

# Lilia Schraiber: em defesa da Atenção Primária e do sistema público de saúde

Lilia Schraiber: in defense of Primary Care and the public health system

Lilia Schraiber: en defensa de la Atención Primaria y del sistema de salud pública

Ana Lúcia Lana Nemi<sup>(a)</sup>

<ana.nemi@unifesp.br> 

André Mota<sup>(b)</sup>

<andremota13@gmail.com> 

Samira Adel Osman<sup>(c)</sup>

<samira.osman@unifesp.br> 

<sup>(a, c)</sup> Departamento de História, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo. Estrada do Caminho Velho, n. 333, Jardim Nova Cidade. Guarulhos, SP, Brasil. 07252-312.

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Lilia Blima Schraiber acompanhou a formação do departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), os debates da Reforma Sanitária, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dentro dele, da Atenção Primária. Sua trajetória emblema aquilo que historiadores costumam chamar de testemunho, uma “fotografia” de uma experiência que guarda saberes e vivências e que nos permite problematizar acontecimentos de interesse geral. Seu testemunho nos transporta para os primeiros passos do SUS e da Reforma Sanitária, para as ações dos médicos sanitaristas nos Centros de Saúde, na Programação em Saúde e na Vigilância Epidemiológica durante a gestão Leser em São Paulo. Os projetos e as dificuldades que marcaram as articulações entre a clínica, o

sanitarismo, a Atenção Primária em Saúde e os hospitais – assim como uma certa linha de continuidade que estabelece um diálogo entre a medicina preventiva, a comunitária, a saúde coletiva e o SUS – expressam-se em sua formação e em suas atividades como pesquisadora, professora e médica.

Sua fala, em si, conta uma história importante, e dispensa as perguntas, por isso a opção pela metodologia de história oral para transformar seu depoimento em uma narrativa em primeira pessoa. Alguma tristeza talvez acompanhe a leitura, especialmente nos tempos que vão, em que os projetos de uma sociedade mais justa e inclusiva, conquista que exige um sistema de saúde pública e universal e que nos levaram à edificação do SUS, parecem distantes das novas gerações. Mas os entrevistadores acreditam que, ao contrário, recontar esta história a partir da experiência de uma das fundadoras da Saúde Coletiva no Brasil incentiva a manter a proposta e o sonho em pé.

## **Uma história, algumas histórias: Lilia Blima Schraiber**

Eu fiz faculdade de Medicina por grande influência do meu pai, que era médico. Minha mãe fez Farmácia, minha irmã fez Direito e eu fiz Medicina. Era assim: tinha que fazer ou Direito ou Medicina, a gente não tinha muita escolha. E eu fiz a graduação aqui na Faculdade de Medicina da USP, entrei em 1967 e me formei em 1972. Depois, fiz residência em clínica médica e em medicina preventiva, o que durou mais três anos na minha formação, além do mestrado e do doutorado, sempre aqui na USP.

Na época da minha residência, não tinha ainda nada estruturado como agora. O departamento começou efetivamente a funcionar no mesmo ano em que eu entrei. Em 1968, quando estava no segundo ano da graduação, eu já entrei no Centro Acadêmico e fazia parte de um “departamentozinho” que se chamava “Departamento de Pesquisas Médico-Sociais”... “Pesquisas Médico-Sociais”! Esse departamento não existe mais, mas na época estava voltado para fazer pesquisas epidemiológicas, pesquisas de perfil de saúde de determinada população, em geral, da população carente. Por isso foi reconhecido como uma instituição de utilidade pública e ganhou por doação uma área imensa de terreno da prefeitura e da USP, toda a parte do porão, inclusive o restaurante que é gerido pelos alunos do Centro Acadêmico.

A cadeira de Higiene era parte do curso de Medicina porque a Faculdade de Saúde Pública foi criada depois que a de Medicina. Quando eu ingressei na faculdade, a cadeira de Higiene tinha sido substituída pela de Medicina Preventiva e era o professor Guilherme Rodrigues da Silva, que veio da Bahia, o responsável por ela. Ele veio muito recomendado por importantes personagens, inclusive por um deputado da Bahia, tinha feito estágio nos Estados Unidos e estava bem cotado para vir para cá... ele foi o favorito para entrar como titular, concorrendo com o professor Wanderley Nogueira da Silva, vindo da Clínica Médica. O professor Wanderley era uma pessoa mais ligada às esquerdas, ao Partido Comunista. No departamento de Parasitologia estava o professor Samuel Pessoa e outros professores bastante de esquerda, ligados ao Partido Comunista.

Eu sempre circulei nesse meio e gostava muito dessa temática, e fui mantendo ao longo da graduação muitos contatos com a Medicina Preventiva e com pesquisa médico-social, para onde fui direcionando minha formação e especialização. Nesse departamento, já estava a professora Cecília Donnangelo, que era uma socióloga. Ela entrou em 1969 para o Departamento pela Medicina Legal, mas, em seguida, o professor Guilherme a chamou para o Departamento de Medicina Preventiva, e ela se transferiu. Ela tinha um grande interesse na área de saúde do escolar, um tema que estudou bastante, mas nessa época ela já vinha desenvolvendo uma grande pesquisa empírica sobre as práticas de saúde, as práticas dos médicos, sobre o mercado de trabalho dos médicos. Na verdade, não era só sobre mercado; era um estudo da relação das políticas públicas, do nascimento das políticas públicas voltadas para saúde, a repercussão no mercado de trabalho e na prática dos médicos. Essa pesquisa foi a base para uma tese que foi publicada como livro em 1975<sup>1</sup>.

Eu tive um contato muito próximo com a professora Cecília em função do Centro Acadêmico, ela me chamou para ser monitora voluntária na disciplina que dava no curso experimental sobre saúde e sociedade, relações entre a Medicina e a sociedade. Isso foi entre 1973 e 1974... fiquei trabalhando aqui no curso com ela e, ao mesmo tempo, ganhei uma bolsa de preceptora de residência em Clínica Médica, que é uma bolsa para alguém que já fez a residência R1 e R2 e no R3 vira preceptor para organizar a residência dos ingressantes... não tinha residência de Medicina Preventiva, então eu fiz dois anos de Clínica Médica.

No segundo ano da residência havia um estágio rural que era proposto pela Medicina Preventiva em Pariquera-Açu, no Vale do Ribeira, quase esquina com o Paraná, que era um *campus* avançado... No final dos anos 1960, os epidemiologistas dos vários departamentos de Higiene ou de Medicina Preventiva que já existiam nas faculdades de Medicina pelo Brasil valorizavam muito ter um lugar para fazer as pesquisas epidemiológicas, ter uma comunidade, uma região geográfica na qual eles pudessem fazer o diagnóstico epidemiológico. O professor Guilherme também buscou estruturar uma coisa assim. E ele fez isso na região do Butantã, perto da cidade universitária da USP, criando um centro de saúde do departamento e um ponto avançado no interior do estado de São Paulo, uma região muito pobre.

E então eu tinha a proposta de fazer estágio e morar lá; e eu fiquei lá, morando no hospital de Pariquera-Açu por três meses. Mas para mim era bom porque era muita prática clínica, na verdade mais do que Epidemiologia, porque a gente ficava ali e tinha que atender às pessoas que estavam internadas, as crianças e os adultos, etc. Eu e a minha parceira, que fez estágio comigo nessa ocasião, propusemos fazer um levantamento epidemiológico na região. Tem sete municípios no entorno de Pariquera-Açu, e nós levantamos epidemiologicamente os sete municípios. Levantamos os recursos existentes, os dados, mas não produzimos pesquisa de inquérito domiciliar.

Eu terminei esse estágio, fiz a preceptoria, prestei um concurso e passei como médica clínica consultante para o próprio Centro de Saúde Escola, que foi fundado em julho de 1977. Eu já havia ingressado no mestrado em 1974, com a perspectiva de uma vaga docente no curso experimental de Medicina, por sugestão da professora Cecília. Mas, em 1976, fecharam esse curso e extinguiram a vaga. Foi um período bastante difícil para o departamento porque pessoas como eu, que não tinham emprego definido, tinham que

ir buscar esse emprego. Então eu fui ser consultante no Centro de Saúde Escola e prestei concurso para médico clínico consultante na Rede de Centro de Saúde. Fiquei lotada no Centro de Saúde 5 Sigmund Freud, que era muito pequenininho e ficava perto da Rodovia Raposo Tavares! E ainda dava plantão de clínica de pronto-socorro, porque para viver a gente faz isso: acumula as coisas que pode acumular!

Foi exatamente nesse momento, em que me vi impossibilitada de ingressar na carreira docente, que o professor Leser fez um convênio com a Faculdade de Saúde Pública para formar, muito rapidamente, médicos sanitaristas para a rede pública. O cargo de direção dos Centros de Saúde era privativo de médico sanitarista, e ele queria médicos bem formados. A Faculdade de Saúde Pública tinha um curso de especialização em Saúde Pública, mas tinha pouca gente que frequentava, era mais tradicional... tinha uns 15 alunos, dos quais sete eram da América Latina e oito eram brasileiros. Era uma coisa muito pequena e o Leser fez esse convênio pagando com recursos da Secretaria da Saúde o curso para a Faculdade de Saúde Pública. Acho que foram no total seis ou sete turmas em três ou quatro anos, e se formaram seiscentos sanitaristas, em um curso que antes vinha formando uns cinco ou seis profissionais. Ele fez para lotar realmente a direção das unidades de médicos sanitaristas bem formados.

Eu fui um deles. Entrei na terceira turma, junto com o Luís Cecílio e o Gastão Wagner, entre outros. Esses médicos sanitaristas eram pessoas muito, muito especiais e acabaram formando a Associação dos Médicos Sanitaristas do estado de São Paulo, que foi muito atuante na segunda gestão Leser, a gestão que formou todos eles. A rede estadual era a mais importante mesmo, os municípios tinham poucos serviços. Hoje em dia é diferente, a rede é municipalizada.

Enquanto eu fiz o curso de médico sanitarista fui dispensada da função de médico consultante, mas sem perder o cargo. O Leser promoveu vários concursos públicos para cargos efetivos de médicos sanitaristas no estado. Eu terminei o curso em julho de 1977 e em dezembro do mesmo ano prestei concurso para diretora de unidade como médica sanitarista no Centro de Saúde 1 do Belenzinho, onde eu fui lotada.

Nós éramos então os diretores das unidades e começamos a fazer uma espécie de articulação entre as várias ações da unidade. Eu vivi essa história. O Centro de Saúde como a gente conhece hoje é uma criação do estado de São Paulo, dessa Reforma Leser. Antes, nós tínhamos algumas pouquíssimas unidades, pequenos postos, que vinham da proposta Paula Souza de Educação Sanitária, que era de uma ideia muito preventiva, muito ligada à higiene materna e à higiene infantil. E havia também uma rede de dispensários de tuberculose, de hanseníase, de tracoma, ou seja, de doenças infectocontagiosas que ficavam a cargo e controle exclusivo do Estado, como a atuação do Hospital Emílio Ribas, por exemplo.

O Centro de Saúde era considerado uma unidade estática porque as pessoas iam até ele, ele não ia até as pessoas. Já os dispensários eram dinâmicos, porque eles faziam visita domiciliar. Existia visita domiciliar para as doenças infectocontagiosas, para controle do foco infeccioso, do contágio, para a quimioprofilaxia da tuberculose. A outra diferença é que os dispensários eram monovalentes: eles só atendiam uma especialidade; quem atendia tuberculose, só atendia tuberculose, não atendia hanseníase. Os Centros de Saúde atendiam tudo o que dizia respeito às gestantes e às crianças, porque fazia parte

do esquema da prevenção, mas não atendia patologia. Os adoecimentos iam parar nos prontos-socorros que eram do município ou dos hospitais filantrópicos: a Santa Casa e depois o Hospital das Clínicas.

Depois, Leser também integrou os ambulatórios do INAMPS [*Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*]. Houve um período em que havia essa negociação entre os serviços públicos do Estado e os serviços públicos da federação via INAMPS. A ideia de Leser era juntar tudo o que era público e, provavelmente, ter o apoio do grande financiador que era o INAMPS, aproveitando que a assistência médica era um braço da previdência social naquela época.

Leser teve essa ideia de juntar toda essa rede que pertencia ao Estado, de juntar os programas verticais dos dispensários com os Centros de Saúde da higiene maternoinfantil e estabelecer uma estrutura. Nesse novo modelo, os tisiologistas tinham que atender Pediatria, os pediatras tinham que atender hanseníase... claro que ninguém queria aceitar, teve até greve dos médicos! E Leser precisava dos médicos para conseguir que isso desse certo, acho que foi por isso que ele fez a carreira dos médicos sanitaristas, para ter um profissional fazendo essa coordenação e tentando articular tudo isso.

Ao mesmo tempo que a gente foi organizando os Centros de Saúde nessa nova base, na base da Reforma Leser, também fomos integrando ali a área de saneamento, porque os Centros de Saúde passaram a fazer também a vistoria; a fiscalização sanitária das comidas públicas de bares e estabelecimentos alimentares; a fiscalização de condições da rede de água e esgoto da região, da existência ou não de animais que não podiam dentro do meio urbano... antes disso havia uma máfia dos cuidados sanitários que cobrava uma nota para emitir o certificado exigido pela Legislação Sanitária. O sanitarista chegou para pôr ordem nisso também. A proposta da Reforma Leser estava baseada na integração da clínica médica, voltada à população, com a dimensão sanitária, voltada ao ambiente, para ser levada a cabo pelos médicos sanitaristas nos Centros de Saúde. Mas claro que havia um conflito entre as demandas de adoecimento e as medidas mais preventivas, porque esses programas eram muito voltados a certas patologias mais restritas. Houve uma pressão de demanda e isso fez com que muitas unidades brecassem as demandas individuais e dessem mais prioridade para o que era programado, e outras unidades foram deixando a parte mais da prevenção e acolhendo mais o que se chamava de demanda espontânea.

Esse modelo foi chamado de Programação em Saúde, porque todo atendimento assistencial era programado: o que ia fazer com os tuberculosos, o que ia fazer com os hansenianos, com a Pediatria, com o pré-natal, quais deveriam ser as normas e os protocolos de atendimento, os registros. A meu ver, esse nome e essa estrutura tinham muita influência da proposta do final dos anos 1960 – o Planejamento em Saúde –, algo muito influenciado pelo Cinquentenário da Revolução Russa, que apontava o sucesso do planejamento como técnica de mudança social, e pelo papel ativo do Estado no desenvolvimento das áreas de educação e de saúde.

Outra influência foi a Fundação SESP, a fundação de serviços especiais implantados em função da extração da borracha na década de 1940 no norte do Brasil, por conta da malária. Nesse caso, os serviços eram propostos a partir da visão norte-americana, de articulação com o meio ambiente – portanto, com o sanitário – e os cuidados individuais para quem adoecia. Era um sistema que tinha essa proposta de integração entre o território, o domicílio, o

ambulatório e a internação. Leser propôs uma reforma a partir do que já circulava por aqui, uma reforma baseada nesses princípios de articulação entre clínica e sanitarismo como perfil de atendimento dos Centros de Saúde.

Fiquei pouco tempo como diretora de Centro de Saúde, acho que só alguns meses, porque o José da Silva Guedes, professor da Santa Casa e chefe do Gabinete do Leser, convidou-me para estruturar no Brasil um sistema de vigilância epidemiológica. Eu fui transferida para uma área mais central de administração da Secretaria, que era a DRSU, uma Divisão Regional de Saúde, responsável por toda a Grande São Paulo. Eu fui lotada na área de Vigilância Epidemiológica e me reportava diretamente ao gabinete de Leser.

Com o Gabinete Leser, criou-se o órgão de hierarquia maior do Sistema de Vigilância Epidemiológica, um Centro de Informação em Saúde do estado de São Paulo, o CIS, ligado diretamente ao Gabinete da Secretaria da Saúde. O CIS estava ligado também aos médicos do Hospital Emílio Ribas, porque os médicos sanitaristas recém-formados estavam por toda a rede de saúde estadual: no Emílio Ribas, no CIS, na Vigilância, em Centros de Saúde, em toda a rede! Em dois, três anos, Leser fez isso: colocou seiscentos médicos sanitaristas atuantes nessa “nova saúde pública”, atualizada e mais dinâmica.

Esse modelo vigorou até os anos 1980... quando o José Pinotti assumiu a Secretaria da Saúde, ele extinguiu a carreira do médico sanitarista como Leser havia pensado. O argumento veio da própria Saúde Pública de que não precisaria ter médicos sanitaristas, precisaria ter sanitaristas de qualquer qualificação, sejam enfermeiros, dentistas, engenheiros, que era como o curso antigo fazia. Quem queria ser sanitarista fazia o curso antigo, não importasse se era médico ou se não era médico. Na gestão anterior, do João Yunes, já se abria para outros profissionais sanitaristas não médicos, mas sanitaristas. Pinotti encerrou oficialmente a carreira de “médico sanitarista” e ficou o de sanitarista geral, dentro da carreira da Secretariada Saúde, aquela antiga que existia.

O saldo de tudo isso é que conseguimos implantar a vigilância epidemiológica em âmbito nacional, um projeto que se enraizou e dá frutos até hoje! Antes da criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, existiram duas ou três propostas para articular o sistema previdenciário com o sistema de Saúde Pública. Havia as propostas do Prev-Saúde e do SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde para integrar a Medicina Previdenciária com a Medicina Pública, estabelecendo um sistema de saúde no Brasil. Havia também a proposta do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), da interiorização das instituições de saúde.

Na minha visão, a medicina previdenciária fracassou, porque na medida em que ela foi avançando, houve crises econômicas. A partir de 1945 ela tem uma guinada grande, mas, no momento em que começam os convênios, os hospitais vão consumir muito da medicina previdenciária. O hospital como sistema de saúde é inoperante, porque não cobre as necessidades da população, e no mundo todo percebeu-se que não iria funcionar. Como alternativa, buscou-se o incentivo ao que se chamou depois de “Atenção Primária”, que foi sendo lotada nesses Centros de Saúde, nessas Unidades Básicas de Saúde, que é a porta de entrada do sistema. Os estudos que começam nos anos 1950, 1960, constatam que a população que vai ser internada é apenas 10%, e 1% em hospital terciário. Então o mais importante é dar assistência que não seja internação, que seja de natureza ambulatorial e que seja a porta de entrada do sistema.

Nesse debate é que está o nascimento da Saúde Coletiva, ideia que começa exatamente a borbulhar a partir da prevenção e das medicinas comunitárias. As medicinas comunitárias são formas práticas de realização dessa ideia de valorização de uma porta de entrada para o sistema de saúde... a Medicina Comunitária não foi proposta como parte de um sistema de saúde, mas trazia em seu interior a proposta de uma atenção territorializada de base local, muito voltada para a pobreza, para os que não tinham acesso ao atendimento em saúde, e baseada no modelo norte-americano. Eu acho que isso influenciou muito na proposição de Centros de Saúde da rede pública e da Atenção Primária.

Na USP foram se construindo esses Centros de Medicina Comunitária como experiência de escola, como um laboratório para pensar sistemas de saúde, para pensar a Atenção à Saúde, as melhores propostas de saúde, como também para os alunos terem uma experiência ligada às patologias mais comuns, a um território circunscrito. Claro, havia essa ideia de cobrir a pobreza, estar em uma comunidade, mas também fornecendo um ensino de outro tipo, ligado às realidades da população e ao planejamento. Era uma proposta de impulsionar o sistema de saúde desde uma base territorial, como se dizia: “O sistema de saúde pode ser feito de cima para baixo, mas o melhor é de baixo para cima”, ou seja, da Unidade Básica local para o hospital terciário; da realidade das comunidades, do território, para o profissional da saúde. Acho que foi uma junção desses discursos vindos de diversas frentes que confluíram no mesmo contexto, no mesmo momento histórico de interesse, tanto para as universidades quanto para os hospitais preocupados em propor um sistema.

Eu penso que o SUS foi pensado como um sistema para todos, e não para os pobres. Na verdade, foi a proposta da Reforma Sanitária que levou ao SUS, pensando a população como um todo mesmo. Porque a Reforma Sanitária deve ser pensada do ponto de vista da participação de diversos setores: dos médicos, dos enfermeiros, dos profissionais de saúde, dos doentes, dos hospitais, da indústria farmacêutica. Havia muitas instituições e representações do interesse na gênese social do SUS, claro, e no próprio movimento da Reforma Sanitária. O que eu mais acompanhei foi a contribuição do campo da Saúde Coletiva, dos personagens centrais das propostas mais reformistas. A ideia era: a Reforma Sanitária é a democracia do Estado brasileiro. Uma identificação muito direta entre uma reforma do Estado e uma reforma da saúde. Uma reforma da saúde que, ao final, pretendia reformar o Estado.

Na minha avaliação, a mudança dos centros de saúde e do SUDS para o SUS foi decorrente da primeira proposta de um sistema de saúde nacional, que é de 1975, como o Sistema Nacional de Imunização, que passou de uma ação dos estados para um sistema nacional de vigilância epidemiológica. A criação dos departamentos de Medicina Preventiva no começo da década de 1970 veio acompanhada de esboços de reformas da saúde; da questão do acesso e da integralidade em saúde; da integração das instituições públicas – depois, entre o público e o privado –; da integração dos cuidados – entre o clínico e o sanitário –; da integração dos trabalhadores; da formação de trabalho em equipe; e de uma equipe multidisciplinar. Esse período dos anos 1970 é muito rico nessa discussão.

Esse debate todo é travado no campo da Saúde Coletiva, sua organicidade vem dos departamentos de Medicina Preventiva, que, por sua vez, foram muito estimulados pela OPAS [Organização Pan-Americana da Saúde], com assessores como Juan César

Garcia, que era médico e sociólogo, e defendia que a Medicina tinha que ter entrada para a prevenção. Era uma abertura para o social mesmo, no esquema mais clássico da história natural das doenças, e, mesmo na proposta mais tradicional americana, que chamava a Psicologia muito mais que a Sociologia como área social da saúde, para adequar comportamentos higienistas da antiga educação sanitária... mesmo vindo por essa vertente, Juan César teve a habilidade de reinterpretar essa entrada do social; não um social controlador de comportamentos individuais, mas um social que pensasse, de fato, a sociedade como um todo, as relações sociais como um todo. Ele percorreu a América Latina inteira, departamento por departamento, estimulando, fazendo debates, promovendo encontros. Formou-se a Associação Latino Americana de Saúde Pública, a ALASP, e outras entidades que começaram a atuar nesse debate... no Brasil, aconteciam os seminários dos Departamentos de Medicina Preventiva, reuniões de organização e de organicidade institucional desse movimento que vinha ocorrendo no continente.

Vieram também os financiamentos internacionais, como os da Fundação Kelloggs, da Fundação Rockefeller, nesse caso mais por meio dessas unidades prestadoras de serviço, das medicinas comunitárias que cada departamento resolveu propor. Chamavam Programas de Integração Docente Assistencial porque essas fundações internacionais não financiavam só os encontros, financiavam também a intervenção na assistência à população e à saúde. Era um movimento para instalar, em todas essas universidades locais, assistência de Medicina Comunitária, de Medicina da relação universidades-serviços, que eles chamaram de Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA). Depois virou Uni-IDA, de universidade, pensando a universidade como um todo.

A Saúde Coletiva pretendeu ser um campo de atuação e pesquisa, pretendeu criar as instituições e os saberes; e formular instituições e pessoas reprodutoras dos saberes e das instituições por meio das suas práticas. E circular os livros! Fez editoras, fez teses, fez um saber dentro das academias, abriu espaço para a formação de residência, para a formação de especialistas. Fez tudo para ser um campo em um tempo muito curto, e, ao mesmo tempo em que instituiu tudo isso, abriu-se para uma pluralidade interna que dificilmente consegue ser agregadora de um campo. Ao abrir-se para o social dentro da Medicina, para o biomédico dentro do sanitário, para a política dentro do técnico, a área médica acabou diminuindo...

Foi um movimento criado nas escolas médicas, por dentro das escolas médicas e pelos médicos, para o qual foram chamados vários profissionais. A meu ver, a vinda das outras profissões foi menos pelo ideário da Saúde Coletiva e mais pelas oportunidades de mercado de trabalho, porque foi um campo que começou a oferecer muitos espaços de trabalho para profissões que não viam a saúde como um espaço de trabalho necessariamente. Nem os dentistas viam o setor público, originalmente, como um espaço de trabalho. Os psicólogos! Quem diria que viriam ao setor público, trabalhar como assalariados. Vieram tardiamente para o campo, encontraram uma oportunidade de trabalho, mas ao mesmo tempo houve uma crise identitária. O que fazem os historiadores? O que fazem os sociólogos e os antropólogos? Eles não vão ao Centro de Saúde atender. O que eles vão fazer? Criou-se uma questão dentro do que foi proposto pela própria Saúde Coletiva, mas para a qual não se tinha resposta. A Saúde Coletiva chamou esses profissionais, mas não tinha muita clareza de como eles iriam integrar a saúde, como seria realizada a interdisciplinaridade.

A colaboração desses profissionais para a formação da prática médica seria positiva se tivéssemos conseguido fazer a alteração que estávamos propondo no início da Saúde Coletiva, ao questionar a tradição biomédica de autoridade e poder na hierarquia assistencial. Veja bem: era o que se pretendia. Pretendia-se uma democracia do Estado, mas uma democracia interna à saúde também. Pretendia-se que o médico tivesse um olhar mais social, um olhar para o paciente, que valorizasse a presença do paciente a partir de um entendimento que ele mesmo teria dos universos culturais diversos dos pacientes, das segmentações de classe, das questões de raça e etnia... essa era a proposta! No século XIX isso também aconteceu com a Medicina. A Medicina se defrontou entre correntes de pensamento muito diversas quanto ao que é o processo saúde-doença e o que é a intervenção do médico. E venceu uma das correntes, a outra ficou subjugada. Era um campo de disputa. Nos anos 1980, que antecederam a criação do SUS, foram várias intenções de democratização. Todas elas misturadas!

Para mim, os Centros de Saúde foram um antecedente do SUS, mas a porta de entrada para o sistema nunca ficou muito estabelecida. Na prática, a própria estruturação por dentro do SUS estabeleceu portas de entrada pelos prontos-socorros, pelos hospitais, por tudo quanto é lado, porque essa cultura estava já muito bem instalada, e o SUS se estabeleceu tendo que negociar com esses outros interesses, e teve que mantê-los ativos. Ou seja, rapidamente acenou-se para uma medicina suplementar, e os médicos nunca foram, absolutamente, conectados ao sistema do SUS. Sempre foram portas de entrada independentes.

Eu ajudei a montar o Centro de Saúde Escola da USP, que antes de ter uma instalação específica, usava emprestado algumas unidades da própria rede do estado, em especial o Centro de Saúde 1 da Lapa, onde os alunos faziam estágio. A Medicina Preventiva e a Pediatria sempre andaram juntas nessa concepção de Medicina Comunitária, e tinham suas disciplinas de estágio nesse centro. O professor Marcondes, catedrático da Pediatria, gostava muito da área de Medicina Comunitária. Ele fez estágio na Harvard e trouxe a proposta pedagógica do Curso Experimental de Medicina, mas a ala conservadora achava que era uma proposta da esquerda... Ele via na Medicina Comunitária uma forma de poder fazer essa proposta de Reforma Pedagógica que ele queria como reforma da escola médica. Quando eu saí da condição de consultante e fui para condição de auxiliar da chefia, da direção, comecei a implantar ali o Sistema de Vigilância Epidemiológica também, já que eu era da vigilância no Centro de Saúde Escola daqui. Ao mesmo tempo, como estava ocorrendo essa Programação em Saúde, fui trazendo, com o Ricardo Bruno, a própria Reforma Leser modificada para dentro do Centro de Saúde Escola.

Nós organizamos o serviço de um jeito um pouco diferente da rede usual, mas todas as Medicinas Comunitárias, todos os Centros de Saúde Escola, todos os programas docentes-assistenciais em Paulínia, em Cássia dos Coqueiros, todo mundo organizou um pouco à sua maneira a sua Medicina Comunitária, para servir de formação aos alunos e de pesquisas epidemiológicas e, no nosso caso, aproveitamos muito da própria reforma Leser. Mas fizemos uma guinada exatamente em 1986, quando o Ricardo Bruno<sup>2</sup> faz um grande estudo da rede de Centros de Saúde de São Paulo e propôs outra forma de estruturar o que seriam esses programas, inclusive abrindo um programa especial que era a demanda espontânea, uma espécie de porta de entrada livre para o ambulatório; um ambulatório de emergências, de situações mais agudas.

Começamos também a acrescentar o atendimento aos adultos. Tinha o programa maternoinfantil, tinha a hanseníase, tinha a tuberculose, mas não tinha cardiologia, não tinha hipertensão, diabetes, e fomos acrescentando. Acho que fomos os primeiros a colocar isso como programa, já falávamos em integralidade, atenção integral à saúde da mulher, “esse corpo nos pertence”, já criticava a medicalização pelo feminismo. É a tal da democratização que vinha junto com o movimento sanitário... então nós reestruturamos aquilo como uma unidade um experimental, baseada em pesquisa...

No caso de São Paulo, os Centros de Saúde foram os precursores das Unidades Básicas de Saúde... como São Paulo foi o precursor de muitos projetos, quando eles viravam projetos nacionais, o estado já estava em outra discussão... claro que tinha um pouco de orgulho ferido de ser precursor e da insatisfação das coisas mudarem no nível nacional em relação à proposta original. Um pouco disso “eu fui precursor, eu inventei desse jeito e tal, montei; e vocês pioraram! E agora querem que eu faça aqui pior?! Não vou fazer.”. Talvez um certo elitismo, uma certa autonomia que São Paulo guarda, mas, também, um certo autoritarismo do poder central que não respeita particularidades das regiões. Isso vale para São Paulo e vale para todos os estados. Infelizmente, nisso poderíamos ser mais americanos, mas não somos. Nisso podíamos ser mais federativos, não somos. Nisso nós queremos ser a Inglaterra. Não é, não dá.

Outra questão que eu acho importante destacar é a questão feminista, de gênero. No meu caso, esse tema entrou pelo próprio Centro de Saúde quando apareceu o PAISM, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que é de 1983, 1984... em 1986 fizemos um rearranjo na programação e demos também à área da mulher uma reorientação mais ligada ao feminismo. Além disso, eu tinha contato com essas pessoas feministas que também militavam na Saúde Coletiva. Muitas médicas eram feministas! Eu tinha contado com o coletivo feminista Sexualidade e Saúde, que tinha residentes nossas.

A grande questão da Reforma Leser era integrar a função de gestores e de cuidadores clínicos. Os gestores também eram clínicos, mas não é que eles tinham que exercer a clínica, mas tinham formação, tinham conhecimento, tinham diálogo, tinham interlocução. Esse distanciamento da gestão em relação à própria clínica e à assistência é um problema porque você cria situações autônomas para os dois lados, que é o que caracteriza o gestor hospitalar. Não é um gestor que vem do próprio corpo clínico, ele é o oposto, quase como um contador externo... então fica o clínico como guardião da prática, em oposição àquele que aparentemente está só cuidando dos recursos e do financiamento. Financiamento e recursos passam a não conversar com o que tem que ser feito do ponto de vista técnico e científico, na prática.

Quando criaram as organizações sociais, eu fui contra desde o começo! Numa ordem capitalista você coloca um intermediário para fazer algo que você já fazia antes e vai dizer que isso melhora a gestão? De que jeito? Não dá para fazer isso! O que se queria era tornar a gestão mais um elemento do capital, de natureza empresarial. É claro que a Medicina foi se empresariando também no setor privado, mas lá foi pela outra lógica do capital: a da administração ágil, a da captação de recursos, da otimização dos serviços... no serviço público não deu certo porque se quis beneficiar os intermediários, e não melhorar o serviço... imagina se isso podia dar certo? Claro que não podia dar certo! Eu não entendo como é que economista de esquerda não percebe isso, sinceramente. Sinceramente, eu não entendo!

O que eu gostava da Reforma Leser é que ela tinha certo empreendimento do todo. Ela atuou no polo “financiamento”, atuou no polo “formação”, atuou no polo “organização” da atenção... quero dizer, ela fez tudo ao mesmo tempo, coisa que eu não vejo no SUS. A Saúde Coletiva também tem essa ideia de “para todos”, mas esse “para todos” é sempre muito problema quando não há “todos”. A camada mais rica e privilegiada da sociedade usa o SUS também, mas usa da pior maneira possível, usa espoliando. É sempre para comprar os remédios caros, para transplantes, para tratamentos de alto custo, o SUS financia e o tratamento é feito no hospital privado, que fatura pelo SUS. No fundo, nós estamos financiando hospital privado!

O problema todo é sempre articular isso com as necessidades mais gerais. O Brasil nunca conseguiu fazer mesmo uma política de hierarquização dos vários hospitais porque são poucos os hospitais públicos, a maioria é privado mesmo. Houve uma opção, diante da lógica do capital, de financiar o hospital privado em vez de construir o seu próprio hospital. Experiências como as do Hospital Universitário da USP, que era um ótimo intermediário entre os Centros de Saúde da região e o Hospital das Clínicas, e também para os alunos, para aprenderem uma clínica mais cotidiana, malograram, fecharam o pronto-socorro, e a região toda ali saiu perdendo. Às vezes eu brinco com as pessoas: “Olha, a Medicina aqui está em 1940”, porque naquela época muita coisa se tratava em casa porque não tinha hospitais! E hoje esse problema ainda permanece!

E é curiosa também a reforma curricular que foi feita aqui em 2015, que já vinha também de um movimento reformador um pouco anterior, valorizando a Atenção Primária. Olha que curioso! Valorizando a Atenção Primária, valorizando o SUS. Mas isso são os anos 2013 e 2014. Por isso eu vejo essa faculdade como um termômetro muito interessante de referencial, tanto ideológico e político quanto técnico e prático para o país, porque ela é considerada assim. São Paulo é um polo tecnológico importante e essa é uma escola muito tecnológica, as pessoas estão sempre de olho aqui no que se está fazendo. O próprio Hospital das Clínicas, que é um hospital-escola, funciona dentro dessa lógica do empreendimento científico, abrem-se certos leitos e certos ambulatorios para determinada patologia, às vezes nem é uma patologia tão importante para o país como um todo, mas é importante para a ciência, para a pesquisa.

Enfim, eu fiquei no Centro de Saúde até 1997. Eu fui auxiliar de chefia, chefia, coordenadora geral do convênio com a Secretaria... só saí por um problema político interno ao departamento. Senão eu continuaria lá até hoje. Mas eu nunca fui “gestora pública” mesmo, de estar à frente de uma Secretaria ou algum cargo dessa natureza. Nunca quis isso! Depois que vim para cá, fiquei no Centro de Saúde Escola, que é só um Centro de Saúde – não é nem um distrito, ali você não enfrenta a realidade do bairro como um todo; só uma parte dele.

Minha experiência é muito dentro da universidade. Todo mundo sempre dizia isso: “Ah, o que vocês escrevem é muito interessante, mas não é possível de realizar.” O problema todo é termos os recursos necessários, e isso é escolha da sociedade.



## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Livraria Pioneira; 1975.
2. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Testemunho. SUS.

**Keywords:** Collective Health. Testimony. SUS.

**Palabras clave:** Salud Colectiva. Testimonio. SUS.

Submetido em 17/05/20.  
Aprovado em 23/06/20.