Saúde. Fizemos o Primeiro Seminário Nacional de Promoção da Saúde, lá em Brasília, junto com a SVS. Isso me ajudou quando eu volto a estruturar também, aqui no Rio a área de Promoção da Saúde: é mais parruda, [passa] a não ser só uma assessoria.

Então esse período de Brasília foi assim: eu trouxe muito minha experiência do Rio de Janeiro para as questões que a gente trabalhava aqui no Rio. Porque mesmo quando a gente estava só no Rio, a gente levava muitas... Tereza sabe disso, era muito vanguarda até para o próprio Ministério da Saúde. Então, a gente levava questões que o próprio Ministério depois encapava, depois participava. Olha lá, Tereza entrou de novo.

MARIA TEREZA COSTA (MTC) – Estava ouvindo. Teve um momento de túnel que interrompeu, mas depois ninguém me admitia aí. Eu vou subir elevador agora para ir para casa, deve cair de novo.

CB – Eu estava falando que a gente, lá na Prefeitura, tinha muito... focalizava o próprio Ministério. Muitas questões a gente era até mais avançado que eles, lembra?

MTC – A gente achava, né?

CB – Ainda acho, eu acho.

MTC – Mas era mesmo, era mesmo muita vanguarda.

CB – Eu vou falar aqui, em *off*, o que era o Ministério da Saúde. Não sei se isso pode depois ficar, mas não tinha estrutura, eram pessoas contratadas com os convênios pela OPAS, jovens recém-formados que saíam dos seus... “Ah, fui num Seminário e tal. Ah, achei uma pessoa legal lá. Você não quer vir para Brasília trabalhar?” Sem nenhum vínculo, todos de 20 e poucos anos, sabe assim? Uma estrutura muito frágil, muito frágil. O próprio Ministério depois criou uma carreira, ligada ao Planejamento, que foi de gerentes. E o planejamento fazia o concurso, selecionava essas pessoas – que podia ser de qualquer área – e enviava para os diversos Ministérios. Então, começou a chegar algumas pessoas... não que conheciam o conteúdo de Saúde, mas que

conseguiam... tinha um conteúdo de gerenciamento, de organização... isso foi dando alguma envergadura à estrutura do Ministério.

– Isso quando, Cristina? Só para precisar, assim.

CB – 2005.

– 2005 essa virada está se dando. Quando você está chegando lá, então, está se passando esse processo, digamos assim, de uma maior estabilidade ou... não sei se eu posso dizer, profissionalização dos quadros do Ministério. Seria isso?

CB – Mas, assim, começando. Começando. A gente ainda tinha muita questão porque, por exemplo, o Ministério tinha que repassar o recurso para a OPAS, para a OPAS pagar aos profissionais. Isso demorava a acontecer, as pessoas demoravam a receber... uma precariedade muito grande, eu peguei muito isso. Principalmente, por exemplo, o pessoal da Saúde Mental, que era mais organizado regionalmente, tinha pessoas em todas os estados... era muito difícil, não tinha uma estrutura estável, uma política que é de Estado como uma política de Saúde. Eu não sei se melhorou. Essa questão dos gerentes foi uma tentativa de melhorar esse quadro, de ter um quadro, mas não tem quadro fixo no Ministério da Saúde, não tem. Acho que não tem até hoje.

– Deixa eu te fazer uma pergunta: nesse período que você está lá - você chega em 2005 – no ano seguinte vem a público a primeira PNAB, né? Você está ali pegando o finalzinho de um contexto de, digamos assim, da nacionalização da estratégia de Saúde da Família. Você acompanhou esse processo?

CB – Acompanhei, acompanhei. Ficávamos no mesmo andar. Então, a gente acompanhava e estava em franca expansão a Saúde da Família e os instrumentos normativos de financiamento que favoreciam a implantação das estratégias: era a discussão dos 70% de cobertura, para aumentar o financiamento; a discussão dos grupos de apoio à estratégia, formada por financiamento para profissionais – psiquiatras... especialistas...

– Os NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família]?

CB – Os NASF, né? Estava tudo em franca implantação nesse período. E a Saúde da Família estava bem fortalecida lá no Ministério. Eles também eram o núcleo do

Temporão.

– Como essa Atenção, que você acompanhou lá, como é que é essa Atenção Primária, naquela época, naquele contexto lá em Brasília, ela conversava com as concepções de rede ou de Sistema de Saúde – se você quiser chamar assim? Isso era fortemente contemplado? Havia essa... a gente usa hoje a palavra “coordenação do Sistema de Saúde”. Essa palavra já era mobilizada, já tinha essa pretensão? Ou isso é uma coisa que vai se escalar e vai aparecer mais adiante?

CB – Eu acho que não. O Ministério, com sua função de indução, com as Portarias, as questões do financiamento e... as capacitações... o que eu tenho mais na memória mesmo, de formação dos profissionais. Tinha muito treinamento das equipes, questão gerencial... e as outras questões... e essa questão, por exemplo, a coordenação da estrutura, eu acho que vai ficar por conta mesmo dos municípios, entendeu? Mais dos municípios do que dos próprios estados, né?

– Explorar só um pouquinho mais isso. Como é que foi esse processo, Cristina? A gente começa a construir uma política nacional que supõe uma uniformização, né? Uma política para ser aplicada num território imenso, mas um território que não estava vazio: já tinha múltiplas concepções de, digamos assim, de Atenção Primária, né? Você olhar para o nosso próprio estado, Niterói era uma coisa diferente daquilo que a própria política nacional iria conceber. Como é que foi esse processo, essa concertação, considerando essas diferentes tradições? Como é que foi essa relação, nesse sentido, de Brasília com os municípios, com as lideranças, com os níveis de tensão que envolveram esse processo de nacionalização da Atenção Primária?

CB – Não sei se eu sei dizer. Tinha um movimento também de criar... eu já não me lembro mais, Carlos, mas tinha um nome, era que essa coisa dessa coordenação mais nos estados. Os Pactos! Pactos pela Atenção Primária, lembra disso? Nesse pacto ia o Ministro da Saúde para cada Estado, iam os assessores, as áreas intermediárias... era uma coisa que durava dois, três dias, e cada um botava quais eram as questões que os estados teriam que se comprometer. Esse pacto... não chamava de Atenção Primária não, não me lembro... mas era um pacto... acho que era mais que Atenção Primária, sabe?

– 2006 é o Pacto pela Saúde, né?

MTC – É o Pacto pela Saúde.

CB - É o Pacto pela Saúde? Então, eu me lembro que eu fui a muitos estados falar das questões da minha área. O Secretária abria, o Prefeito e depois as áreas técnicas iam construindo esse pacto com os municípios e os Secretários Municipais. Aí trabalhavam aqueles indicadores do Pacto, para o cumprimento daqueles indicadores. Isso foi bem importante na gestão do Temporão, por exemplo. Eu acompanhei um pouco mais, né? E essa coisa da coordenação, né? Eu tinha pensado um outro mecanismo que tinha que também favorecia, além do financiamento. Eu acho que o principal indutor, naquele momento, era o financiamento mesmo. Em termos de financiamento, se você tiver 70% de cobertura de Saúde da Família, você ganhava... [interferência no áudio] valia mais o pagamento. Ah, lembrei! O PROESF [interferência no áudio] foi um bom indutor.

– O PROESF foi a partir de 2004, né?

CB – Nesse período.

– Mas sobretudo para as capitais, não é? O PROESF vai atender sobretudo as capitais, né?

CB – É. Convênio com o Banco Mundial... [interferência no áudio]. Eu executei o PROESF aqui no Rio. Recursos para fazer avaliação das estratégias, para capacitação... [interferência no áudio]

- Se você quiser explorar mais alguma questão que você considere relevante – as colegas aqui também – sobre sua permanência em Brasília, podemos fazer. Deixo espaço, se você quiser comentar. E aí, na sequência, eu queria te perguntar o seguinte: da sua volta, né? Estou entendendo que você volta de Brasília para o Rio em 2007 – volta para a Secretaria Municipal de Saúde. O que você traz nessa bagagem na sua volta? Você já falou há pouco sobre a promoção. Não me lembro qual foi a expressão que você usou... “deixar mais musculosa”, não sei exatamente... “deixar mais fortes” as iniciativas ou a discussão de Promoção em Saúde no Rio de Janeiro. Eu te pergunto: o que vem a ser isso, exatamente? E o que mais você trouxe na bagagem?

CB – Antes de eu voltar para a Secretaria, quando eu saí do Ministério, o Draurio Barreira, que era, que ia ser, estava sendo nomeado Coordenador do Programa de Tuberculose, ele me convida para trabalhar com ele lá no Programa de Tuberculose. É

uma etapa importante também, não foi desprezível. A gente trabalhou bastante a questão do Programa da Tuberculose. O Problema da Tuberculose, e da AIDS e também da Malária tinham financiamento do Fundo Global. Então, eu fiquei um pouco responsável por executar essas ações de financiamento do Fundo Global lá no Ministério da Saúde. Fui eu que elaborei o Projeto Brasileiro de Tuberculose junto com Draurio, mas a pessoa técnica ali, da organização, era eu mesma.

Então eu fiquei mais um ano em Brasília, mas no Programa da Tuberculose. Depois eu queria já voltar para o Rio, e o Draurio me indicou para ser coordenadora do projeto do Fundo Global, que funcionava aqui no Rio. Foram quatro anos que eu fiquei nesse projeto, eu não estava na secretaria; foram 25 milhões de dólares de execução... eu achei bastante. Na época eram quatro anos, 54 municípios que participavam desse projeto – todas as capitais e a maioria das áreas metropolitanas. Por exemplo, o Rio: tinha Rio de Janeiro mais São Gonçalo, Belford Roxo, Caxias, Nova Iguaçu; São Paulo, além da capital, tinha Taboão da Serra; além das capitais, tinham as áreas de periferia. Pernambuco tinha Recife, Olinda. E o critério era maior incidência da tuberculose.

A gente repassava recursos, acompanhava os projetos dessas cidades, fazia encontros... enfim, fortalecendo os programas de tuberculose locais. Fiquei quatro anos trabalhando nesse projeto, antes de voltar. Quando o Daniel Soranz assume a Secretaria, vira Secretário, em junho de... sei lá: eu fiquei nesse projeto do Fundo Global entre 2010 e 2014, mais ou menos.

– Mas administrativamente ligaram ao Ministério, não é isso? Mesmo aqui no Rio.

CB – Ligada ao Ministério da Saúde. E a execução do recurso era pela Fiotech, aqui no Rio. Nesse projeto também se criou Comitês... Foi um movimento que mexeu bastante com a tuberculose no país.

MTC – Cristina, fiquei um pouco confusa com os anos aí. Quando você sai da SAS... 2007, 2008?

CB – 2007.

MTC – Aí você fica um tempo lá com o Draurio, em Brasília. Até 2009, mais ou menos?

CB – Isso. Início de 2010 eu volto para o Rio.

MTC – Início de 2010. Quer dizer: o Daniel [Soranz] estava como Subsecretário, aí você volta para o Rio, para o Fundo Global, e fica no Fundo Global por quatro anos, é isso?

CB – É.

MTC – Você volta para a Secretaria em 2014 e você já assume a Superintendência de Promoção de Saúde... quando você volta, aí foi então 2014, no segundo governo do Eduardo Paes, com Daniel secretário, ele te chama para a Superintendência de Promoção de Saúde. É isso?

CB – Não foi na época que Daniel foi Subsecretário, não. Foi quando o Daniel assume a Secretaria.

MTC – Quando Hans sai e ele vira Secretário. Foi no segundo o segundo mandato do Eduardo Paes, não foi isso?

CB – Não sei, eu acho que ainda era no primeiro, não?

MTC – Ou final do primeiro ou... quando o Hans sai, ele vira Secretário.

CB – Quando ele vira Secretário, isso. Eu acho que é julho de 2014 que ele assume. Eu acho que é 2014. [áudio registra sons de uma criança]

- Acho que a intervenção da Teresa ajudou. A gente entendeu que você vem de Brasília para o Rio administrativamente ligada ao Ministério, para trabalhar no Fundo Global de Tuberculose. Você fica nessa atividade até, se bem entendi, 2014. Em 2014 você é convidada pelo Soranz para assumir a Superintendência de Promoção de Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde.

CB – É isso.

– A essa altura, a discussão sobre Rede de Atenção à Saúde já está... até na literatura ela é muito mais densa e já existe até, digamos assim, instrumentos normativos para definir melhor o que se chama Rede de Atenção à Saúde. Ou seja, essa questão da

Rede já está colocada com muito mais clareza do que era no passado – isso que eu estou querendo chamar atenção. Você acompanhou essa discussão nos seus primórdios institucionais, em 2011, 2012, 2013, 2014... Acho que é a Portaria de 2011 que define o que é RAS. Como é que você, a essa altura, estava lidando com esse tema da Rede de Atenção à Saúde? Como é que você interagiu com esse debate e como é que você olhou... se é que você estava no seu horizonte, primeiro plano, né? Como você estava lidando com isso?

CB – Não tinha, Carlos. Nesse período eu estava imersa no Programa de Tuberculose implantando esses programas. Esse período que eu fiquei no Programa de Tuberculose, eu fiquei imersa nessa implantação do Programa de Tuberculose no País, de fortalecer as ações. Não acompanhei a política mais geral da saúde, não mesmo. Mesmo depois, quando eu volto para a Secretaria de Saúde, eu também fiquei imersa lá na questão da Promoção da Saúde, trabalhando conteúdo, materiais, muito voltada para dentro da rede do Rio, e não acompanhei mais essa política mais geral. Não mesmo.

MTC - Interessante que você fala da rede do Rio: as unidades do Rio, que aí você já está trabalhando mais diretamente com o conjunto de unidades de Atenção Primária que se configura naquele momento, com o quadro já totalmente diferente daquele vivido anteriormente, porque já tinha ocorrido pelo menos a primeira fase da expansão, não é, Cristina?

CB – Aham. Isso.

MTC – E aí o trabalho da Promoção de Saúde é voltado, especificamente, para esse grupo de unidades de Saúde, né? Ele não tangencia outras dimensões, nos diferentes níveis de atenção. Quando você tá no Rio, na Superintendência, a promoção de saúde é pensada para a Atenção Primária, né? Inclusive ela está dentro da Secretaria... Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância. É isso? E por isso que essas discussões de Rede, de hierarquização, já não entram mais no seu cardápio durante esse período. Certo, é mais ou menos isso?

CB – É, é. E tinha uma concepção de trabalhar a promoção para além das unidades de Saúde. Tinha uma Comunicação forte, tinham três jornalistas na Coordenação – na Superintendência, no caso – tinham pedagogos... enfim, a gente montava algumas coisas para fora, para área de Comunicação.

MTC – Eu me lembro de alguma coisa, assim... de um fortalecimento da articulação intersetorial, que já havia lá desde as experiências anteriores, mas que você, lá na Superintendência, buscou fortalecer mais essa perspectiva de articulação intersetorial, dentro da Promoção de Saúde. É uma rede que articula o setor Saúde com outros setores, né?

CB – Eu acho que a Saúde tem muito essa missão, assim. Mas no final a gente conseguiu montar uma rede... não, sempre teve, né? Tinha área materno-infantil trabalhando muito a determinação social da doença; mais no final a gente também trabalhou a questão dos “territórios sociais”, que a gente chamava: eram áreas meio invisibilizadas, né? Crianças que não iam para o posto de saúde, de tão pobres que eram; não iam para a escola, de tão pobres que eram... porque não tem a roupinha para ir para a escola. A gente, junto com outros setores da Secretaria, a gente fez um trabalho de potencializar, de identificar essas comunidades, essas famílias, e tentar fortalecer as políticas públicas para elas. Isso, na Secretaria de Saúde, quem capitaneou fomos nós, da Promoção da Saúde. Não era só uma promoção de “não fume, não beba, não coma”, entendeu?

MTC – Eu fiz a pergunta porque eu queria que você chegasse na experiência dos territórios sociais, que foi uma característica da sua gestão lá na sua Superintendência, né?

CB – É, foi, sem dúvida. O que aconteceu também? A gente já tinha isso, né? Quando entrou o Crivella, a gente teve muito pouco espaço, dentro da própria Secretaria, para trabalhar, né? Então essa rede mais externa – com Assistência Social, com a Juventude, com as outras Secretarias, a gente ficou se fortalecendo mutuamente ali nessas estratégias. E, de alguma forma, essa questão da pobreza dos territórios sociais, isso sensibilizava o Crivella de alguma [forma] – era um Programa que ele valorizou. Tinha seus contratemplos, né? ... demos cesta básica... Virou também um programa um pouco populista, no governo dele. Mas de fato, era isso: olhar a pobreza, olhar a desigualdade. Na Secretaria de Saúde éramos nós que olhávamos essa questão da desigualdade. Mas essa questão que vocês querem mais saber de organização de rede, acho que desde 2010... eu já estou fora até de acompanhar mesmo.

– Cristina, quando você, há pouco, se referiu a redes, você muito espontaneamente colou as redes a uma noção de áreas. Você falou: “crianças, materno-infantil” e mais

uma outra coisa, remetendo àquelas redes temáticas que se institucionalizam. Isso estava no seu radar? Alguém estava, por exemplo, preocupado com tuberculose, estava preocupado também com isso? Isso estava embutido entre as suas preocupações? O que há de confusão, talvez, um pouco – mais do que na nossa conversa, é no nosso projeto – é que a gente está olhando uma concepção de rede que praticamente se confunde com o Sistema de Saúde – é o conjunto, né? Mas o que existe em termos institucionais são redes temáticas, né? Essas redes temáticas, você acompanhou isso? Isso era objeto do seu interesse? Isso estava no seu horizonte de preocupações? É a primeira pergunta. E a segunda é te pedir para você falar um pouco, porque eu acho que é importante ter esse registro também, de ficar melhor caracterizado, esse projeto dos territórios sociais.

CB – Lembrei também da questão da saúde da população negra, que era também da minha área, que era uma área que a gente desenvolveu mostrando esse olhar – não só pra questão da mudança de comportamento – mas da desigualdade mesmo, do racismo. Trabalhamos muito a questão do racismo, institucional mesmo! Tem estudo mostrando que as mulheres negras, na hora do parto, eram menos examinadas, são menos olhadas...

– Violência obstétrica...

CB - Violência obstétrica... A questão da violência na própria rede de saúde, contra a criança e o jovem... a gente montou todo um sistema de monitoramento dessas atividades – que também eram da minha área. Me ajuda aqui, Tereza, a lembrar de outras redes que a gente...

MTC – Essa pergunta do Carlos para a sua história, para mim ela está marcada no período... na Secretaria, porque na SAS é outra coisa. Mas na Secretaria ela está marcada no seu período de Superintendente de Saúde Coletiva. Mas não depois, antes dela ir para Brasília. Eu enxergo você e o grupo que estava com você muito emblemáticos nessa discussão de organização dessas redes temáticas: a materno-infantil, indiscutivelmente; mais a Saúde Mental, doenças crônicas, também, da época da Ana Ramalho. Eu tenho uma memória que talvez as pessoas não associem como essas experiências pré-2011, pré-Portaria de, dentro da Secretaria, institucionalizar cursos, protocolos, aspectos estruturais, para dar conta de uma articulação entre os diferentes níveis de atenção, dentro de cada campo temático desses. Não sei se é uma visão errada da minha parte – queria até que você fizesse

uma crítica a respeito disso.

CB – Eu acho que a gente conseguiu aglutinar ali – não é para botar azeitona na sua empada – uma equipe técnica maravilhosa que a gente tinha. A gente foi agregando pessoas de cada área... O Programa da AIDS é muito bom, porque ele começa na década de 80 e vem. Na Secretaria tinha uma mesinha e uma profissional, quando eu cheguei, entendeu? Virou um programa super fortalecido, com recurso, com vocalização para dentro da Secretaria, que ajudou a mexer com todas as estruturas. Eu peguei muito no início! Olha só, Constituição de 88. Início de 91 eu já estava na Secretaria de Saúde [interferência no áudio]. Outros programas que eram, as vezes só estaduais, as vezes só federais, tudo teve que ser municipalizado, teve que ser assumido. A gestão da rede privada... contratada... foi tudo tendo que ser criado! A gente teve que ir fazendo, foi acontecendo, entendeu?

Aí, de repente, cai os PAMs para a gente, né? De repente caem os Hospitais Federais; de repente cai para a gente a fiscalização sanitária, auditoria da rede hospitalar contratada... Então, foi um período de organização institucional muito voltada para dentro. Eu me lembro quando o Gazolla assumiu. O [Antonio Joaquim] Werneck era o Subsecretário ou Chefe de Gabinete, se não me engano. Ele pegou três pessoas. Então ele falava: “Cristina, você vai cuidar da Secretaria para dentro; Valter Mendes vai cuidar da relação com a Câmara de Vereadores e Vivado vai cuidar da parte com os movimentos comunitários. Eu fiquei para dentro da Secretaria. E tinha tudo organizado mesmo... Esse foi o meu olhar, por exemplo. Mas tinha uma pessoa que era da auditoria, o dr. Valmir. Ele que ia nas reuniões estaduais, eu não fiquei nunca muito nessa questão, né? Minha contribuição para você, dessa rede para fora, é pequena mesmo, eu não lembro muito.

MTC – Eu tenho dois aspectos, estou pulando de tempo, né? Não se sei se é “rede para fora” o que você está falando lá dessa sua época de Superintendente, mas eu vou voltar para o seu momento na Promoção de Saúde dentro da Atenção Primária. Tem uma situação de política institucional da Secretaria Municipal de Saúde, que é uma forte característica da Secretaria, que eu queria que você falasse um pouco. Eu realmente não conheço isso, mas tendo a acreditar que isso pode ser repetido em outros cenários. É uma separação... foi um momento de expansão e de muito fortalecimento da Atenção Primária no Rio de Janeiro, mas isso bastante desarticulado com uma atenção permanente em relação a uma outra Subsecretaria, que era a dos hospitais. Então, dentro da própria Secretaria, para a rede da própria Secretaria, havia essa tensão permanente e espaços difíceis de diálogo e negociação.

Não sei se a Cristina consegue falar, porque você está tão dentro da Secretaria de Atenção Primária – e na Atenção Primária, dentro da Promoção – que essa parte dos hospitais, dos outros níveis de atenção, viram estrangeiros, embora sejam na própria Secretaria. Faz sentido isso que eu estou falando?

CB – Eu acho que Daniel tinha que fazer uma opção e ele fez essa opção. Ele tinha que implantar a Saúde da família e ele não... eu acho que os hospitais ficaram... eu não sei se prejudicados, mas os hospitais realmente demandam muito investimento frequente, muita manutenção – você sabe, porque você já dirigiu Hospital – cada vez mais recursos, cada vez mais tecnologia, né? E eu acho que pode ser que tenha ficado... nesse período da implantação... Inclusive as áreas temáticas, a própria Promoção da Saúde... Daniel não queria gastar dinheiro com nada. A gente tinha um recurso que a gente realocava na Fiotec, para ter mais flexibilidade em muitas ações – porque nossas ações também fugiam um pouco do padrão, né? Trabalhar racismo, trabalhar homofobia, são questões que, teoricamente, não estariam no escopo nosso. Então, a gente tinha um financiamento de recurso para contratar pessoas, para fazer projetos “inovadores”, que a gente chamava.

A gente trabalhou um projeto de drogas que a gente trabalhava com os drogaditos, demos a eles uma bicicleta e eles iam distribuir material dentro das suas comunidades. Isso era algo muito ousado para a época E eu me lembro que, nem isso, o Daniel... não é que ele não via com bons olhos, mas ele não queria gastar recurso em nada que não fosse na implantação da estratégia, porque ele tinha que aquele compromisso com a estratégia.

Eu me lembro que teve um Congresso Mundial de Promoção da Saúde em Curitiba e eu falei: “Daniel, as pessoas têm que ir. Levo pessoas de rede básica, posso levar 100 pessoas?” E ele: “Vê aí 30 pessoas...” Eu acho que [com] os hospitais, aconteceu isso. Na segunda etapa do Daniel ele investiu em hospital, pelo que eu acompanhei. Não teve jeito, ele teve que investir. Teve que fazer, porque hospital é o que dá notícia, né?

MTC – **Eu nem fiz esse comentário com qualquer intenção de julgamento ou de desvalor não. Era só uma constatação de algo que estava focalizado na Atenção Primária. Era isso e havia fragilidade no diálogo dessa Atenção Primária com os outros níveis de atenção. Quer dizer, não havia uma predisposição institucional clara dessa articulação.**

CB – Pelo contrário, né, Tereza, foi interrompida. Porque antes, o coordenador regional coordenava a rede básica e hospitalar.

MTC – É, exatamente. Esse é um ponto organizacional, administrativo organizacional importante, porque as áreas programáticas, o coordenador, quando ele foi concebido, ele era um coordenador da rede regional. E ele passa a ser um coordenador somente da Atenção Primária – a CAP, ele vira Coordenadoria de Atenção Primária. O que era Coordenação de Área Programática e que abrange os diferentes níveis de atenção. O coordenador era uma representação da Secretaria para o diálogo com os hospitais, os ambulatorios, com a atenção básica e fazia Fóruns também regionais, nas áreas, que articulavam esses diferentes tipos de atenção. Mas quando há esse fortalecimento da Atenção Primária e as coordenarias passam a ser... também um pouco por causa daquela tensão dos hospitais – os hospitais não queriam ninguém interferindo lá. Então cedem em relação a isso: “Tudo bem, vamos deixar os hospitais fora disso. O coordenador não vai se meter nos hospitais, principalmente, nem nos outros”. E a CAP vira Coordenadoria de Atenção Primária.

CB – E foi criada a coordenação de área hospitalar, também. Ficaram duas coordenações separadas em cada área [programática]. Com isso, eu acho que também... aí fortaleceu um pouco esse investimento mais hospitalar. Eu acho que na segunda etapa do Daniel, mais no final...

MTC – Mas vai na contramão de uma articulação em rede. Na contramão do que foi previsto lá na década de 90.

CB – É, sem dúvida.

– Cristina, eu queria insistir um pouco nessa questão da Tereza. Na verdade, eu ia fazer essa pergunta lá no final mas eu já estou me encorajando a fazer agora. A gente está em 2014, na sua volta para a Secretaria. Já tem cinco anos, aproximadamente, do processo de uma expansão mais vigorosa da Atenção Primária no Rio de Janeiro – tardia, diga-se de passagem. Aí você falou: “olha, o Daniel [Soranz] está preocupado, dando ênfase à Atenção Primária. Evidentemente ele está respondendo a indução federal, né? Eu me lembro que o PROESF, já na gestão do PT, ele vai ganhar uma outra linha de financiamento do Banco Mundial, vai ficar mais robusto... está um pouco pegando carona nesse processo nacional, certamente – o Daniel está preocupado com isso. Mas também o Daniel – e muita gente no Rio de Janeiro – está certamente preocupado com uma capital e uma região metropolitana que tem um

dos SUS mais complicados do país. Isso é um diagnóstico que a gente vê nas publicações dessa época, inclusive documentos institucionais: o SUS do Rio de Janeiro é um SUS complicado.

Aí eu queria te ouvir assim – veja, não estou usando nem a palavra rede! Estou usando a palavra SUS, de propósito. O que acontece? Estou me remetendo à Atenção Primária porque, evidentemente, a Atenção Primária vai ser evocada como uma estratégia de resposta a esse problema também, na expectativa de que ele vai ordenar melhor a rede, de organizar um pouco a Assistência no âmbito do município e de seu entorno. Mas, evidentemente, tem muitas dificuldades institucionais. Você também referiu, no âmbito do “Pacto pela Saúde”, a criação de espaços institucionais para negociação, para concertação de Brasília com as regiões. O que está se passando? Não estou querendo que você faça uma leitura de trás para frente, não. Queria que você se remetesse, ali no contexto 2014-2015. Qual é a leitura de vocês desse processo? O que precisava ser feito para melhorar o SUS no município do Rio de Janeiro e no seu entorno? Essa é a minha pergunta. Naquela época: não queria que você mobilizasse o que a gente conhece hoje não. Fazer um esforço assim... nas conversas, no interior da Secretaria, qual era a leitura que se fazia desse...

Aliás, para ser correto contigo, primeiro te perguntar se esse diagnóstico que eu já coloquei aqui na minha fala, de ser [o SUS do Rio] um SUS muito complicado, se era isso mesmo. Se era um diagnóstico de certo nível de consenso no interior da Secretaria. Se vocês tinham essa percepção: “Pô, vem cá, esse SUS é super complicado mesmo. Se sim, como se enfrentava esse problema?”

CB – Complicado, você já sabe, né? Capital federal, influências políticas e definições que, as vezes, não foram técnicas, entendeu? Por exemplo: municipalizar o Hospício em vez do Hospital Geral, porque o Ministro da Saúde quer. Tem todas essas questões envolvidas que você cita. O que eu acho... acho que eu já contei anteriormente: na gestão do Cesar Maia, ele quis botar Saúde da Família e a gente chegou a 117 equipes; a gente não teve condições políticas de imprimir um avanço da Atenção Primária como o Daniel teve com o Eduardo Paes – isso aí é um mérito que eu considero, do Daniel, de convencimento, porque a gente conhece a trajetória dos prefeitos, sabe que são pessoas... né? O Eduardo Paes, quando se referia à Saúde, ele falava do atendimento que o filho dele tinha no consultório privado, de como era. Então, assim, não tinha vivência nenhuma de SUS, de ver que era importante. E para fazer um investimento desse em Saúde da Família, não foi pouco dinheiro que ele teve que botar – ele teve que botar dinheiro novo.

Eu acho que aquele lema teórico nosso, da Atenção Primária como ordenadora do sistema, que a gente estuda, ele de fato conseguiu implementar isso. E numa visão muito do ponto de vista médico – essa é uma das críticas, inclusive, que se faz a ele. Ele investiu na residência médica, ele quer formar esse profissional como um especialista médico, né? Que é uma tentativa, também, de qualificar essa assistência. Não adiantava ter uma Atenção Primária com pessoas despreparadas, com pessoas sem experiência, mal preparadas e tudo mais. Esse fato... Daniel tem muito esse mérito. Ele tem minha admiração, porque eu tentei fazer e não consegui. Ele tem 1200 equipes. O Arouca queria fazer 600 equipes: já era um projeto majestoso da época, sabe? [O Daniel Soranz] Conseguiu botar 1200 equipes, conseguiu ter recurso, qualificar com residência – um programa de residência enorme – eu acho que isso tudo contribuiu para puxar isso do Rio.

Agora o que é complicado? Os hospitais federais poderiam estar contribuindo mais? Claro que poderiam. Hoje em dia os hospitais federais estão à míngua. Eram grandes hospitais que davam contribuição, né? Todo dia você ouve [no] “Bom Dia, Rio”, história de gente com câncer que não consegue atendimento. Então, o sistema não é mil maravilhas. Na Covid, tudo bem, o SUS deu resposta; mas olha, podia ser bem melhor no atendimento hospitalar. Podia ter morrido menos gente... Nós não temos um padrão, ainda, de assistência... principalmente hospitalar. O que é o complicado, né? Essa mistura de redes, que até hoje... essa regulação estrangulada, né? E a Prefeitura tendo que fazer. Agora acabou de fazer um relatório enorme de especialidades, né?

Se a rede federal tivesse já respondendo em algumas áreas, tivesse mais integrada, talvez não precisasse ficar construindo coisas. Nossa rede é complicada e grande, muito grande. Não sei, me perdi um pouco nas perguntas [risos], com uma avaliação...

MTC – Mas foi importante esse comentário que você fez agora aí, principalmente quando você faz assim... meio que uma brincadeira: “Tudo é regulação, tudo é regulação”. Você acha que essa discussão de rede acaba simplificando, nesse aspecto operacional da regulação? Existe isso? De alguma forma, a discussão mais teórica, mais estruturante de rede, ela é substituída e banalizada com uma dimensão de apenas organizar a regulação – como se a regulação fosse a salvadora de todas as...

– Ou então, o Sistema de Informação.

MTC – Ou então o Sistema de Informação. Tudo se reduz até o Sistema de Informação ter fluxos definidos e tal. Não sei. Qual é o teu sentimento em relação à

regulação – que é um tema que me interessa – pensando nesse seu comentário.

CB – Eu só acompanho pelo “Bom Dia, Rio” que todo dia tem alguém precisando de atendimento. Coisas que não eram para ser. Não funciona mesmo, né? [áudio picotado]

MTC – Cristina, você tem que desligar sua câmera mesmo. Piora muito o som, quando você liga.

CB – Se pensar nos outros sistemas de rede: a rede de Assistência Social, a rede de Educação, tá bem definido quem é quem. Educação: primeiro grau está no município; passou para o segundo grau, sai do município, já não é dele. Na Saúde não tem isso definido, é uma mistura: os hospitais têm vários níveis de assistência, a gente ainda tem ambulatório federal... Isso, só de organização de serviço de atenção à Saúde, de atendimento. Se você pensar outras questões que poderiam ser papel, que a Saúde poderia ter na vida cotidiana das pessoas: de melhorar, de contribuir, de que a criança que está sendo atendida no posto tenha vacina, se ela está bem atendida na escola, se está tendo desenvolvimento, se a família está bem, está empregada... Esse *approach* mais amplo da Saúde, que a gente acha que tem que funcionar também... aí então... eu acho que a gente está distante desse cenário mais idealizado. Vamos ver se a gente melhora, não sei se só a estruturação do serviço de saúde dá conta.

Eu acredito muito também na rede primária. Acho que é uma coisa que pode ser maravilhosa mesmo, de identificação de questões, de apoio, de ajuda. A gente vê muita experiência muito exitosa na Saúde da Família – bem ou mal, ela é a única que consegue chegar na comunidade mesmo. E eu vejo também um movimento forte da própria população: mais reivindicadora, exigindo mais os seus direitos. Claro que tem percalços, mas eu acho que a gente tem avançado nisso. E avançar, para mim, é essa questão mais comunitária mesmo. Eu vejo nas cidades médias, nas cidades menores, esse movimento mais bacana da saúde de referência. O Rio realmente é um dilema. Só no Rio a gente fica muito desanimado, sabe?

São Paulo tem uma periferia, aquelas cidades do entorno, ABC, etc, são boas cidades. As nossas cidades do entorno são muito piores, com muito piores sistemas, então não ajuda também que a coisa flua.

– Te deixando completamente à vontade, Cristina, não é um teste. A gente está, na verdade, ouvindo uma personagem importante da Saúde Pública. Então interessa, na

verdade, capturar a sua perspectiva mesmo. Não é um exame, nem nada parecido com isso. Você, há pouco, nos convidou a pensar um pouco do Rio, que o Rio de Janeiro é lugar muito complicado. Eu queria te ouvir um pouquinho, se é que é possível a gente considerar uma média brasileira – ou isso, de fato pode ser um exercício difícil. Mas se olhar para outro lugar da sua escolha, como seria possível a gente pensar os marcos de um processo de organização de uma rede de atenção em Saúde? O que você consegue perceber, não em termos teóricos, mas numa realidade concreta, como pontos marcantes para a definição de uma rede? A gente já falou de muita coisa já: estabelecimento de mecanismo de referência e contra-referência; falamos de sistema de informação; falamos sobre a criação de espaços institucionais para negociação... enfim, a gente mobilizou uma série de questões, de atributos, que a literatura identifica como importantes para definir uma Rede de Atenção à Saúde.

Mas eu queria ouvir a sua perspectiva, daquilo que você sabe, que você acompanhou. Quais seriam os marcos importantes de uma experiência concreta – ou de uma média de situações da realidade brasileira – que você consegue perceber como: “Olha, isso aqui é importante. Aconteceu isso, aconteceu tal coisa... e aí foi se configurando uma Rede de Atenção à Saúde”.

CB – Pergunta difícil mesmo, né? Difícil. A gente falou algumas coisas...

– Por exemplo, São Paulo. A gente pode fazer muitas críticas ao SUS de São Paulo, a começar pela relação que ele mantém com o setor privado, as relações público-privadas em São Paulo não são qualquer coisa, né? Mas eu tenho uma perspectiva, considerando o tamanho da região metropolitana de São Paulo, eles têm um SUS que funciona, que tem qualidades, para dizer o mínimo. Estou evocando, já que você se referiu a São Paulo, o que a gente poderia observar, naquela situação, como elementos importantes para a construção da rede local? Na tua experiência, né?

CB – Ter uma Unidade de Saúde bacana; acolhedora, que receba as pessoas; que no verão tenha ar-condicionado; que seja limpinha; que, de preferência, sejam iguais e não sejam umas boas na zona sul e umas ruins na zona norte ou da zona mais pobre. Que as pessoas sejam atendidas com cordialidade – esse é o início, o básico – e que se sintam protegidas pela Unidade. Entrou em trabalho de parto? Corre para a Unidade, porque sabe que lá vai ser acolhida, vai ter uma ambulância – ou alguém vai ajudar – e vai levar para a Maternidade. Se a criança caiu, quebrou o pé, vai para a Unidade de Saúde antes do Hospital, né? Que possa ser identificada como esse local protetor das famílias. Agora, como a gente criar tantos locais protetores, arrumados, bonitos, que

se falem, que as pessoas sejam cordiais e tecnicamente competentes para lidar... se for uma dificuldade... As questões do cuidado mesmo.

E aí é só... cada localzinho desse que teria que estar se refazendo, se reconstruindo, sendo incentivado, mostrando o seu trabalho bacana, sendo valorizado. Não sei, é um ideal que eu não sei quem tem. Eu consigo identificar em algumas cidades pequenas, entendeu? Lá na minha cidade, Macuco, por exemplo, de 10 mil habitantes: acontece qualquer coisa, eles vão para Casa do Parto. A Casa do Parto é o local que não faz parto! Teve um financiamento para virar Casa do Parto, mas nunca foi Casa do Parto. Virou um posto de atendimento, mas todo mundo quando precisa é lá que é atendido e que resolve o problema, entendeu?

– E se precisarem de uma intervenção mais complexa, lá em Macuco?

CB – Vai ter que botar numa ambulância e levar para outra cidade – para Cordeiro, para Friburgo. Isso não é a maior questão, eu acho, da população. A população precisa ter uma referência ali, para chegar no primeiro ponto. Outra experiência que eu gosto muito é de Búzios. Estruturou uma redezinha, atende, tem muita emergência. Eu já tive muita implicância com UPA, sabe? Mas hoje eu acho que tem que ter.

– Você já fez as pazes com a UPA.

CB – Já. Porque é a hora que precisa mesmo, sabe? Está ali, está podendo ser atendido, quebrou o pé... Porque para tratar hipertensão e diabetes, sabe? Ir ao posto, ter essa consciência no dia a dia... Mas o que impacta mesmo é quando precisa de alguma coisa, né?

MTC – Você conhece bem Búzios? Me lembrei que uma aluna nossa, que trabalhou em Búzios, fez uma referência que lá todo mundo, de todos os estratos sociais, usa o SUS. É isso mesmo?

CB – É, funciona! Funciona direitinho! Pelo menos, pessoas identificam que é bom, que funciona. Não ficam desassistidas, não ficam na porta sem atender... Eu acho que essa pontazinha da chegada, isso faz muita diferença. Eu acho que aqui na Saúde a gente melhorou por isso, não à toa que elegeram o Daniel com 100 mil votos! Nunca a Saúde dá voto assim, a não ser comprando voto – igual os donos de hospitais eram deputados, né? Mas pelo trabalho, reconhecer um trabalho... Eu vejo isso melhorando.

MTC – Cristina, muitos aspectos do roteiro da entrevista foram tratados com essa conversa. Mas tem uma coisa: estou achando isso importante, porque tem a ver com sua trajetória. Em relação à questão dos movimentos sociais – a organização da população, participação da população, de grupos específicos – que tipo de exemplos, que fatos, circunstâncias, você consegue lembrar que foram importantes nesse contexto de organização da Rede? Parar um pouco para pensar que grupos específicos trouxeram uma certa dimensão de luta que acabou contribuindo para a organização da Rede em determinadas situações.

CB – Sem dúvida os grupos identitários, por exemplo. A gente, na Secretaria, conversava com a Marielle Franco – para você ter uma ideia. E introduzir lá nas pautas questões que eles traziam lá do Congresso. Um grupo que a gente também trabalhou – não sei se você lembra – era o dos deficientes. Os grupos de AIDS, os grupos LGBTQIA+, né? Eu tinha lá, no meu contrato de promoção, duas mulheres trans para fazer esse trabalho – não era só porque estava lá. Para trabalhar com outras mulheres trans, trabalhar essa questão do gênero. A gente tinha muito trabalho com a questão da diversidade sexual – como chamava, Tereza, a Secretaria do...?

MTC – Era Diversidade Sexual, né?

CB – Era, não era? Então, eu vejo nesses grupos...

MTC – Mais organizados. O exemplo do Movimento dos grupos de AIDS e tal, acho que foi importante. E as feministas, Cristina?

CB – As feministas, os movimentos de mulheres, de Saúde da Mulher. Um dos movimentos mais tradicionais, né? Outra coisa que acho que é superimportante: a gente organizou essa rede, que é a Rede de Atendimento ao Aborto, de mulheres vítimas de violência, em todas as maternidades. São pontos que vão agregando essa questão da consciência de direitos, né? Para as pessoas, para as mulheres, para os homens.

MTC – Mesmo a assistência perinatal, os avanços da década de 90. O movimento de mulheres teve um papel importantíssimo, porque trouxe luta mesmo, né? Para apontar determinadas necessidades.

CB – Sem dúvida. Coisas básicas, né? Hoje, as gestantes que tem parto – que não são poucas – na rede municipal. Elas ganham uma bolsa linda, com roupinha, com fralda, com isso, com aquilo, sabe? Isso é obrigação da Saúde? Não, já quiseram tirar isso, porque não é gastar com a Saúde. Você já viu quanto é gastar com uma fralda? Eu estou vendo! [risos] Eu acho que vai mudando um patamar de necessidades e isso vai impulsionando também.

Por exemplo, meu netinho está numa creche municipal. E não é só minha filha que acompanha tudo, que reclama, não. As mães todas ali em cima! Tem zap... e não falta nada. Eu acho que a população está mais requisitante. E isso vai ajudando a qualificar, né? Com rede, sem rede... a população não quer saber de rede, ela quer saber de atendimento bacana, de minimamente ter um bom atendimento. O que ela tem de conceito de Saúde, de bom atendimento, é o conceito da cordialidade, né?

– **Cristina, você referiu que seu retorno para a Secretaria, em 2014, você vai para a Superintendência de Promoção de Saúde. Olhando hoje, claro que a gente diz que Atenção Primária e a Promoção da Saúde têm tudo a ver. Mas, por incrível que pareça, não foi uma aproximação de tudo óbvia – a maneira como a Atenção Primária vai se... quase que se apropriar da Promoção da Saúde – eu acho até que vice-versa – é um processo muito singular, eu tenho impressão, e com conexões bem internacionais. Como é que você vê que esse reforço dessa discussão de Promoção na Atenção Primária, quais são as implicações dela para a Atenção Primária? E eu diria mais: para uma Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Como é que é Atenção Primária se beneficiou dessa maior envergadura dada à Promoção da Saúde? Eu estou menos preocupado com a discussão e mais com como é que concretamente, quais são as implicações mais concretas, dessa inscrição da Promoção na Atenção Primária.**

CB – Primeiro, que eu acho que a Atenção Primária ela não se apropriou ainda da Promoção da Saúde como poderia.

– **Ótimo, ótimo.**

CB – Ela ainda não deu esse valor que teria a Promoção. Nessa concepção de que cada profissional de saúde, cada atendimento, poderia ser um lugar onde aconteceria ações de Promoção de Saúde. Inclusive ontem eu até sugeri ao pessoal para fazer campanha. A gente pensa isso, mas a gente não passa isso para o profissional – que ele tem que estar trabalhando em todos os momentos. A Promoção – atual, né? – se recente de

que é meio isolada; as áreas temáticas se ressentem de que são isoladas, de que não foram incorporadas na estratégia de Saúde da Família – porque a estratégia é um outro tipo de organização, né? Mas eu acho que é o processo inexorável. A Promoção ainda não tem esse *status* que você acha que tem, não.

– É *status* retórico, na verdade. Porque quem dá aula num Programa de [Pós-graduação em] Atenção Primária... isso é repetido como mantra. Existem coisas que são repetidas como mantra: a educação permanente em Saúde e a Promoção de Saúde. E é um mantra quase mágico, que fica parecendo que abre portas, automaticamente. “Ah, isso é Promoção em Saúde”. Aí, acaba a discussão. “E aí?” Ah, é Promoção, Professor”. Acaba a discussão e está tudo certo.

CB – [risos]

– Nesse sentido de uma apropriação discursiva, na verdade. E eu concordo contigo, acho que o desdobramento prático, de levar isso a termo, acho que tem muito caminho a ser feito.

CB – E eu acho que as doenças ditas cardíacas, as cardiovasculares, deram uma contribuição também mais importante do que a coisa... sabe assim? Do que vem de conteúdos dos profissionais médicos cardiologistas. Talvez a Promoção que eles façam, que poderiam fazer, que deveriam fazer, tem mais espaço hoje do que a Promoção dessas unidades básicas, entendeu? Aí é uma discussão longa porque, realmente, o papel que o médico tem nessa representação e nessa difusão de comportamentos mais saudáveis é enorme.

– Deixa eu te fazer uma provocação. Nesse sentido que você está falando, isso remete, assim, como diria o Arouca, “quase que um preventivismo”. Ou seja, a qualidade do Sistema de Saúde depende da prestação do serviço médico? Está na conta do médico ele ter uma atitude preventivista, né? E essa nova conduta, antenada a prevenção – ou à Promoção – para atualizar o discurso, ele por si só estabeleceria um Sistema de Saúde renovado? Não tem aí uma premissa que a gente pode discutir?

CB – Sem dúvida. De que o médico... aí uma discussão... de que sozinho ele daria conta, né? Aqui no Rio, por exemplo, eles pensam muito isso, eles têm essa concepção. Eu acho que não, eu acho que tem essa concepção. Eu acho que não, eu

acho que é uma equipe toda ali, que são outros de comunicação. Eu não sei. Na questão do comportamental. Na questão da desigualdade, não, né? Isso aí... mas na questão comportamental ainda... tem uma fala do Javier: “Ah, eu queria ter meu mês de férias, sair de viagem, ter um carro, ter um trabalho, não ser demitido...” Que isso era Promoção da Saúde [risos]. É isso, né? [risos] E o nosso papelzinho ali, enquanto Serviço de Saúde, é pequeno, né?

Se ele se restringe só ao médico, eu acho que você perde oportunidade de potencializar outros momentos. Por exemplo, a vacinação. A vacinação é sempre um momento maravilhoso. Mas os vacinadores... elas poderiam ser mais treinadas a ser mais educadoras, que ali é um momento muito privilegiado. Mas não. O médico ainda tem um poder forte, eu acho.

TF – Na última pergunta da Maria Teresa, sobre o desenvolvimento de estratégias para grupos específicos também vinculados a grupos... que se organizaram e fizeram pressão política e social pleiteando a organização de cuidados para suas demandas, né? Você deu o exemplo da questão da maternidade e aí me veio um outro exemplo, que além dessa questão da oferta de um cuidado que vai para além do cuidado assistencial, de recursos mínimos, de uma bolsa bonitinha, bem feita, tem uma coisa que aqui no Rio conseguiu se fazer em várias áreas programáticas e eu vejo um pouquinho dessa mudança, ainda que tenha desafios, que é a ideia de você ter uma maternidade de referência...

CB – Isso.

TF – Toda mulher sabe, durante, o pré-natal onde vai parir. E isso para a ideia de rede é muito importante, porque não é na hora do parto que descobre e vai no desenrasca, né? E aí você falou que passou também pela materno-infantil, pelas maternidades, e eu queria te ouvir sobre isso. Eu acompanhei isso quando eu comecei a trabalhar, logo após eu me formar, ali em 2010, 2011, e isso não era óbvio. E hoje em dia isso é um valor, tanto para os profissionais que trabalham na Atenção Primária, quanto para as maternidades que estão acostumadas já com essa ideia de que existem mulheres que já sabem que vão parir ali. Como você comentou que trabalhou na construção do Programa Materno-infantil, das maternidades... se você vê esse processo de mudança; onde você localiza na construção dessa linha específica?

CB – Eu acho que... política mesmo da Secretaria, de implementação de uma política

que deu certo. Eu fiz o meu Mestrado, defendi minha tese em 2002. Então, eu fiquei entre 2000 e 2002 envolvida com o Mestrado e minha pesquisa foi nas maternidades. Eu fui a todas as maternidades, entrevistei os diretores e entrevistei 270 mulheres no pós-parto. Todo o nosso conjunto de coisas, que a gente queria implementar na política, não aconteciam: não tinha acompanhante; elas não eram examinadas; elas não eram apresentadas ao bebê. Aí, você entrevistava os diretores: fazia tudo [risos]. Isso foi em 2000. Hoje, em 2020, talvez lá em 2015, isso foi... tem 15 anos, 20 anos... isso hoje está estabelecido. A mulher pode ter o seu acompanhante. Nós fizemos o Decreto de Acompanhante. Não significa que criou o decreto, aconteceu; mas foi acontecendo. E eu acho que ter uma política, ter uma gestão comprometida com esses conteúdos, é muito importante.

Outra coisa assim: gente, meu trabalho é muito trabalho de serviço. Então, durante essa formação eu não sou uma estudiosa da política, entendeu? É uma coisa assim... eu quero me situar um pouco, né? É uma coisa mais empírica do que eu via, do que eu acompanhava, mas eu não estava nesse espaço de estudar, de avaliar, de ver isso. Eu estava mais no dia a dia, do cotidiano dos serviços. Então, não espere de mim grandes conceituações teóricas [risos].

TF – Você traz uma coisa interessante, pelo menos na minha perspectiva da pesquisa, porque essa questão da concentração teórica mesmo... eu e Carlos, a gente conversou isso. Foi o Carlos que propôs e para a gente que está pensando essa pesquisa... a gente também não consegue ter definições tão delimitadas assim [risos]. Mas uma coisa que sua pesquisa do Mestrado, nas maternidades, traz para mim um elemento que é muito interessante: já tinha a ideia; os diretores já diziam que faziam, né? Já tinha ali uma formulação do que era uma imagem, do que era o ideal desse atendimento a essa mulher, que não se verificava na realidade. E, com o tempo, isso foi de alguma medida se sedimentando e estando presente numa legislação, numa prática institucional, na própria consciência das mulheres, né? Desse direito ao acompanhante, que é um trabalho que a Prefeitura nas maternidades, faz: “Na hora tem direito a acompanhante”. Médicos trabalham isso no pré-natal. Então também pensar esse tempo de realização dessas mudanças na rede de Atenção a Saúde.

CB – Colocar diretores comprometidos com a proposta.

MTC – Porque a Thais retomou esse assunto seu da maternidade, mas numa vivência

mais já na fase “Rede Cegonha”. Eu ousaria dizer que a Cristina, com a liderança dela e com o grupo mais para feminista, na Superintendência de Saúde Coletiva, ela iniciou processos que, depois, se configurariam ou estariam institucionalizados. Ela falou da história da Vanguarda, né? Propostas como a “Rede Cegonha”, que só veio muito tempo depois. Algumas situações muito pontuais que eu me lembro, mas que são bem... exemplos pragmáticos durante a sua permanência na Superintendência de Saúde Coletiva. Por exemplo, a rosa foi... feito um diagnóstico de oferta e apresentados os primeiros passos para a organização, para a implantação de novas maternidades, a identificação de vazios, a proposta de fechamento de maternidade, de término de convênio... das privadas – que aquilo era uma coisa horrorosa. Isso, para mim... eu identifico como um processo de organização da Rede, na Assistência Perinatal, na assistência ao parto e ao nascimento, mas que foi... Aí foi pensado: “Preciso de uma maternidade em Bangu; precisa de uma maternidade na AP4...”
Você lembra disso?

CB – Claro, claro. Fiquei lembrando de uma coisa agora – já que estamos falando, vamos falar para a gente não deixar passar. Quando David Capistrano Filho foi... sei lá, algum assessor lá do Ministério – ele não chegou a ser Ministro, acho que não – ele teve a ideia de fazer as Casas de Parto e encontrou muita dificuldade no Brasil inteiro. Óbvio que os médicos obstetras das maternidades não queriam que enfermeiras fizessem parto e tudo mais, né? E ele veio ao Rio de Janeiro, para convencer a Secretaria de Saúde que era importante ter casa de parto, esperando que Secretaria de Saúde fosse ter reações de não querer. A gente falou: “Nós queremos, nós queremos dez Casas de Parto [risos]”. Ele achou muito estranho, porque nunca foi tão bem recebido uma proposta de implantação.

Aí a gente começou. Ele financiou três Casas de Parto. A gente não conseguiu fazer – conseguimos fazer uma só, mas foi com esse financiamento do Davizinho. E tem hoje, até hoje, funcionando lá em Bangu uma Casa de Parto. Mas nossa ideia era ter dez Casas de Parto, regionais, que substituía, em tese, uma maternidade grade. Também vindo aí do feminismo, dessa coisa do Direito da Mulher, de ter autonomia sobre seu parto e tudo mais. Eu não queria deixar de constar a coisa: isso foi implementado pelo Ministério da Saúde, pelo David Capistrano Filho, nosso querido.

– Excelente esse registro. Cristina, a gente já falou várias vezes: você volta em 2014 para a Secretaria... Você sai quando? Você sai aposentando?

CB – Eu saio em 2017. Aí entra o governo Crivella. Fico um ano e meio ainda, com o

Crivella, nesse cargo de Superintendente. Só que foi aquele movimento que a gente fez, mais intersetorial. Praticamente quase não fizemos nada para dentro da Secretaria – a gente ficou mais nesse grupo intersetorial, dos territórios sociais, trabalhando isso. Aí, com um ano e meio, eu fui mandada embora. Aí eu me aposentei.

– Fala um pouco sobre essa iniciativa dos territórios sociais? Eu não conheço isso, acho que é importante ter esse registro.

CB – A gente já tinha, muito tempo, com o Cesar Maia, uma coisa chamada “marco em função das políticas sociais” – não sei se Tereza lembra disso, é muito velho.

MTC – **Lembro bem. Muito obrigado pela parte que me toca [risos].**

CB – Foi lá com Cesar Maia. Ele tinha umas macrofunções e a Saúde pertencia à macrofunção social, junto com Assistência Social... acho que tinha Cultura, Educação... essa área mais social era junto e a gente traçava plano juntos, tinha encontros, tinha troca de experiências... A Educação sempre demandou muito da Saúde e a saúde sempre correspondeu muito pouco à Educação. Porque, também, as necessidades da Educação sempre são de que, de preferência, tivesse um médico lá dentro da escola. Enfim, foi uma experiência muito legal. E tinha um instituto, chamado Instituto Pereira Passos, que fazia...

MTC – **Planejamento urbanístico, informações urbanísticas, e tudo mais.**

CB – É. E aí eles tinham vários estudos de jovens nas comunidades, de violência, de pobreza na juventude, entendeu? Eles começaram a gestar essas ações... a Andreia, que coordenava... e foi juntando, foi chamando a Secretaria de Saúde e a gente foi se aglutinando ali nesse espaço de pensar. Eu acho que eles fizeram... já tinha feito alguns estudos de algumas populações muito marginalizadas, dentro da cidade, em limites de pauperização absurdas. Eu mesma entrei numa casa... Nossa Mãe, 20 pessoas morando em dois cômodos...e uma das pessoas com lepra, com deformidade, uma coisa absurda. Então, a gente se envolveu nesse projeto. O IPP identificava pelo Censo aquelas comunidades mais empobrecidas e a gente ia... contratou agentes comunitários que iam nessas unidades, faziam esses levantamentos, identificavam necessidades e a gente tentava aproximar.

Aproximar, tipo assim: está fora da escola. Criar uma data especial, que não seja

aquele rigor da internet, para fazer matrícula da escola; a gente levava aquela lista para a criança entrar na escola; risco de violência, a gente tentava apoiar com Assistência Social; as vezes precisava de uma cesta básica... tinha algumas ações que... No posto de Saúde: não estava matriculado, não estava com a vacina em dia um dia; a gente arranjava um espaço especial para fazer a consulta. O Projeto foi esse. Esse Projeto continua até hoje – é uma coisa bacana de ser estudada. E conseguiu um financiamento da ONU, por conta do IPP – o Instituto Pereira Passos. Eu saí, mas ele continua lá com os projetos, atende as pessoas.

E nós, da Saúde, colocamos os nossos agentes comunitários para apoiar. Tinha os agentes comunitários do próprio projeto, mas é aquela coisa: nossa obrigação também, pela Saúde da Família, de estar indo nessas casas. Então nosso pessoal também ia, identificava necessidades... é como se fosse dar um suporte para aquelas pessoas mais necessitadas, que não chegavam nem ao Serviço de Saúde.

– **Você se aposenta um pouco antes da pandemia, né? 2018 ou 19, você se aposenta.**

CB – Foi, foi.

– **Deixa eu te fazer uma outra pergunta difícil. Lá no primeiro dia que a gente se encontrou, na primeira entrevista, eu estava muito feliz em te conhecer porque eu já tinha feito muitas entrevistas com pessoas da Atenção Primária e você é uma referência certa: todo mundo fala em você, é uma coisa impressionante. Ou seja, você é uma liderança da Atenção Primária no nosso município, na nossa região. Você fez muito, você trabalhou muito, e o que você relatou aqui, nessa segunda parte da entrevista, já demonstrou muito. O que eu queria que você refletisse um pouquinho, já nessa luxuosa posição de aposentada... Olhando para trás, para sua trajetória, para tudo o que você fez; e olhando para os problemas que a gente relatou na nossa conversa – pensando especificamente na nossa Rede de Atenção do município do Rio e de seu entorno – qual o balanço que você faz? O que você acha que estava a seu alcance, ou ao alcance de seu grupo, de ter feito diferente, de ter feito um pouco mais... O que poderia ter sido feito e o que ficou faltando fazer, para a gente avançar? Pensando na sua trajetória em conexão com as pessoas que você trabalhou: o quê podia ter sido feito para avançar mais? Se você quiser pensar diferente: quais foram as grandes barreiras que impediram de ter avançado um pouco mais? Como você pensa isso?**

CB – Eu não sei, mas são momentos de variadas dificuldades. Eu fiquei muito tempo na administração, foram níveis de dificuldades diferentes. Com o Gazolla, que eu fiquei

mais tempo, acho que 15 anos: tinham muitas diferenças; a gente era uma equipe muito arrojada para ele, um cirurgião mineiro... Então, conseguir tirar as decisões políticas que a gente queria naquele momento, não era fácil. Não era fácil, era um nível de dificuldade. Não sei... por exemplo, essa coisa da que a Tereza falou da Assistência Perinatal na época: a gente só conseguiu cravar essa decisão depois que houve uma mortandade nas UTIs, uma crise grande. Ou tinham momentos de crise que nos ajudavam. Teve uma época, quando teve uma mortandade das crianças ali na Candelária, o Prefeito nos chamou a todos, os Secretários... para a gente pensar alternativas para aquela questão daquela violência. E nós, da Saúde, botamos o Prefeito e os Secretários numa sala fazendo psicograma, entendeu? Então, assim, a gente foi... a gente puxava a corda mesmo, para buscar nossas decisões políticas e nossas questões técnicas – que eu acho que era mesmo avançado para a época.

– Deixa eu fazer um comentário. Eu tenho 51 anos. Eu tenho a memória da minha juventude de ver, acompanhar em telejornais uma certa agonia. Na minha cabeça, eu tenho como um pouco corriqueira – aí estou falando dos anos 80, talvez segunda metade dos anos 80 – que era das pessoas em ambulâncias, procurando vaga em hospital. Eu fiquei com essa imagem – já não sei se ela é de todo justa, a realidade é muito mais complexa do que isso – das pessoas sendo retratadas... numa ambulância, saindo de Belford Roxo, de Nova Iguaçu, e batendo no Rio de Janeiro para encontrar vaga para em situações de emergência e não conseguiam. É uma imagem muito desconfortável. Os políticos, claro, a oposição batia muito mobilizando essas imagens que eram muito difíceis – as vezes envolvendo crianças, né? Eu me lembro disso se reiterar na TV.

Esse tipo de imagem – que é muito minha mas, até certo ponto é coletiva, porque isso também aconteceu – para mim, é o avesso da Rede. Eu quando penso numa Rede, o avesso da Rede, para mim, é alguém numa ambulância circulando, procurando vaga para ter atendimento. Esse avesso da rede, representado nessa situação: quando isso acontecia, o que vinha na cabeça de vocês, gestores? A gente tem que reforçar o quê? A partir desse desconforto... o quê esse desconforto produzia no âmbito da gestão? Estou te fazendo uma pergunta lidando com uma questão que, de repente, não tava nem colocada dessa maneira como eu estou colocando para você – estou falando de uma perspectiva muito pessoal, que é como eu capturava um pouco essas imagens. Mas você pode também pensar em imagens semelhante, de avessos de Rede.

Como se deparava com esse certo caos do nosso sistema de saúde? Por um evento

dramático, por um evento especulado pela mídia, ou seja, por uma situação pública, que gerava desconforto. Estou falando isso porque você citou há pouco a situação da Candelária, que foi chamada pelo prefeito, né? Uma situação que gerou grande impacto público e o prefeito falou: “Cara, vamos ter que responder isso”. No fundo estou pensando em situações semelhantes, mas com diálogo mais direto com o nosso Sistema de Saúde. Qual era o impacto que gerava? Quais eram as conversas que geravam, no âmbito da Secretaria? Eu não sei se ficou muito confuso, Cristina, o que estou falando.

CB – Não, acho que não. A gente tinha um Secretário que era um cirurgião da área hospitalar, ele era do Miguel Couto. Então, essa questão hospitalar era uma área muito sensível, de crise. E realmente isso que você falou acontecia mesmo, de não ter assistência. Acho que as UPAs equacionaram um pouco isso também, né? Você não chegar nos hospitais... o CER também, né? Esse tipo de organização, o crescimento da Rede foi visando essas questões. Antes de você entrar no Miguel Couto hoje, você tem que passar pelo CER – Centro de Emergência Regional. Você só entra no Miguel Couto, se for um caso mais grave. Em várias regiões da cidade tem esses anteparos, né? Que não é só um anteparo: é um local de atendimento, de recepção das pessoas. Você não ocupa uma área mais complexa, hospitalar. Eu acho que já eram essas demandas emergentes, né?

Eu acho que essa é a dificuldade com a Saúde da Família. Saúde da Família não lida com uma questão emergente, né? Numa emergência você vai na UPA, hoje em dia hoje. Mas não tinha nem a UPA, nem a Saúde da Família, ia tudo para o Hospital. E era crise em cima de crise; crise em cima de crise. Você não tinha um contrato alternativo, todo mundo era funcionário público. Então, o anestesista que era funcionário público da Fernando Magalhães, no dia que ele não ia ao plantão – que era muito comum – fechava a Maternidade. Porque podia ter uma cesárea, claro; e não podia abrir para internação. Então, eram crises muito graves. Hoje a gente não vê mais isso. Foram etapas que a gente foi amadurecendo e foi melhorando, completamente.

Hoje você vê... “Não conseguiu ultrassonografia”, “A ressonância está quebrada”... não é aquela gravidade que tinha antigamente. Acho que evoluímos, sim. Eu, como aposentada, acompanhando de fora – e mesmo quando estava dentro – eu acho que melhorou muito. Não só aqui, no Brasil. No Brasil tem coisas muito piores. Acho que a gente tem melhorado nessa coisa histórica. A duras penas, a gente tem melhorado. Um exemplo que não aparece no jornal, mas a gente não conseguia fazer papanicolau – Tereza sabe disso. Tinha um laboratório, no INCA, que fazia para todo o Estado. E a gente crescendo, ampliando a demanda de coleta de preventivos, com câncer de colo

de útero na nossa cara e a gente não conseguia fazer os exames. Isso não é mais um problema. Mas não poderia ser, nem naquela época, um problema. Mas era.

E coisas que não apareciam na grande mídia. A questão da referência do Clinton, era uma questão muito crítica: hoje está equacionada. Então, são crises que eram muito ruins, que nem na mídia aparecia, muito, mas a gente sofria com isso. Acho que hoje está melhor.

– **Sob vários aspectos, sem dúvida. Cristina, uma última pergunta. Não é nem uma pergunta, é um pedido, na verdade. Você não precisa responder agora. Nos interessa muito ouvir de você sugestões de nomes de pessoas que você entende que a gente deve ouvir, seja no âmbito do nosso município, da nossa região, seja também no âmbito nacional, em Brasília, a partir do Ministério. Se você puder nos dar sugestões de figuras que mereçam ser escutadas e aturar a gente em entrevistas longas como essa, vai ser ótimo. Depois você pode mandar – por WhatsApp, por e-mail, como você quiser – uma lista de figuras, que a gente entraria em contato para tocar essa pesquisa.**

Eu encerrei as minhas questões e deixo minhas colegas, caso tenham alguma questão. Eu queria só agradecer pela sua paciência, por nos aturar tantas horas.

CB – Vocês que me aturaram! [risos]

– A gente aprende muito!

MTC – Eu achei indispensável, Cristina, que você fique registrada nisso. Ela já deve ter pensado em gente; vai pensar mais e depois vai dizer. Sabe que eu pensei uma coisa agora? Se tem que chamar o Temporão antes dele virar Ministro.

– É verdade, é verdade.

CB – [risos]. Temporão, vocês podem botar uns cinco dias aí. [risos]

MTC – Na Secretaria Municipal, da época e tal, eu tenho algumas sugestões, mas você podia pensar também em quem a gente podia entrevistar.

CB – Eu pensei no Draurio Barreira. Tudo bem que era uma Rede de Tuberculose, mas é uma experiência riquíssima que o fundo Global propiciou, sabe? De integração, de Rede, de Assistência. Hoje ele está lá em Genebra, trabalhando na OMS. Acho que talvez fosse uma pessoa...

MTC – Ele viveu com intensidade esse período da questão da Tuberculose e da Aids, também.

CB – Exatamente, da AIDS. Ele foi residente do Estado... Acho que ele seria uma pessoa para falar desde atrás.

MTC – Cristina, eu tinha sugerido Ana Ramalho. Ela é um pouco resistente a isso...

CB – Pensei nela também! Já tinha falado...

MTC – Já tinha falado. Você sugeriu a Rosinha – Rosa Domingues, que você tinha falado.

CB – A Rosa é estudiosa, acho que ela pode ajudar.

MTC – Mais para Assistência Perinatal, aquele momento... Acho que ela pode, também. E ela é do início, também.

CB – É. O que ia pagar, o que não ia pagar, aqueles contratos todos...

MTC – Você identifica personagens dos primórdios da regulação?

CB – Dr. Valmir ainda está vivo? Ele seria a pessoa, porque ele que fazia a interface com os contratados. Aquelas reuniões... ele que participava mais. Dr. Felipe também...

MTC – Dr. Felipe já morreu.

CB – Quem mais, da Secretaria? A Carla Brasil, eu acho que tem uma experiência mais com a área hospitalar.

MTC – Concordo, concordo. Fora do Rio, na Região Metropolitana...

CB – Rosângela...

MTC – Rosângela Bello. Nossa, você é corajosa de indicar a Rosângela. [risos]

CB – É uma pessoa que está vivenciando essa interação de rede, da Baixada, há muitos anos.

MTC – Você tem razão. Você tem razão. Daqueles coordenadores da época, você

acha que tem alguém que pudesse colaborar, assim... os coordenadores de área. Eu não sei onde anda Anelise, você sabe?

CB – Anelise, uma pessoa interessante.

MTC – **Eu tenho o telefone de Telma, eu pensei na Telma, também.**

CB – Em Niterói, Maria Célia Pucu, né? Muito antiga também, desde os primórdios. Trabalhou comigo quando eu era diretora do Santa Rosa.

MTC – **Aqueles seus colegas de residência, tem alguns nomes? O Cesar, que você fala, que era amigo do Werneck, amigo de vocês...**

CB – Cesar Roberto Macedo. Ele, para Niterói, é bom. Esse grupo lá do Tomazini, era Werneck, Cesar, o pessoal que fazia política.

MTC – **Você falou em Ricardo...**

CB – Ricardo? O Carlos Rubens, você acha que poderia? Era um coordenador de área.

MTC – **Acho. Ele tem uma experiência da AP4 também, antes de ir para a [AP] 3.1.**

CB – Foi diretor de Curicica...

MTC – **Esse grupo da AP4 foi um pouco pioneiro nessa discussão de Rede aqui no Rio.**

CB – Rosângela Bello foi coordenadora. [risos] Interessa para a Rede, estou olhando sob esse olhar. [risos]

– **Cristina, uma coisa que a gente deixa de fazer, porque a gente não teve um encontro presencial que combinamos, é ter acesso aos documentos que você disse que tinha separado, né? Aí queria, enfim, quando possível, algum momento, combinar contigo de ter acesso a esse material.**

CB – Está aqui, separadinho. As meninas moram aonde? A Thais e a Cassia?

TF – **Eu moro na Glória.**

CB – Thais, passa aqui um dia.

TF – **A gente pode combinar, Cristina. Você me diz sua disponibilidade e eu vejo com**

Carlos como fica a logística.

CB – O dia que você vier na feira aqui da Glicério... Eu vou deixar aqui, meio disponível. Eu tenho uma secretaria dois dias na semana; então, dois dias da semana tem um dia todo que você pode passar. Minha filha também faz dança ali na Glória. De repente, combinar alguma coisa. Depois a gente combina.

Acho que, de gente, fizemos um bom mapeamento...

TF – Vocês falaram algum nome de Niterói? Não sei se eu anotei.

MTC – Maria Célia, que ela falou.

CB – Maria Célia Pucu.

– A Maria Célia, eu entrei em contato com ela várias vezes e eu nunca tive retorno. Lá no contexto do seminário.

CB – Ela é assessora dos prefeitos de lá, então ela fica meio...

MTC – Muito cansativo, Cristina, foi para você?

CB – Não! Já tinha coisa que eu nem... Mas é bom falar porque vai vindo, né? Foi cansativo, não.

– Vou te dizer, Cristina. É de propósito que a gente não entrega o roteiro antes. Quando a gente entrega o roteiro antes, a pessoa ela vai pensar... quer dizer, se ela levar a sério, vai pensar tanto sobre isso, que ela já vai vir com a história toda arrumadinha na cabeça, produzir uma certa linearidade do processo. E aí a gente quer, na verdade, lidar com esse desconforto da pergunta. É por isso que a gente também faz em etapas. E aí, na segunda etapa, a gente retoma coisas que, eventualmente, valem a pena ser exploradas. E, muito comumente, o próprio entrevistado as vezes lembra: “Olha, aquela coisa que eu falei lá, na verdade é isso...” Acho que é um pouco cansativo mesmo. Eu já fiz uma entrevista de 17 horas, foram três dias. Com uma figura que é uma metralhadora, que vocês conhecem: o José Paranaçu. Fala muito, fala muito! Eu falava: “Cara, deixa eu fazer a pergunta”. [risos]

CB – Confesso que hoje eu fui lá no e-mail olhar, mas minha preocupação era não repetir alguma coisa que eu já falei. Passei o olho na entrevista [risos] e até aonde a gente tinha ido também [risos].



MTC – Ela vai receber a transcrição da primeira parte?

– Já mandei no e-mail, ontem.

CB – Mandou, é. Mandou ontem.

FIM DA ENTREVISTA