



Boletim do Instituto de Saúde

Edição Especial 20 anos do SUS

ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529





SEMINÁRIO INTERNACIONAL 20 ANOS DO SUS

ORGANIZAÇÃO

Dr. Luiz Roberto Barradas Barata
Secretário de Estado da Saúde

Coordenação Geral
Dr. Renilson Rehem de Souza
Secretário-Adjunto de Estado da Saúde

Coordenação Executiva
Dr. Paulo Henrique D'Ángelo Seixas
Coordenador de Recursos Humanos
da Secretaria de Estado da Saúde

Coordenação Técnica
Aniara Corrêa - CRH

Equipe Técnica

Arnaldo Sala - CRH
Cláudia Carnevalle - CRH
Cristiane Marchiori - CRH
Denis Zanini Lima - Assessor de Marketing
Esmeralda Novaes - CRH
Giovana Zapalla - CRH
Jucélia Barbosa - CEALAG
Lúcia Chibante - CRH
Maria Aparecida Novaes - CRH
Maria Heloisa de Moura - CRH
Monica Aparecida Marcondes Cecilio - CPS
Nivaldo Damaceno Teixeira - CRH
Vera Cristina Cardoso Dalam - CRH

BIS – Boletim do Instituto de Saúde Edição Especial de 20 anos do SUS Outubro de 2008 ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-752

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 3.000 exemplares
Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
Cep: 01314-000 São Paulo - SP
E-mail: editora@isaude.sp.gov.br
Home page: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:
- Luiz Roberto Barradas Barata
Coordenador de Recursos Humanos
- Paulo Henrique D'Ángelo Seixas
Coordenadora de ciência, Tecnologia e Insumos
Estratégicos em saúde
- Maria Iracema Guillamon Leonardi
Diretor do Instituto de Saúde:
- Luiza Sterman Heimann

Expediente:

Editor: Renilson Rehem de Souza
Editor Responsável: Silvia Bastos
Comissão Editorial: Lenise Mondini; Marisa Feffermann; Olga Sofia Fabergé Alves; Regina Figueiredo; Sandra Maria Tavares Greger; Silvia Bastos, Teresa Rosa.
Colaboradores: Renilson Rehem de Souza, Luiza Sterman Heimann, José Carlos Seixas, Otávio Azevedo Mercadante, Nelson Rodrigues dos Santos, Gilberto Natalini, José Ênio Servilha Duarte, Carmen Cecília de Campos Lavras, José da Rocha Carvalheiro, José da Silva Guedes, Adib Domingos Jatene, Gastão Wagner de Sousa Campo, Marta Lopes Salomão, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, Cláudia Carnevalle
Revisão Bibliográfica: José Ruben de Alcântara Bonfim
Revisão de Texto: Sandra Greger, Monique Borba, José Ruben de Alcântara Bonfim
Apoio Logístico: Vânia Feres
Responsável Administrativa: Cláudia Carnevalle
Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação – IS e CRH
Capa: Fernanda G. Goouart.
Editoração, CTP, Impressão e Acabamento: **imprensaoficial**

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.



SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
TRABALHANDO POR VOCE

Apresentação

É com enorme alegria que celebramos os 20 anos do SUS. O jovem SUS!

A juventude se caracteriza como o momento de turbulências, crises, agitações, calmarias, indagações, contestações, balanços, movimentos! Ou seja, o jovem é por si só desassossegado, irrequieto. Adora desafios. Busca respostas, muitas vezes sem método mas com muita determinação, ânimo e entusiasmo. Ele quer e precisa fazer escolhas.

Para o jovem, o deus *cronus* – o tempo que devora – é implacável; por isso, o mais das vezes, *kairós* – o tempo da oportunidade – é o que inspira suas ações.

É, com isso em mente, que o Instituto de Saúde saúda todos aqueles que hoje ocupam diferentes posições na prática cotidiana do SUS, em especial, a todos os autores desse BIS. E esses ao serem homenageados expõem suas reflexões e convicções sobre os 20 anos do SUS, revelando suas inquietações, balanços, apreensões, desafios, movimentos, certezas, incertezas e perspectivas peculiares dessa fase da existência do sistema público de saúde.

Difundir idéias, promover o debate, registrar fatos é a maneira justa que há para se manter viva a história dessa política pública de saúde comprometida com a saúde como direito social do povo brasileiro.

Luiza Sterman Heimann

SUMÁRIO

Editorial 20 Anos de SUS	3
<i>Renilson Rehem de Souza</i>	
SUS, vinte anos: um pouco do antes, para maior sucesso no a seguir	6
<i>José Carlos Seixas</i>	
O Partido Sanitário”	10
<i>Otávio Azevedo Mercadante</i>	
“Onde dá SUS dá certo”	13
<i>Nelson Rodrigues dos Santos</i>	
SUS: um jovem que deu certo	17
<i>Gilberto Natalini</i>	
A Municipalização da Saúde nos 20 Anos do SUS	20
<i>José Ênio Servilla Duarte</i>	
Um Testemunho Sobre a Edificação do SUS	23
<i>Carmen Cecília Lavras</i>	
Ruminações sobre os 20 anos do SUS	27
<i>José da Rocha Carvalheiro</i>	
SUS: projeto político de mais de uma geração, processo social em permanente construção.....	30
<i>José da Silva Guedes</i>	
Financiamento da Saúde	33
<i>Adib Domingos Jatene</i>	
SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde	36
<i>Gastão Wagner de Sousa Campos</i>	
SUS 20 Anos: um recorte da minha participação	39
<i>Marta Lopes Salomão</i>	
BR-101	41
<i>Eduardo Jorge Martins Sobrinho</i>	
20 anos SUS – Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde “Walter Leser”	42
<i>Claudia Carnevalle</i>	

Editorial

Renilson Rehem de Souza¹

20 Anos do SUS

A Constituição Federal em vigor e, conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) completou 20 anos em 5 de outubro.

A constituição foi promulgada em 5 de outubro de 1988, e o trabalho para a sua elaboração e aprovação se iniciou em 1º de fevereiro de 1987, com a participação de mais de 500 constituintes. Foram necessários 18 meses de discussões até que a Carta fosse aprovada e assim substituísse a Carta imposta pela ditadura militar em 1967.

Por assegurar várias conquistas sociais, foi chamada por Ulysses Guimarães de “Constituição Cidadã”.



Lula Marques/Folha Imagem²

Ulysses Guimarães exhibe a nova Constituição Federal de 1988

A Carta trouxe grandes conquistas, como a responsabilização dos agentes públicos por má administração, também se preocupou com direitos individuais e aprovou direitos civis e políticos. E, de modo muito significativo, garantiu saúde e seguridade social a todos os brasileiros.

Os parlamentares paulistas tiveram participação expressiva, entre os quais se destacaram Mário Covas e José Serra que vieram depois a assumir o governo do Estado.



Mércia Zoet/Folha Imagem³

José Serra, Mário Covas e outros constituintes, durante sessão da Assembléia Constituinte, 1988

¹ Médico, Mestre em Administração de Saúde e Secretário Adjunto de Saúde do Estado de São Paulo.

² Fonte: “Saiba mais sobre Ulysses Guimarães”, defensor das Diretas e presidente da Constituinte de Wanderley Preite Sobrinho. Disponível em: Folha Online <http://www1.folha.uol.com.br/foha/brasil/ult96u451486.shtml>

³ Fonte: “Gilmar Mendes diz que texto da Constituição é muito analítico e repetitivo”. Disponível em : <http://noticias.bol.uol.com.br/brasil/2008/10/04/ult4728u18019.jhtm>

Antes da criação do SUS a assistência à saúde no país tinha estreita vinculação com as atividades previdenciárias e, por ser um sistema contributivo, gerava, em termos de acesso aos serviços de saúde, uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários.

Esta divisão, profundamente injusta sob o aspecto social, separava a população brasileira em cidadãos de primeira e de segunda classe. Os de primeira classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com as dificuldades inerentes ao sistema de então, um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não previdenciários, também chamados de indigentes, tinham um acesso muito limitado à assistência à saúde – normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais.

Esta lógica de estruturação e financiamento das atividades de atenção e assistência à saúde, além das evidentes discriminações dela decorrentes, determinava uma lógica de divisão de papéis e competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão de saúde.

A criação do SUS abriu caminho para a superação dessas desigualdades. Porém, essa mudança não ocorreu, nem poderia, da noite para o dia. Ao contrário, nesses 20 anos as dificuldades têm sido uma constante, desde a grave crise de financiamento que ocorreu no início dos anos 90 e que de algum modo permanece ainda hoje, até o desafio de instituir um radical processo de descentralização num país com tantas diferenças e desigualdades. Vale referir que até hoje não se conseguiu regulamentar a Emenda Constitucional 29 que sem dúvida em muito contribuiria com a estabilidade do financiamento do SUS.

Ao longo desses 20 anos, o processo de construção do SUS envolveu muitos e estratégicos atores em todo o Brasil e em São Paulo não foi diferente. Desde os momentos de mobilização no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, os sanitaristas de São Paulo tiveram papel marcante, que teve continuidade ao longo do processo de construção do SUS.

Esse processo de construção vem contando com importantes contribuições tanto da gestão na esfera estadual quanto das mais diversas gestões nos municípios paulistas. Do mesmo modo, é imprescindível registrar a importante contribuição agregada ao processo de construção do SUS/SP através da participação social, por meio dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e das Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, destacando a V Conferência Estadual, realizada em outubro de 2007.

Ao completar 20 anos o SUS, no Brasil e em São Paulo, tem grandes conquistas a comemorar. Em São Paulo, podemos destacar, entre seus bons resultados: a importante redução da mortalidade infantil, o sucesso do programa de combate à Aids, a universalização de acesso a atenção básica, vacinações, a assistência farmacêutica básica, uma ampliação significativa do acesso aos serviços médico-hospitalares, incluindo a disponibilização de tecnologias de alto custo, como por exemplo, os transplantes de órgãos (dos quais, cerca de 42% se realizam no Estado de São Paulo), caminhando assim na direção da plena integralidade da atenção.

Estes avanços somente se tornaram possíveis pelo esforço conjunto daqueles que participaram de forma ativa, tanto na fase anterior à criação do SUS, garantindo as mudanças políticas e institucionais, que prepararam o terreno e conduziram à inclusão do “direito à saúde”, como um direito universal no

Brasil, como nos trabalhos que se seguiram, durante a implantação e o desenvolvimento do sistema até a atualidade.

Entre aqueles profissionais que antecederam a criação do SUS, cujo trabalho na área de saúde pública, foi fundamental em sua consecução futura, destaca-se o Prof. Dr. Walter Sidney Pereira Leser (1909-2004).

Responsável por profunda e eficaz reforma administrativa da Secretaria de Saúde, modificou o nome de Secretaria de Estado da Saúde Pública, para Secretaria de Estado da Saúde, refletindo uma concepção de Estado humanitariamente mais vigorosa. Além disso, foi o responsável pela criação da carreira de “Médico Sanitarista” no Estado de São Paulo, que incorporou profissionais que foram colaboradores ativos do processo de Reforma Sanitária no país, bem como desencadeou iniciativas para garantir a formação destes profissionais, por meio de cursos na Faculdade de Saúde Pública da USP.

Assim, é com muita justiça e adequação, que o Prof. Dr. Walter Leser foi escolhido para dar seu nome à condecoração – “Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde Walter Leser” – que objetiva homenagear os gestores que, no passado recente e no presente, tenham dado importantes contribuições para a consolidação do SUS em São Paulo.

Assim, na primeira oportunidade em que se outorga a Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde Prof Walter Leser, se homenageia: Adib Jatene, Carmem Lavras, Eduardo Jorge, Gastão Wagner, Gilberto Natalini, Gonzalo Vecina, José Carlos Seixas, José Carvalheiro, José Ênio, José Guedes, Marta Salomão, Maria Cecília (Ciça), Nelson dos Santos, Otavio Mercadante e Ricardo Oliva, pelos relevantes serviços prestados na gestão pública da saúde e assim na construção do SUS em São Paulo.

Entre esses nomes encontramos expoentes da gestão da esfera estadual em distintos momentos da história do SUS de São Paulo e igualmente da gestão do SUS na esfera municipal, até mesmo, alguns deles, na representação política dos municípios, na presidência do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP.

Este número especial do Boletim do Instituto de Saúde - BIS apresenta depoimentos de alguns dos homenageados. Infelizmente, as atribuições do dia a dia, inclusive daqueles que ainda permanecem exercendo cargos na gestão do SUS, tornaram impossível a presença de todos nesta edição do BIS.

Esta iniciativa decorre do entendimento de que os personagens que têm o privilégio de ser protagonistas de momentos marcantes da história têm igualmente o dever de registrar o seu ponto de vista e sua atuação para as futuras gerações. De outro lado, tem-se também o propósito de perenizar o momento da homenagem.

Da minha parte quero expressar a minha satisfação em viver este momento de comemoração dos 20 anos do SUS, tendo o privilégio de participar da gestão estadual do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo.

SUS, vinte anos: um pouco do antes, para maior sucesso no a seguir

*O progresso social que a ditadura não impediu,
a Democracia tem obrigação de consolidar e aperfeiçoar.*
José Carlos Seixas¹

Nas ditaduras, qualquer que sejam suas origens, – militar, de “partido político-ideológico”, de “seita religiosa”, de “carismático salvador da pátria”, de “herança genética”, de “sindicalismo operário” ou de “sindicalismo capitalista” – e mais, qualquer que sejam as justas razões que lhes deram sustentação para se estabelecerem, elas sempre redundam em grandes males, pois seus dirigentes se atribuem plenos poderes, e daí, em pouco tempo, se convencem de que detêm o pleno saber. E daí, em mais ou menos tempo, passam a ter decisões e a executar pessoas e medidas arbitrárias e prepotentes, pondo tudo e a todos a perder e sofrer (menos para uma pequena elite de dirigentes).

Nas ditaduras o conhecimento e a compreensão dos problemas da sociedade não se processam por meio de um enfrentamento dialético dos contrários, sem violência. A resolução dos problemas não é resultante de sínteses dialéticas em paz, mas da “dialética do terrorismo”, com a destruição do contrário (da antítese). Não se constroi, se destroi. Na história humana sem liberdade, a criatividade definha, o progresso pára, a nação regride, a empulhação preside e o arbítrio e a maldade imperam para a manutenção do poder para poucos e os mesmos (sempre em nome de um “Bem Superior”... para todos!).

Mas o ser humano resiste mesmo em condições de ditadura, em que vivíamos. E onde uma fresta de liberdade existiu, íamos criando e recriando.

A saúde humana, no País e na nossa história, sempre foi, e continuará sendo, um valor importante na nossa vida, na nossa pessoal e, também, menos, um valor para a vida dos outros.

Na nossa cultura, historicamente, entretanto, saúde não era um valor primordial, para cada um e para todos. Era um valor existencial importante, mas nunca fora reconhecido como um “Direito” e um “Direito Social” (isto é, de cada um, e de todos, independentemente de suas condições de gênero, de cor, de raça, de credo, de filiação partidárias, de condições socioeconômicas).

Na nossa cultura, historicamente, a valorização da saúde sempre existiu. Porém, a igualdade essencial entre nós, nesta nação, não vinha sendo suficientemente consciente e capaz de abrigar um forte sentimento de solidariedade e generosidade para impedir que as diferenças existenciais entre nós, irmãos, viessem a ser determinantes na ocorrência de injustas desigualdades que nos têm impedido de usufruir de um satisfatório estado de saúde e de se ter acesso e de desfrutar, em condições de equidade, de ações e dos serviços assistenciais à saúde, de promoção, proteção específica, recuperação ou de readaptação.

As diferenças existenciais (em nossa igualdade essencial) deveriam e devem ser energia motivadora e criadora para superação de diferentes estados de saúde–doença com mais ou menos gravidade e sofrimento, especialmente os estados de enfermidade ou de doenças, determinados socialmente, por injustas ou, mesmo, naturais diferenças pessoais. E mais, estas diferenças existenciais, não poucas vezes, foram, preconceituosamente, usadas para justificar indiferenças aos afligidos e, mesmo, exclusões assistenciais a muitos. Este quadro cultural, de comportamento, dominante, não impedia que evoluíssemos para melhor.

No interregno democrático entre a ditadura Vargas e a ditadura militar de 1964, foi possível um generalizado debate sobre o valor da Saúde e, mais, dos meios para recuperá-la, garanti-la e promovê-la.

Entretanto, no período, não se evoluiu muito quanto à saúde e ao sistema assistencial a ela dirigido, ainda que deste debate tenham participado acadêmicos, cientistas e intelectuais, segmentos sociais “de esquerda”, lideranças sindicais, e, mesmo, segmentos de “direita”, mas, tornaram-nos mais humanos e mais conscientes.

Em síntese, todos passamos a nos situar mais e melhor quanto à saúde e seus sistemas assistenciais, porém, entendendo e ressaltando isto simplesmente como valores a serem respeitados e promovidos, numa expectativa de desenvolvimento e universalização de atendimento ainda muito atrelado e dependente do processo de desenvolvimento econômico-financeiro do país e das pessoas. Não havíamos nos situado quanto a valorização da saúde como uma preocupação e empenho específico; saúde não só como decorrência, mas a saúde capaz de servir como promotora do desenvolvimento econômico-financeiro e sociocultural.

¹ Médico sanitarista, Professor doutor da Faculdade de Saúde Pública e Assessor Técnico do Secretário Luiz Roberto Barradas Barata na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O sonho da universalização do atendimento passou a ser uma aspiração mais objetiva e buscada, porém, só possível (e até mesmo desejável) se através de uma expansão de toda a economia do país, quando, então, todos os cidadãos poderiam estar vinculados a diferentes institutos de previdência social e, assim, podendo usufruir de uma assistência à saúde, previdenciária.

Como toda ditadura, a iniciada em 1964, tinha, e em alguns aspectos da vida nacional até mesmo permitia espaços (creio que menos por descuidos e mais para o surgimento de ações sociais compensatórias às suas diferentes medidas coercitivas e restritivas), frestas de liberdade para contestações e debates sociopolíticos e até mesmo econômicos, frestas que, gradativamente, bem aproveitadas, propiciaram a reabertura democrática e avanços sociais significantes.

Segmentos sociais já estimulados a pensar a Saúde no Brasil antes de 1964, restringidos na amplitude de seus enfrentamentos dialéticos e públicos, aproveitaram as frestas de liberdade e foram se ressitando quanto à saúde e seus sistemas produtivos de saúde, diretos e indiretos, individuais e coletivos.

Os segmentos sociais mais organizados e de maior poder para negociar ou fazer pressão foram revalorizando a sua saúde e de seus familiares a partir de vínculos com os seus contextos de trabalho e de produção de bens materiais ou de serviços. Deixaram à margem convicções e empenho para um aprimoramento de suas grandes estruturas prestadoras de serviços de saúde como institutos de previdência (de categorias ou unificados, como IAPI, IAPE, IAPB, ou, então federal como INAMPS, entre outros). Assim, os trabalhadores dos grandes sindicatos ou por exemplo, a categoria dos servidores públicos em geral e das categorias jurídicas (de São Paulo em especial), não só preferiram deixar de contribuir para seus grandes institutos como criaram mecanismos renováveis de atendimento diversificado e diferenciado de assistência médica-hospitalar, com contribuições empresariais e mesmo pessoais, só para o atendimento de seus segmentos sociais bem específicos.

Ao tempo em que se empenharam muito, e fizeram bem, para melhores condições de atendimento às suas necessidades de saúde—doença, não mantiveram a preocupação com o compartilhamento de contribuições dos mais ricos com os mais pobres, para tornar possível a **universalidade com equidade**.

Alguns veem nisto só um retrocesso, egoístico. Não vejo assim, demonstra sinais de evolução sociocultural importante no campo da saúde.

As elites, mais poderosas, inclusive financeiras, se apropriam de uma consciência crítica importante: os diferentes estádios ou graus de saúde—doença das pessoas não são, na maioria, determinados pelas próprias pessoas. Não são resultantes, no mais das vezes, de infortúnios imprevisíveis. E mais, a superação de graves males da saúde não são custeáveis pessoalmente, mesmo para segmentos sociais muito ricos. E mais, as atividades diagnósticas e terapêuticas de grande elenco de males não são compatíveis com capacidade técnica-científica e capitalização tecnológica de profissionais isolados. Há necessidade, sempre, do desenvolvimento de atividades empresariais, sejam elas estatais, privadas ou estatais—privadas.

Nas frestas de liberdade, alguns grupos sociais tomaram outro caminho:

Mais ligados a segmentos sociais excluídos da atenção e descrentes de um progresso econômico-financeiro espetacular e com amplas e imediatas redistribuições das riquezas do país, estes diferentes grupos sociais foram se associando e atuando, buscando valorizar saúde como um bem maior. Foram inicialmente promovendo inclusões de novos grupamentos sociais no sistema estatal de saúde existente, por força de suas necessidades, independentemente de suas capacidades e suas efetivas contribuições pessoais ao sistema. E, nisto, estiveram, até mesmo associados a segmentos governamentais da ditadura, dando inclusão a trabalhadores rurais, a empregadas domésticas, entre outros.

A Saúde vai, de um Valor importante para a existência, se transformando em um “Direito”, e num “Direito Social” imprescindível para cada um e a todos neste país.

Os segmentos sociais interessados nesta mudança, já anteriormente à ditadura de 64, foram constituídos por intelectuais, acadêmicos, estudiosos do setor saúde, políticos socialistas (desde os socialistas democratas até os ainda crédulos na importância de substituir a ditadura militar pela do Estado, com um partido único e em nome de uma “ditadura do proletariado”) e, também, por alguns democratas liberais e, mesmo, populistas, interessados na promoção do Bem Comum, tendo ainda que se mencionar um segmento constituído por antigos burocratas da Administração Pública Estatal, idealistas e estudiosos, vinculados às primeiras experiências brasileiras de socialização “getulistas” da saúde. A todos estes segmentos foram se juntando outros e mais pessoas.

Porém, foram muito importantes, nas mudanças de rumo na nossa saúde, a agregação de um grande número de cidadãos integrados a movimentos comunitários reivindicatórios por melhorias sociais nas periferias dos grandes centros urbanos, especialmente na metrópole paulistana. Movimentos comunitários estimulados e liderados por dois tipos de jovens “profissionais” até então ausentes daqueles territórios: jovens profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros, com destaque para médicos sanitaristas) e, também, jovens

padres e irmãs, geralmente vinculados ao movimento de “opção preferencial pelos pobres” da Igreja Católica. Convivendo com a pobreza excludente até de serviços sociais públicos – como escolas, unidades de saúde, creches ... – bem como de habitações populares e saneamento básico dignos. Estes personagens sentiram o quanto de sofrimento, mortes precoces e incapacidades permanentes existiam e poder-se-ia superar, bem antes de se obter o pleno desenvolvimento econômico-financeiro da Nação.

E foram todos estes segmentos sociais, com a agregação de milhões de pessoas das comunidades (mas que nunca configuraram uma maioria absoluta de toda população) é que tornou-se possível uma ruptura radical, no âmbito da cultura brasileira em saúde, determinando, na Constituinte de 1988, a institucionalização da saúde, mais do que como valor, como um “Direito”, e um “Direito Social” (diferença esta que só tem sentido e pode redundar em mudanças significantes em um Estado Democrático de Direito) perfeitamente explicitado quanto ao campo das necessidades de saúde a serem atendidas:

– necessidades de PROMOÇÃO, de PROTEÇÃO ESPECÍFICA, de DIAGNÓSTICO e PRONTO TRATAMENTO de enfermidades ou doenças, de LIMITAÇÃO de INCAPACIDADES, e de READAPTAÇÃO de incapacidades permanentes. Necessidades de saúde–doença de seres humanos, portanto, seres biológicos gregários, com necessidades de saúde física, psíquica e social. Ficou, assim, configurado o primeiro postulado ético do Direito à Saúde – o direito ao atendimento integral – o direito à integralidade da assistência e das demais atividades ambientais da Atenção do Setor Saúde.

Mas o Direito Social à Saúde foi mais completamente explícito: ele se exercitará através de um acesso universal, de cada um e de todos, às ações e serviços de atendimento de necessidades de saúde–doença das pessoas. Configurando o segundo postulado ético do Direito à Saúde – o direito universal às ações e serviços de saúde; direito de todos e de qualquer um necessitado (o que não significa a não ser por razões éticas de risco iminente de morte, acesso de qualquer um, em qualquer estabelecimento de saúde, de qualquer lugar, no momento que bem entender).

A este dois postulados éticos do Direito à Saúde se acrescentou ainda um terceiro, a EQUIDADE do Direito, na assistência à saúde. Que não quer dizer igualdade, nem de procedimentos, nem de acesso a lugares, nem de exigências para eventuais contribuições para as ações, mas a exigência de ações diferentes quando se observar a existência e possibilidades diferentes entre os assistidos.

Mas, quem, como e com que desempenhar as ações e serviços para o atendimento a este Direito à saúde. Quando a Constituição explicita Saúde como um DIREITO do cidadão e um DEVER do Estado não está “estatizando” tudo o que diz respeito ao pleno atendimento do DIREITO do cidadão. Está apenas dizendo que num Estado Democrático de Direito, é o Estado, por meio de seus governantes que impedirá que qualquer pessoa ou instituição provoque deliberadamente danos à saúde em qualquer cidadão e, mais, é o poder público estatal que tornará possível que o cidadão brasileiro busque meios e modos para usufruir de bom estado de saúde. E para tanto a Constituição já estabeleceu dois modos básicos:

1) reconhecendo cientificamente que os níveis de saúde–doença das coletividades humanas têm determinantes da Natureza e sociais (decorrentes das atividades humanas no Meio Ambiente), compete ao Estado desenvolver políticas públicas econômicas e sociais que visem redução do risco de doenças e de outros agravos.

2) reconhecendo que o estado de saúde–doença das pessoas, em si, configuram enfermidades ou doenças, e que elas conseguem se proteger ou se recuperar se forem assistidas por serviços de saúde, o Estado, o poder público estatal, tornará possível e regulará – com serviços próprios ou particulares, gratuitos ou remunerados – ações de atenção à saúde para que todos universalmente tenham acesso e usufruam destas ações, com equidade (ou de modo “igualitário”).

E, a Constituição foi mais além, pois mesmo admitindo a pluralidade institucional dos serviços de saúde (estatais, particulares, privados lucrativos e não lucrativos) exige, no seu campo de atuação produtivo, um desenvolvimento de rede pública dispensadora de bens e serviços de saúde, com gestão estatal tripartite, para que todos os cidadãos que não queiram ou não possam usufruir de serviços de saúde privados, possam nela serem assistidos. E daí se constituiu e se opera o SUS. E como o nível de renda de grande parte da população brasileira é muito baixo, tem-se que atender enorme contingente de necessitados de assistência à saúde nesta rede.

E esta é a rede SUS, que instituída, vai se desenvolvendo para que seja possível observar-se o Direito à Saúde, satisfazendo-se as necessidades de todos, ainda com muitas insuficiências e imperfeições.

Nesta hora de comemoração e de renovação de esperanças, quis trazer, à reflexão de todos, que o avanço civilizatório alcançado pela nossa Constituição não foi, e continua não sendo, a simples institucionalização de nossa cultura histórica em SAÚDE (cultura como modo de sentir, pensar e agir da maioria da população). Foi numa conquista democrática obtida com muita luta, mas corre-se riscos de regressão. Há que se lembrar que o “Direito à Saúde” só surgiu objetivamente com a liberdade democrática e só ela permitirá o debate permanente para a sustentação desse direito e seu aperfeiçoamento (não há Estado de Direito em ditaduras). E, de outro

lado, a sustentação da confiança e da continuidade democrática só será possível se os avanços no atendimento das necessidades sociais se efetivarem com a devida extensão e qualidade (facilmente perceptível no âmbito de minorias elitizadas).

Para tanto, permitam-me sugestões:

- a) Redobrado e atualizado esforço de aperfeiçoamento técnico-administrativo dos programas e serviços do SUS.
- b) Redobrado esforço de comunicação social (não enganadora e não apenas de simples informação) – mesmo paga – dos avanços e melhorias alcançadas e disponíveis.
- c) Base financeira compatível com as dimensões dos problemas e possibilidades dos poderes públicos – porém, com recursos vinculados, sem contingenciamentos – de modo a propiciar pelo menos um mínimo de planejamento e programação de curto, médio e longo prazo.
- d) Mobilizações socioeducativas e recreativas para que se realizem mudanças de hábitos de vida, eliminando-se hábitos danosos e incorporando aqueles que promovem saúde e bem-estar.

“O Partido Sanitário”

Otávio Azevedo Mercadante¹

Pretendo apresentar aqui uma visão pessoal de minha experiência e participação no que se chamou de “Partido Sanitário”.

Considero que, mais que em qualquer outro Estado da Federação, houve em São Paulo uma confluência de pessoas, grupos, com visão de uma política pública para a Saúde que se propunha como reforma do Estado a “reforma sanitária”.

Os antecedentes vamos encontrar na gestão Walter Leser: a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES), a criação de carreira de médico sanitário, a formação em pós-graduação *sensu lato* de centenas de médicos sanitários esboço de uma política de saúde voltada para a construção de um “sistema estadual de saúde”. Deve ser ressaltado que o Fundo Estadual de Saúde foi criado por Lei em 1978, com o propósito de captar e integrar recursos para o sistema estadual de saúde, portanto, muito antes das Ações Integradas de Saúde (AIS) do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a eleição de Franco Montoro em 1982 foi criado um grupo de técnicos para elaboração da chamada “proposta Montoro”. Este grupo se dividia por setores e se reunia em uma casa na Rua Madre Teodora nos Jardins; naquela época os grupos que resistiram à ditadura e lutavam pela redemocratização já estavam divididos entre o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido dos trabalhadores (PT).

Ambos eram frentes políticas que integravam grupos da resistência à ditadura, na legalidade ou na clandestinidade. Na área da saúde, os militantes e simpatizantes do PMDB eram predominantemente vindos do Partido Comunista Brasileiro (Partidão), da esquerda católica (Juventude Universitária Católica – JUC e Ação Popular). Os militantes e simpatizantes do PT vinham da AP, que optou pela luta armada contra a ditadura, das comunidades eclesiais de base, do movimento sindical, organizações de profissionais da saúde e de tendências de esquerda mais radicais.

Esta frente heterogênea na área da saúde era claramente mais à esquerda do conjunto do grupo que iria assumir o governo do Estado. Na elaboração da proposta Montoro de saúde, houve participação e consenso, por incrível que hoje possa parecer de todos estes grupos - alguns convictamente outros ironicamente se autodenominavam “Partido Sanitário”.

A proposta Montoro e ações precursoras da Reforma Sanitária

Quero transcrever aqui, trechos da proposta Montoro para a saúde, onde vemos um diagnóstico, diretrizes e ações claramente precursoras do que se chamou de “Reforma Sanitária”.

“Consideramos como posição de princípio, que serviços de saúde de qualidade adequados em sua concepção mais ampla de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, devem atingir a todas as camadas de população.

Entre os grandes obstáculos para a universalização do atendimento, está a elevada centralização dos serviços de saúde no Brasil nas mãos do Inamps, instituição que controla hoje a maior parte dos recursos públicos destinados ao setor, desempenhando um papel hegemônico na determinação da política de saúde. O Inamps, na prática, dá prioridade à assistência hospitalar em detrimento das ações primárias que poderiam ser desenvolvidas por uma rede de serviços básicos de saúde. Além disso, favorece esquemas de centralização e verticalização que impedem o desenvolvimento das instituições de saúde estaduais e municipais, coíbem a iniciativa e a participação da comunidade, estimulando o gigantismo burocrático das administrações centrais. É excludente e autoritário, pois administra recursos dos salários dos trabalhadores, mas os impede de ter qualquer forma de participação nas suas decisões, além de promover a crescente transferência de recursos do setor público para o setor privado lucrativo.

Em São Paulo, o Inamps tem um orçamento cinco vezes maior que o da Secretaria da Saúde. Opera com grande

¹ Médico, Diretor do Instituto Butantã da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

ociosidade em suas instalações, mas recusa-se a estabelecer convênios amplos com a Secretaria da Saúde, dificultando, assim, a implantação de uma rede básica de serviços de saúde, bem como a utilização mais adequada dos Centros de Saúde estaduais, cuja capacidade de atendimento à população está sub-aproveitada em cerca de cinquenta por cento.

Levando em conta o diagnóstico anterior e a elevada prioridade dos serviços de saúde do ponto de vista da coletividade, as linhas básicas de ação nesse setor serão as seguintes:

1. A política estadual na área de saúde deverá ser parte de um programa de governo que promova uma efetiva e permanente ação no sentido de erradicar a pobreza absoluta e atenuar as desigualdades econômicas e sociais, problemas que estão na raiz da maior parte das doenças que afetam a população.

2. A nova política de saúde implicará em reforço quantitativo e qualitativo da atuação do Estado na área de Saúde, tanto a nível ambulatorial como hospitalar.

3. Dentro de suas atribuições e prerrogativas, o Governo Democrático de São Paulo, envidará esforços para que se elimine a excessiva centralização da política de saúde em mãos do Inamps, em favor de maiores atribuições e autonomia dos Estados e municípios.

4. Ao mesmo tempo, a Secretaria da Saúde deverá ser melhor instrumentada legal e orçamentariamente para ser, de fato e de direito, o organismo gestor e executor da política de saúde do Estado, conjugando e organizando esforços dos órgãos ligados à saúde, principalmente o Inamps, Ministério da Saúde, Hospitais Públicos, entidades filantrópicas e beneficentes e setor privado.

5. A ação no setor da saúde deverá ser desenvolvida sob um sistema de planejamento integrado, que inclua e articule os diferentes subsetores que o compõem o nível estadual. Tal planejamento definirá, para todo o estado, um eixo programático, consolidado a partir das diferentes realidades locais, ordenado segundo critérios de prioridades e delimitando a participação das diferentes instituições.

6. O Fundo Estadual de Saúde (Fundes) criado em 1978 será regulamentado e dinamizado, como instrumento de captação de recursos de várias fontes e de racionalização de sua aplicação. Terá uma estrutura descentralizada (nas sedes das regiões administrativas, por exemplo) e contará com a participação efetiva, em sua gestão, dos municípios, da comunidade e dos profissionais do setor da saúde.

7. Implantaremos e desenvolveremos a Rede de Serviços Básicos de Saúde destinada a promover, prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar, com cobertura universal, sem fazer distinção entre clientela previdenciária e não-previdenciária. Tal rede estará sob coordenação direta do setor público, representará a porta de entrada para o Sistema de Saúde e deverá englobar, além das instituições públicas – federais, estaduais e municipais – as associações de saúde de interesse social e sem fins lucrativos. Os serviços básicos terão elevada capacidade de resolver, a nível local, os principais problemas de saúde da população. Em apoio à integridade do atendimento, deverão incorporar, também, todos os serviços públicos de nível secundário e terciário.

8. A operação da rede de unidades básicas deverá ficar, sempre que houver condições, sob a responsabilidade das prefeituras municipais. À Secretaria da Saúde caberá o apoio financeiro e a coordenação dos planos locais, tendo em vista a programação conjunta para todo o Estado.

9. Serão formalizados canais efetivos de organização e participação da população em todos os níveis de decisão, execução e controle das ações de saúde. A esse respeito caberia mencionar, como exemplo, o estímulo à formação de Conselhos Comunitários de Saúde que atuarão ao nível das Unidades de Saúde, bem como de Conselhos Populares de Saúde, por distrito e região, com seus dirigentes escolhidos livremente pela população”.

As diretrizes incluíam ainda reivindicações dos trabalhadores de saúde (especialmente médicos) e ações sub-setoriais (por ex.: saúde mental, saúde bucal e assistência farmacêutica com reforço da Fundação Remédio Popular - FURP).

Era evidente a tendência ao fortalecimento do setor público, em contraposição ao setor privado: era uma proposta socialista, de esquerda.

A unidade desta frente de esquerda rapidamente foi posta à prova: as greves de profissionais de saúde, lideradas em geral pelos sindicatos ligados ao PT constituíram atritos constantes com o Governo Montoro. O interessante é que os médicos sanitaristas, jovens em sua maioria, eram do PT, ou do Partido² (sob a sigla do PMDB) e tinham assumido cargos chave na direção da SES: coordenadorias, diretorias regionais de saúde e distritos sanitários. As

² Refere-se ao Partido Comunista Brasileiro (PCB).

direções dos grandes hospitais, escolhidos por eleição dos funcionários também eram claramente favoráveis a estes movimentos reivindicatórios.

Recordo uma reunião com João Yunes e Franco Montoro, em que se discutia esta inaceitável participação dessas lideranças, defendendo as reivindicações dos servidores, quando eu disse: “mas Governador, o senhor precisa entender que a área da saúde é toda de esquerda” (!)

Outros conflitos ocorreram: os dias nacionais de vacinação eram contestadas como sendo “campanhistas” e não “programáticos”; as ações de distribuição de leite em pó e suplemento alimentar como “paternalistas e assistencialistas”.

Mas, a um só tempo, avançava-se nas propostas do “Partido Sanitário”: intervenção e desapropriação de hospitais privados; convênio com o Inamps (AIS em 1983); regionalização (Escritórios Regionais de Saúde - ERSA) e municipalização; Programa Metropolitano de Saúde (PMS) com pesados investimentos na rede pública e proposta de novo modelo assistencial.

Em 1988 a nova Constituição é promulgada e os deputados constituintes do PT votam “não” a sua aprovação. Entretanto, o capítulo da Seguridade Social e a criação do Sistema Único de Saúde em 1990 foram exemplos da força do “Partido Sanitário”.

Mas é também em 1988 que o PMDB, dividido em alas “fisiológica” e “autêntica”, dá origem a novo partido, o PSDB.

Nas eleições de 1986 já se desenhava esta cisão do PMDB com a escolha e vitória de Quéricia para governador do Estado, que não teve apoio das lideranças que depois iriam constituir o PSDB (Fernando Henrique Cardoso, Franco Montoro, José Serra, Mário Covas, entre outros).

O governo Quéricia tem um novo secretário de Saúde, José Aristodemo Pinotti, que avança em pontos críticos da construção do SUS: assume a Superintendência do Inamps em São Paulo, acumulando o cargo de secretário; assina o convênio SUDS; estadualiza ou municipaliza todos os cem Postos de Assistência Médica do Inamps; faz convênios com os municípios, dando sequência à política de municipalização de Montoro.

Creio que no Governo Quéricia vai se consolidar esta ruptura do “Partido Sanitário” entre petistas e não-petistas que culmina com o desmonte da carreira de médico sanitário e a demissão lenta e progressiva de todo o grupo próximo ao PT dos cargos de direção. Governo Fleury nada mais é que a continuidade do Governo Quéricia com, entretanto, uma descontinuidade inédita na Secretaria Estadual da Saúde (SES) (três secretários e equipes diferentes à frente da Secretaria em apenas 4 anos).

Somente em 1994, com a posse do governador Mário Covas, com José da Silva Guedes como secretário da Saúde voltam as lideranças que desde o Governo Franco Montoro constituíam “parte” do “Partido Sanitário”; considero “parte” porque, desde então, a luta política no Estado de São Paulo se faz pelo confronto de duas forças partidárias hegemônicas (Partido dos Trabalhadores - PT e Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB) e o “Partido Sanitário” se é que alguma vez existiu, hoje não existe mais.

Concluindo:

1) a partir, principalmente do governo Montoro, são estabelecidas diretrizes comuns para a reforma do sistema de saúde por um grupo suprapartidário, heterogêneo, mas unido por esta proposta;

2) a experiência histórica demonstrou que a dinâmica partidária, essencial ao processo democrático, foi provocando uma divisão neste grupo;

3) não deve existir no regime democrático, partidos setoriais (saúde, educação, etc.) e muito menos a partidariização e aparelhamento das instituições de governo;

4) o momento atual exige uma nova geração de militantes comprometidos com o projeto de construção do SUS, entendido como “política de Estado” e não como “política do governo”;

5) deve ser retomado, neste sentido, o conceito de carreira de gestor público, comprometido com políticas públicas de saúde com formação específica para a gestão do SUS.

“Onde dá SUS dá certo”

Nelson Rodrigues dos Santos¹

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios do país e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007 realizaram-se 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassonografias, tomografias computadorizadas e ressonâncias nucleares magnéticas, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radio-quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da Aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 80, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas de Misericórdia.

Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das Comissões Intergestores (Tripartite Nacional e Bipartites Estaduais) e dos Fundos de Saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, e **fundamentalmente**, com o belo contágio e a influência dos **valores éticos e sociais da política pública do SUS** perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os Conselhos de Saúde. Esta configuração permitiu a emergência de expectativas de alcançar maior garantia dos direitos sociais, aliadas à intensificação da pressão exercida pelo social.

Depois da Lei Orgânica da Saúde

Contudo, nos dezessete anos de vigência das Leis 8080/90 e 8142/90, o modelo de gestão, ainda hegemônico, induz um modelo de atenção pouco modificado:

- a) a atenção básica expande-se aos estratos mais pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade e não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção recomendado pelos princípios constitucionais;
- b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal);
- c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade;
- d) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e conseqüente investimento na captação agressiva de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;
- e) as diretrizes da integralidade e equidade pouco ou nada avançam;
- f) as ações judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema;
- g) o modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focado nos 80% mais pobres da população, e em nível complementar e menos pobre, focado nos 20% que são os compradores de planos privados, e;
- h) o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diag-

¹ Médico sanitarista

nose e terapia. Os avanços citados, em grande parte, constituem elevações de cobertura concretizadas já no período “pré-SUS” nos anos 80.

Ao lado dos inestimáveis **avanços de inclusão**, com a **expansão dos serviços públicos, atendendo necessidades e direitos da população**, permanece um percentual inaceitável de ações e serviços evitáveis ou desnecessários. Do mesmo modo, é ainda elevado o índice de esperas para procedimentos mais sofisticados. Esta situação gera sofrimentos, em função do agravamento de doenças e de mortes evitáveis. Há 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos na espera por tais procedimentos em razão de agravamento por insuficiência renal, acidente vascular cerebral (AVC), doenças vasculares e outras. Além disso, somam-se mais de 90 mil portadores de câncer sem acesso oportuno à radioterapia, 25% de afetados por tuberculose, hanseníase e malária sem acesso oportuno e sistemático ao sistema. Finalmente, há incidência anual de 20 mil novos casos de câncer ginecológico e 33 mil novos casos de Aids, entre dezenas de exemplos de repressão de demandas.

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se sufocados pela angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e de ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte dos casos graves e urgentes. Assim, vêem-se obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências em razão de insuficiência de recursos. A reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nessa situação.

O SUS como política de Estado

Como **política de Estado**, no plano da macroeconomia, evidenciou-se a opção pela política pública de transferência de renda ainda que extremamente desigual: por volta de R\$ 11 bilhões a 11 milhões de famílias (bolsa-família), R\$ 80 bilhões de benefícios previdenciários a desempregados, população urbano-rural de baixa renda e outros e R\$ 170 bilhões (projetados para R\$ 200 bilhões ao final do ano de 2008) aos rentistas da dívida pública, anualmente. As políticas públicas de proteção social permanecem subfinanciadas com *per capita* anuais entre as mais baixas do mundo.

Na saúde, a retração da contrapartida federal a partir de 1990 até os dias de hoje é constatada tanto pela queda do seu percentual, comparada à elevação do percentual da contrapartida estadual e municipal, como pela queda do seu *per capita* anual, comparada à elevação do *per capita* anual dos estados e municípios, e ainda, pela comparação da elevação do percentual da receita corrente federal perante o PIB, com a queda do percentual do orçamento do Ministério da Saúde, perante a receita corrente federal.

Como **política de governos** nacionais, decorrentes da política de Estado, evidenciaram-se na saúde os seguintes mecanismos:

- a) opção pela desconsideração da indicação constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente era de 25%) pelo “passa-moleque” em 1996, pelo desvio de mais da metade da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal em 2000 na aprovação da EC-29, calculando sua contrapartida com base na variação nominal do PIB (menor que o crescimento populacional e da inflação) e pressionando a aplicação de percentual sobre a arrecadação, somente para os estados, DF e municípios, e por final a pressão sobre o Congresso Nacional desde 2003, para não regulamentar a EC-29, incluindo para a esfera federal o percentual sobre a arrecadação;
- b) extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, afetando o desempenho e os resultados para os usuários, além da “onda” de terceirizações aleatórias, que acabou por influir nos estados e municípios por meio da Lei da Responsabilidade Fiscal;
- c) retardamento ou impedimento da reforma de aparelhos do Estado com vistas à autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a realização de metas com prioridades de eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultados, o que gerou a permissividade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e outras;
- d) a participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do imposto de renda, do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos incluindo os de estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que perfaz mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas;
- e) a desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos;

- f) desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros);
- g) inibição da prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na permanência da fragmentação setorial e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios, e
- h) manutenção dos “vários Ministérios da Saúde” dentro do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na sociedade, governo e parlamento.
- i) Vale destacar que a política de estado e decorrentes políticas dos governos vem sendo definidas e decididas acima da política do setor saúde. Ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e aos respectivos Conselhos de Saúde resta reduzido espaço de definição e decisão, vinculado aos preceitos Constitucionais e à Lei Orgânica da Saúde, com vistas em avanços possíveis, ou resistência a retrocessos. Predomina no Ministério da Saúde desde 1990, estratégias de contenção e racionalização de custos, pressionadas por um lado pelo subfinanciamento e por outro lado pela reprodução e “modernização” do modelo da oferta, restando pouco espaço para a construção efetiva do SUS.

Este processo pode ser ilustrado pelos seguintes mecanismos:

- a) estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares e outros, como guias para os repasses federais e respectivos gastos;
- b) manutenção da modalidade de pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela em que a maioria dos valores encontram-se abaixo do custo, excetuando-se os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados;
- c) prioridade da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde de Família focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolução, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa capacidade como porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema;
- d) fragmentação dos repasses federais aos Estados, DF e Municípios, já tendo alcançado por volta de 130 fragmentos, hoje reduzidos pelo Pacto de Gestão, mas com pressões internas para não continuar reduzindo;
- e) desmesurada produção de portarias normativas ministeriais já tendo atingido por volta de 8 por dia útil, processo que se reduziu um pouco, mas voltou a crescer;
- f) permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, com baixa consideração ao planejamento e orçamentação ascendentes e estabelecimento pactuado de metas, custos, prioridade e qualidade, com vistas na articulação regionalizada de redes de cuidados integrais;
- g) lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais;
- h) reflexos inibidores no desempenho da Comissão Intergestora Tripartite (União, DF, Estado e Município) e da Comissão Intergestora Bipartites (estados e municípios)².

Vale também destacar as adversidades impostas pela política de estado e políticas de governos, assim como as decorrentes estratégias de contenção e racionalização que predominam no Ministério da Saúde desde 1990. Apesar de delimitarem hegemonicamente o desenvolvimento do SUS, não conseguem constituir-se na sua totalidade, permanecendo ativos os “nichos” de resistência e avanços possíveis, em nível local na micropolítica e microprocesso de trabalho em saúde, com milhares de experiências exitosas em todo o território nacional, comprometidas com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade e também em nível dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde em cada Estado, das Bipartites, da Tripartite, da rede dos Conselhos de Saúde e das entidades do movimento da Reforma Sanitária como Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABRES), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Rede UNIDA, Instituto do Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e outras.

Não por outro motivo, já na 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996, um dos lemas que empolgaram foi o de: “Onde dá SUS dá certo”, o que significa dizer que onde não dá certo (sem acesso, sem equidade, sem atenção integral, sem participação, etc.) é justamente onde não há SUS, e sim outro modelo de saúde herdado e “modernizado” que usurpa o nome do SUS.

Após a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária composta por representantes de todos os segmentos públicos, privados, sociais e partidários envolvidos com a

² Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite- CIB, criadas pela Norma Operacional Básica - NOB/93/MS, como fórum de pactuação entre os gestores federal, estadual e municipal.

saúde e reconhecida por portaria interministerial, debateu por mais de um ano a formulação da proposta do que viria a ser o SUS e que se transformou na base da discussão e aprovação na Assembléia Nacional Constituinte. Essa formulação foi acompanhada pela Plenária Nacional de Saúde, fórum dinâmico integrado por entidades sindicais, movimentos sociais, entidades da Reforma Sanitária, parlamentares e outros.

Considerações

Por fim, vale destacar, o histórico Simpósio de Política Nacional de Saúde, de 1989, que superou a resistência conservadora contra a apresentação e trâmite da Lei Orgânica da Saúde no Congresso Nacional. Todos estes eventos dos anos 80 só foram exequíveis com mobilização, organização e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que articulou o pluralismo partidário, os diferentes matizes ideológicos e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (da coisa pública), dos direitos sociais e do papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los.

A partir dos anos 1990, a complexidade da composição partidária, corporativa e mercantil da sociedade e do Estado aumentou, mas será que a ponto de ofuscar ou impedir a consciência de onde estão os principais interesses e setores contra o SUS, e quais os aliados?

Na indeclinável busca de soluções por mais eficiência e resultados na gestão dos serviços públicos de saúde, além do financiamento e da política de pessoal, tornam-se imperiosas inovações no modelo de gestão. Nessa busca, assim como nas grandes questões do subfinanciamento e da desastrosa precarização das relações de trabalho, não só o governo, mas todos os movimentos sociais devem ser irredutíveis. Nas inovações do modelo de gestão torna-se evidente que a busca de soluções não é circunscrita ao Projeto de Lei Parlamentar nº92/2007 que dispõe sobre a criação de Fundações Estatais, que é vago e vulnerável a distorções, nem mesmo somente à Emenda Substitutiva do Deputado Pepe Vargas, que é voltada às diretrizes do SUS, mas deve abranger a busca de opções e outras mudanças na retomada da Reforma do Estado "SUS".

SUS: um jovem que deu certo

Gilberto Natalini¹

O SUS é o grande plano de saúde do povo brasileiro. Há aqueles que advogam que a saúde das pessoas deveria ser tratada como uma mercadoria qualquer. Acredito que haveria um genocídio no Brasil se, de repente, o SUS deixasse de atender as 150 milhões de pessoas que dependem dele.

Hoje, no momento que vivenciamos os 20 anos de existência do Sistema Único de Saúde, debruçamo-nos sobre uma dualidade de sentimentos: há muito que avançar, construir, aprimorar; porém é inegável o papel histórico deste sistema, que saindo agora da adolescência já prestou um imenso papel no acolhimento de milhões de pessoas.

A história em duas palavras

Participo do chamado movimento sanitário brasileiro desde 1970, quando entrei, como calouro, na Escola Paulista de Medicina.

Naquela época, em pleno regime militar, participei com toda dedicação das lutas estudantis, na área de saúde, que envolvia as universidades e os setores democráticos do país.

Lutamos pela federalização do Hospital São Paulo, fundamos o Encontro Científico de Estudantes de Medicina (ECEM), o jornal mural "Articulação", os movimentos populares de saúde da zona Leste, a partir do voluntariado médico do Cangaíba, bairro da zona leste da cidade de São Paulo. Das grandes lutas dos médicos residentes, surgiu a Associação dos Médicos Residentes do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (AMERIAM SPE), e em seguida o movimento "Renovação Médica", que a partir do Sindicato dos Médicos unificou as bandeiras gerais da Saúde Pública.

Tudo isto resultou em mobilizações cada vez maiores unindo os profissionais, a Universidade, uma parte dos setores públicos da Saúde, parlamentares e a população, culminando em 1988 com o grande debate sobre a Seguridade Social, e em particular a Saúde, na Assembléia Nacional Constituinte.

Venceu a tese de que **"Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado"**, sendo, portanto criado o SUS.

O grande drama a partir daí é que os legisladores fundaram o SUS, mas não indicaram com segurança e precisão qual seria a fonte de financiamento do sistema. Este dilema persiste, de certa maneira, até os dias de hoje.

Ninguém almoça de graça: alguém paga a conta

O financiamento do SUS teve nestes 20 anos seus altos e baixos. A pior situação foi no início da década de 90, quando a soma das verbas federais, estaduais e municipais chegava a 100 dólares por brasileiro por ano. Foi um período muito difícil.

Em meados da década de 1990, a situação se reverteu um pouco e o dinheiro para financiar o sistema foi gradativamente aumentando, não no ritmo necessário, mas com avanços importantes, sendo que em outubro de 2000 conquistamos após árdua batalha política a aprovação da Emenda Constitucional 29.

Foi um marco histórico, quase tão importante como o movimento da fundação.

Período histórico rico: a descentralização

Tive a felicidade de viver de perto o processo de **descentralização do SUS** no Brasil. Eu era Secretário Municipal de Saúde de Diadema e fui eleito no início de 1997 presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS/SP). Em âmbito nacional foi o período da publicação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96). A NOB/96 formulava um conjunto de responsabilidades e regras para os municípios habilitarem-se nas diferentes condições de gestão, estabelecendo parâmetros de repasse de recursos 'fundo a fundo'.

¹ Médico e vereador do PSDB/SP.

A efervescência da construção da rede municipal de Saúde com a habilitação na NOB/96 de milhares de municípios brasileiros dava um impulso enorme na consolidação do SUS. Alguns resistiram, mas foram poucos.

Na verdade, no Estado de São Paulo, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde e com a ajuda de diversos parceiros, como as universidades e as Santas Casas, só ficaram três municípios fora do processo. Um deles foi São Paulo, que na época vivia a “aventura” do PAS.

Saímos pelo Estado afora discutindo com prefeitos e secretários de saúde, com instituições filantrópicas, entidades médicas e população, naquela que para mim foi uma Reforma do Estado na verdadeira acepção da palavra.

Fui reeleito presidente do COSEMS/SP e em seguida, eleito presidente do CONASEMS no período de outubro de 1999 a dezembro de 2000.

O SUS construído no Brasil

Nesta época José Serra foi nomeado Ministro da Saúde. O CONASEMS vinha atuando no processo de habilitação dos municípios brasileiros no SUS. Demos continuidade e aprofundamos o processo, com a parceria estreita com os outros dois membros da comissão tripartite: o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A mobilização era intensa.

Visitei todos os Estados da Federação e centenas de municípios, levando a bandeira do SUS, discutindo a organização do mesmo e seu financiamento.

Neste período o repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde passou de R\$ 1,5 bilhão para quase R\$ 7 bilhões. Foi no final de 1996 o período do Reforço e Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), cujo debate e resultados atingiram todos os cantos do país, numa discussão levada pela Tripartite e Bipartites.

O Reforsus por meio de acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro e instituições financeiras como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) que investiram US\$ 577 milhões na aquisição de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, reforma, adaptação e ampliação de área física dos serviços de saúde e principalmente na conclusão de estabelecimentos de saúde. A outra área de investimento que deu impulso ao SUS naquele período foram os investimentos na melhoria da gestão do sistema de saúde nacional.

Foi o período do incremento do programa da AIDS que ganhou projeção mundial. Foi também o período da implantação dos programas de hipertensão e diabetes; da criação dos mutirões de cirurgia.

Ao assumir o CONASEMS, o país tinha 1600 equipes de Programa de Saúde de Família (PSF). Atingimos 16000 equipes algum tempo depois. Fizemos vários congressos e encontros técnicos no Brasil e alguns no Exterior, como por exemplo, o Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Quebec, Canadá, onde fundamos a Rede de Municípios Saudáveis das Américas e o Brasil assumiu a Secretaria Executiva da referida rede.

O ápice deste processo foi a aprovação da vinculação das verbas de Saúde pelo Congresso, através da Emenda 29 que fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios. Mobilizamos todo o setor de saúde nacional, além de forças simpatizantes à tese, num movimento suprapartidário de enorme envergadura.

Este processo envolveu desde o Ministro da Saúde, que defendeu a causa, passando pelos gestores, prestadores e usuários. A votação e aprovação da Emenda 29 foi em outubro de 2000, quase unânime nas duas Casas do Congresso.

O SUS na capital paulista

São Paulo acompanha a construção do SUS. Depois de passar por um desvio de eixo, com a implantação do PAS, a cidade em 2001 pediu a habilitação no sistema.

Contribui como vereador na Câmara Municipal com o processo em curso, travando o debate político da transição e defendendo o retorno da cidade ao sistema.

Hoje, sem sombra de dúvida, a implantação convive com ampliação da rede básica e hospitais, com um aumento significativo de oferta de serviços. com uma característica peculiar no estado que é a parceria com as Organizações Sociais que passaram a assumir parte dos serviços existentes ou recém-criados.

São Paulo aplica 20% de seu orçamento na saúde e o resultado disso é a melhoria de. Indicadores como mortalidade infantil, entre outros, embora ainda seja necessário avançar na organização e integração dos serviços.

20 anos: Comemorar ou não?

O SUS se propõe a fazer **promoção, prevenção, cura e reabilitação**. Alguns dizem: “é muita pretensão!” E poderia ser diferente? Tenho certeza que não!

Disse e repito: - O SUS é a maior reforma de estado que o Brasil já teve! Sempre foi sub-financiado. Hoje o SUS se sustenta (somando as verbas federais, estaduais e municipais) com 220 dólares por brasileiro por ano.

A União não cumpre a Emenda 29. O Estado de São Paulo coloca 12% do seu orçamento, obedecendo a Constituição. O Município de São Paulo chegará ao final do ano, com um investimento de 20% do orçamento próprio na Secretaria de Saúde. A Constituição preconiza 15%, no mínimo. A maioria dos governos estaduais não cumpre a lei ou “maquiam” seus orçamentos.

Isto só poderá ser corrigido com a regulamentação da Emenda 29, aguardando decisão desde 2004 no Congresso Nacional. Ainda querem, para isto, criar um novo imposto, absolutamente desnecessário.

Porém, o SUS segue o seu caminho. São 350 milhões de consultas/ano. São 3,5 bilhões de procedimentos/ano. São 4 milhões de partos/ano. É um dos melhores programas de vacinação do mundo. É um exército de pessoas, de caráter multiprofissional, a serviço de um sistema público que avança no País.

Colocando na balança da História, analisando os prós e contras, digo sem paixões (mas com emoção) e sem medo de errar: - **“Valeu a pena, SUS!”**

Parabéns pelos 20 anos!

Quero te acompanhar e te cumprimentar na festa de seus 40 anos!

A Municipalização da Saúde nos 20 Anos do SUS

José Ênio Servilha Duarte¹

O meu início na Saúde Pública aconteceu em 1964, quando tive aula com os Professores José da Silva Guedes e Geraldo Bourroul que, pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública, eram responsáveis pelo Curso de Saúde Pública ministrado aos alunos do 5º ano da Faculdade de Medicina da USP. Encantei-me com a abordagem tão diferente da que, até então, vinha tendo no meu Curso de Medicina e, a partir daí, engajei-me e passei a viver intensamente toda a evolução do sistema de saúde brasileiro e, principalmente, o paulista, nas últimas décadas.

No Curso de Saúde Pública, em 1966 e 1967, conheci o Prof. Walter Leser, então na sua primeira gestão como secretário estadual de Saúde e que nos prometeu, como palestrante de um seminário do curso, a criação da carreira de médico sanitário, no bojo da ampla reforma que estava realizando na Secretaria de Estado da Saúde. Promessa cumprida em 1969 permitindo a minha entrada nesta carreira em 1973, junto de vários outros sanitários que tiveram intensa atuação em todos os avanços do sistema de saúde em nosso Estado e no país, a saber:

- a continuação das mudanças na segunda gestão do Prof. Leser, com destaque para o fortalecimento da Atenção Básica no Estado, conseqüente à profunda reformulação da atuação da rede de Centros de Saúde, conduzida com firmeza e competência por Eurivaldo Sampaio de Almeida;
- a formação maciça de sanitários em uma parceria da Secretaria de Estado da Saúde com a Faculdade de Saúde Pública, que se engajaram rapidamente na Secretaria com grande repercussão na sua atuação;
- as grandes mudanças na primeira metade da década de 1980, que, no cenário das Ações Integradas de Saúde – proposta de integração da então Saúde Pública com o INAMPS – se iniciou em São Paulo, na gestão João Yunes, a descentralização do sistema de saúde, com os primeiros movimentos de municipalização da saúde e a descentralização da Secretaria de Saúde;
- e o surgimento, na segunda metade da década de 80, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, particularmente em São Paulo, graças aos avanços ocorridos anteriormente e à atuação de José Aristodemo Pinotti, então Secretário Estadual de Saúde, e de Guido Ivan de Carvalho na área jurídica, se aprofundou a integração da assistência com a saúde pública, agora sob comando único, e se avançou ainda mais no processo de municipalização, a partir do financiamento pelo gestor estadual, com recursos próprios e federal, dos planos municipais de praticamente todos os municípios do Estado.

Orgulho-me de ter participado, mesmo como coadjuvante, ora no plano regional, ora no central da Secretaria de Estado, de todas estas mudanças e avanços do sistema estadual de Saúde, como me orgulho fico contente também, que elas tenham contribuído para que se formulasse e se incorporasse à Constituição do país, uma das propostas de sistema de saúde mais avançadas do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, orgulho-me mais ainda do meu envolvimento, na última década, no processo da municipalização da saúde, condição sine qua non para que as diretrizes do SUS – descentralização, integralidade e controle social – realmente aconteçam. Envolvimento que se deu pelas minhas atividades como gestor municipal e como participante das entidades que representam e apoiam as Secretarias Municipais de Saúde – o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No país, a descentralização e o fortalecimento dos municípios são muito recentes, consequência da nossa pouca experiência com democracia – de 1946 a 1963 e de 1985 até hoje. Pouquíssimo tempo! Fora isso, sempre estivemos em regimes centralizadores. O conceito de descentralização, com o município forte, realmente com poder, faz parte da redemocratização.

Tomei conhecimento, em 1991, dos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, que propunha a descentralização e municipalização da saúde. Tive emoção ao conhecer saber que, o que

¹ Médico sanitário, Secretário Executivo do CONASEMS.

achamos hoje tão avançado e com grandes dificuldades para instituir, já tinha sido preconizado por sanitaristas – liderados por Mário Magalhães da Silveira - há 45 anos atrás, que, com o golpe militar e início da ditadura que ocorreu quatro meses depois da 3ª Conferência, foram afastados e perseguidos. O discurso passou a ser então que o município é frágil, se descentralizar o dinheiro o prefeito daria prioridade a fontes luminosas e, portanto, os recursos precisariam ficar centralizados no governo federal ou, no máximo, no Estado.

A partir de 1985, com as eleições diretas para governadores foi retomado o processo de descentralização e fortalecimento dos municípios, que em São Paulo foi diretriz e alvo de ações concretas do Governo Montoro. A Constituição de 1988 recuperou a idéia do Município como ente federado autônomo e incorporou, nos artigos 196 a 200, as diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

Esta Conferência foi o desaguadouro do movimento iniciado na 3ª Conferência Nacional, de formulações que ocorreram nas áreas acadêmicas de vários Estados e dos movimentos pioneiros de municipalização do final da década de 1970 e início da década de 1980 – em São Paulo, destaca-se as atuações de Sebastião de Moraes, Nelson Rodrigues do Santos e Gilson Carvalho, nos municípios de Campinas e São José dos Campos – e das iniciativas de várias Secretarias Estaduais de Saúde, como as de São Paulo, já referidas.

A questão é que a efetiva municipalização e a consequente regionalização ainda estavam muito aquém do desejável e necessário. Não é, ainda, hegemônica na nossa cultura político-administrativa. Séculos de centralização ainda fazem a cabeça de nossos dirigentes e mesmo de algumas áreas acadêmicas.

O desenvolvimento do SUS, a partir das Leis Orgânicas da Saúde, se deu pautado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB/91, apesar de muito criticada, por incorporar muito pouco das diretrizes constitucionais e das leis orgânicas e tratar os Estados e municípios como prestadores, era o possível naquele momento inicial de implantação do SUS, com o INAMPS, apesar de transferido para o Ministério da Saúde, muito ativo e concentrando a maior parte dos recursos do Ministério. De outro lado, mesmo sendo por convênio e por produção, estes recursos permitiram que vários municípios iniciassem ou avançassem na organização de seus sistemas municipais de saúde.

A NOB/93 é o marco do surgimento do município como gestor do sistema local de saúde, como determinado pela Constituição e apesar de relativamente poucos terem assumido a gestão simplificada, os que a assumiram e passaram a receber recursos fundo-a-fundo e não por convênio, tiveram grandes avanços nos seus sistemas com grandes benefícios para as populações abrangidas. Surgiram os primeiros exemplos “do SUS que dá certo”.

A NOB/96 permitiu uma aceleração da organização e assunção pelos municípios de seus sistemas de saúde ao instituir as gestões plena da atenção básica e plena do sistema, bem como ao propor a Programação Pactuada Integrada (PPI) trouxe a discussão da regionalização, prevista na Constituição e na lei 8080/90, que deve ser implementada pelos municípios e pelos Estados. O Piso da Atenção Básica (PAB) foi uma proposta interessante, talvez a mais importante da NOB 96. Pela primeira vez, tivemos o repasse per capita, o que muito contribuiu para o avanço e a qualificação da atenção básica, junto da a estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Entretanto, se com esta NOB tivemos avanços significativos na Atenção Básica, na regionalização muito pouco se avançou. Então, surgiu a proposta de se fazer a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que não revogou a NOB 96, mas complementou-a ao trazer uma abordagem mais ampla e detalhada da regionalização – criou-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), numa tentativa de se retomar e avançar este processo. Foram feitas muitas reuniões, encontros regionais e debates entre os vários gestores, mas concretamente pouco se avançou, inclusive por resistência dos municípios. Os municípios não aderiram por vários motivos, mas um dos que mais se destacou foi o do financiamento que, na época, como hoje, era insuficiente.

Outra crítica importante à NOAS foi a sua excessiva normatização, o que dificultou o seu entendimento pelos gestores e a resposta às grandes diversidades nas várias regiões do país.

Com a mudança do Ministério da Saúde, em 2003, a nova equipe passou, em articulação com os secretários estaduais e municipais de Saúde, a discutir o SUS pós-NOBs, que culminou com a construção do Pacto pela Saúde em 2006.

O Pacto pela Saúde acabou com a rigidez dos modelos de regionalização da NOAS, permitindo modelos que se adaptem às diferentes regiões do país, deu mais poder às CIB, estabeleceu como pressuposto a relação solidária e não hierárquica entre os entes, iniciou o processo de unificação do recurso federal, avançou na definição de responsabilidades de cada ente e, entre tantos outros avanços, a proposta dos Colegiados de Gestão Regionais, que considero a mais importante e estrutural do Pacto.

Com estas experiências, positivas e negativas, de 20 anos de implantação do SUS, e considerando ainda os 20 anos de pré-SUS, ao se tomar como marco a 3ª Conferência Nacional de Saúde, e, o Pacto pela Saúde, podemos concluir que estamos amadurecidos para os avanços e a consolidação do nosso sistema de saúde, tão generoso, inclusivo e equânime. De imediato, os nossos dois grandes desafios são o financiamento e a melhoria da nossa capacidade de gestão, com destaque para a regionalização.

Quanto ao financiamento, estamos na reta final da aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional 29 pelo Congresso Nacional. Provavelmente não será a regulamentação dos nossos sonhos, mas, como vem acontecendo com frequência no SUS, o possível no momento, e que não impedirá a retomada de propostas mais consistentes de financiamento, principalmente no âmbito da Seguridade Social.

Já o aperfeiçoamento da gestão está na governabilidade dos três gestores do sistema e passa hoje pela organização dos sistemas regionais de saúde, intra e inter municípios, a partir da existência de uma atenção básica que contemple todos os princípios e diretrizes da Conferência de Alma Ata (1978). O Pacto pela Saúde já deu todos os caminhos, urge agora que o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios façam os pactos e priorizem às suas execuções, sem ignorar que em curto prazo ainda haverá um horizonte de subfinanciamento.

Sinto que o SUS, com toda a sua ousadia e sendo modelo mundial de política pública de saúde, ainda não foi entendido e apropriado por grande parte da população e nem por nossos dirigentes – Executivo, Legislativo e Judiciário. A votação contra a CPMF demonstrou isso! “A saúde não precisa de mais dinheiro, precisa gastar melhor”, era uma fala frequente, ignorando os grandes avanços e benefícios que o SUS, nos últimos 20 anos, tem trazido para a população brasileira. Recentemente o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, apresentou, com muita clareza, no Palácio do Planalto, a um grupo significativo de dirigentes deste país – Presidente, Governadores, Senadores, Deputados e Ministros – os fundamentos do nosso sistema de saúde, com o objetivo de se apresentar o PAC da Saúde e mostrar a importância da CPMF para a consolidação e avanço do SUS. Se para a aprovação da CPMF não adiantou, acho que para elevar o conhecimento dos nossos dirigentes sobre o SUS foi um sucesso.

Precisamos avançar nesse no processo de envolvimento da sociedade brasileira e de seus dirigentes no debate sobre o SUS, principalmente dos Prefeitos e Vereadores, pois com eles estão a maior responsabilidade na execução das ações de saúde e a participação crescente, inclusive acima das exigências mínimas legais, no financiamento do SUS.

Ainda vale ressaltar a importância do controle e da participação social no SUS, pilares do SUS, que precisam ser mais bem entendidos pelos Conselhos de Saúde e pelos gestores, pois são indispensáveis para assegurar uma atenção de qualidade para toda a população.

Um Testemunho Sobre a Edificação do SUS

Carmen Cecília de Campos Lavras¹

No momento em que se comemoram os 20 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, sinto-me privilegiada por ter, de alguma forma, participado desse processo ao lado de tantos amigos e companheiros. Durante esses 20 anos convivi com pessoas extraordinárias, aprendi muito, pude também dar a minha contribuição, mas, sobretudo, testemunhar, passo a passo, a edificação de um sistema público de saúde de caráter universal, num país caracterizado por profundas desigualdades sociais. No mundo globalizado e marcado pela tentativa de estabelecer padrões para tantas práticas sociais, é realmente um privilégio poder trabalhar na construção de um sistema em que se acredita e que respeita as feições de nosso país e de nossa cultura.

A conquista social que, há mais de 30 anos, ainda como estudantes universitários, imaginávamos ser de longo prazo, foi pouco a pouco efetivada. Como jovens estudantes de medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) na década de 70, num período repressivo de ditadura militar e de perseguições daí decorrentes, buscávamos participar de atividades que extrapolassem a dinâmica oficial de um curso de medicina e nos permitissem viver e discutir outras questões presentes no cotidiano.

Foi assim que, com vários colegas, além de iniciar minha participação no movimento estudantil, me aproximei do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. Naquele Departamento, sob a coordenação de Tobar² e a liderança de Arouca³, muitas coisas aconteciam. Num ambiente caracterizado por grande efervescência e muito entusiasmo, apesar do contexto político repressivo que nos era imposto, vários projetos foram desenvolvidos, entre eles: o do Jardim das Oliveiras, o do município de Paulínia e o Laboratório de Ensino de Medicina Comunitária (LEMC)⁴ da FCM.

Como monitora do LEMC, aprofundei meu entendimento a respeito da complexidade do processo saúde-doença e de suas determinações sociais, tendo sido instigada a pensar em conceitos até então pouco conhecidos, tanto no campo da Filosofia como no da Sociologia e da Política, tais como: . Além disso, tive a oportunidade de participar da implantação de três serviços “médico-comunitários” em bairros periféricos da cidade de Campinas. Ali se iniciou minha formação como sanitarista.

A crise no Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP

A crise que se instalou no Departamento de Preventiva, e que culminou com a saída de Arouca e de quase todos os docentes, trouxe conseqüências desastrosas para o curso de Medicina da UNICAMP e para os projetos em andamento, em particular para o LEMC. Mas, mesmo sob ameaça e pressão institucional, conseguimos, como estudantes que ainda éramos, manter, não só nossos momentos de discussão, mas também as iniciativas nas comunidades onde atuávamos. Recebíamos clandestinamente para leitura e discussão, textos referentes, tanto à questão da reconstrução da democracia, como à questão da determinação social do processo saúde-doença. Recebíamos, também, eventuais visitas do Arouca.

Chegamos ao final de 1976, com um trabalho consolidado em três bairros de Campinas e com a promessa do então candidato a prefeito pelo MDB, Francisco Amaral de que, se eleito, apoiaria uma de nossas iniciativas. Passada a eleição, fomos procurá-lo, e a promessa se cumpriu: fomos apresentados a Sebastião de Moraes, seu Secretário de Saúde, que, para nossa surpresa, não só acolheu o Projeto com muito entusiasmo, como também propôs a sua expansão.

¹ Médica sanitarista.

² Miguel Ignacio Tobar Acosta, fundador do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

³ Antonio Sérgio da Silva Arouca (1941-2003), médico sanitarista, contribuiu decisivamente para a constituição das bases teóricas e conceituais das temáticas integrantes da luta pela Reforma Sanitária no país.

⁴ Tais projetos, desenvolvidos junto da população de áreas periféricas, eram voltados à reorganização da prática médica, combinando programas de educação comunitária e de atenção à saúde.

Conformação da rede básica de saúde de Campinas

Iniciava-se, assim, a conformação da rede municipal de atenção básica em Campinas, praticamente dez anos antes da criação do SUS.

Com a participação de Maria Nilde Mascelani⁵ na equipe central da SMS de Campinas, desenvolvemos uma metodologia de reconhecimento do território e caracterização das condições de vida e saúde da população residente nos lugares onde se pretendia instalar uma unidade de saúde. Uma a uma foram montadas mais de 20 unidades básicas de saúde, orientadas pela concepção de medicina comunitária. Essas unidades, que inicialmente contavam apenas com médicos e auxiliares de saúde, recrutados e treinados nas comunidades locais, foram incorporando novos profissionais: primeiro os psicólogos, já contratados para o Ambulatório de Saúde Mental instalado na mesma ocasião, e, na sequência, os enfermeiros.

Aos poucos foram incorporados à equipe da Secretaria de Saúde, profissionais, sobretudo médicos, oriundos de vários pontos do país: eram “de esquerda”, muitos dos quais perseguidos pela ditadura militar, ou ainda, apenas identificados com os ideais que por aqui prosperavam. A unidade dessa equipe se construiu em torno do compromisso do grupo com a organização de serviços locais de saúde e com a luta pela redemocratização do país.

Tínhamos uma percepção clara da importância da integralidade na atenção à saúde e naquele momento o maior enfrentamento se dava contra aqueles que aceitavam o que, à época, se denominava “medicina simplificada” e, contra outros, que defendiam só o desenvolvimento de ações de saúde pública e iniciativas voltadas à atenção materno-infantil, como era tradicional nas unidades estaduais.

Os Programas de Atenção Médica Integral (PAMI) foram sendo formulados e implantados em toda a rede municipal de Campinas. Os processos de participação popular e gestão foram amadurecendo, com o desenvolvimento de métodos e instrumentos muito criativos. Foi um período muito fértil em realizações, em que tudo era possível, desde que acolhido por todos.

Sebastião tornou-se o grande articulador do movimento municipalista em Campinas e, através de Arouca, foi apresentado a Márcio⁶ e Tomassini⁷ que, respectivamente em Londrina e Niterói, comandavam experiências municipais semelhantes. Em 1978, realizamos o “I Encontro Municipal de Saúde” em Campinas, com a participação efetiva de profissionais desses três municípios que contou com a presença do então Secretário de Estado da Saúde, Walter Leser. A partir daí, estabeleceu-se um intercâmbio profissional permanente entre esses grupos, e novas articulações foram consolidadas.

Nesse contexto, a SMS de Campinas transformou-se num espaço de luta pela redemocratização do país, com iniciativas que aglutinaram uma rede de pessoas e instituições: criação no município de uma associação de apoio à medicina comunitária; apoio à criação da Associação Nacional de Auxiliares de Saúde; estabelecimento de uma representação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em Campinas; apoio a várias iniciativas do movimento estudantil; apoio a vários movimentos de combate à ditadura militar; e estabelecimento de vínculos com outros movimentos e entidades que surgiram naquele momento, em defesa da saúde pública no Brasil. Sem perceber, adentrávamos no Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária.

Anos 80 e a Reforma Sanitária

O início da década de 80 foi marcado por movimentos de resistência ao afastamento de Sebastião Moraes da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o que mobilizou não só os profissionais de saúde e os movimentos sociais locais, mas também amplos setores da saúde pública no país. Faltando praticamente um ano para o término da gestão, Sebastião foi substituído e, na sequência, como candidato a prefeito, perdeu as eleições.

Ainda nos anos que precederam a criação do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas passa a ser conduzida pelo Nelsão⁸, em período que ficou marcado pela expansão e consolidação de rede municipal e, no campo da gestão, pela participação no Pró-Assistência, nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e no Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A participação do grupo de Campinas nessas iniciativas e também na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi efetiva. Esse foi um período caracterizado por ampla discussão e pela leitura e elaboração de número infindável de documentos a respeito da reforma pretendida.

Nessa mesma década, mais uma vez pela mão do Tobar, um grupo de profissionais da SMS no qual me incluo,

⁵ Maria Nilde Mascelani, educadora, fundadora e dirigente do “Serviço de Ensino Vocacional”, projeto de ensino público desenvolvido na década de 60 vinculado à Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. Perseguida pelo regime militar teve seus direitos civis cassados e se tornou consultora da SMS de Campinas após cumprir período de prisão política

⁶ Márcio José de Almeida, à época, Secretário de Saúde de Londrina.

⁷ Hugo Coelho Barbosa Tomassini, à época, Secretário de Saúde de Niterói.

⁸ Nelson Rodrigues dos Santos.

retorna à universidade, só que dessa vez à Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, para remontar o Departamento de Medicina Social e Preventiva. Lá tivemos a oportunidade de criar três centros de saúde da própria universidade, os quais mais tarde foram incorporados à rede da Prefeitura Municipal e até hoje contam com a participação de alunos e docentes de vários cursos universitários. Foi por conta dessa iniciativa que pudemos adquirir grande experiência com a formação e atuação de equipes multiprofissionais na rede básica de saúde.

Na PUC de Campinas, também criamos o Núcleo de Saúde, com profissionais de várias áreas, comprometidos com a causa pública. Esse Núcleo desenvolveu atividades acadêmicas por mais de quinze anos, sempre dirigidas ao fortalecimento da política pública de saúde na região.

O SUS, finalmente criado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado através de legislação específica em 1990 – a Lei Orgânica da Saúde –, trouxe-nos novas demandas: era hora de sair a campo para disseminar seus conceitos, seus princípios e diretrizes. Era hora de iniciar a elaboração da legislação correspondente na esfera municipal.

Muitos foram os municípios nos quais pudemos contribuir com a formulação da Lei Orgânica Municipal; com a estruturação de Secretarias Municipais de Saúde, com a definição de Planos Municipais de Saúde e com processos de capacitação técnica dirigida aos mais variados grupos profissionais. Foram anos de grande acúmulo de experiência: os pés no acompanhamento e nas discussões da política nacional de saúde e as mãos nas respostas às demandas locais.

Em meado da década de 90, em um período marcado pela municipalização do SUS, com um grupo de colegas, retorno à SMS de Campinas na qualidade de Diretora de Saúde, para depois de um ano, em 1994, assumir, até o final do ano de 1996, o cargo de Secretária Municipal de Saúde do então Prefeito Magalhães Teixeira. Foi uma experiência profissional muito interessante: no SUS o foco era a municipalização e, no plano local, pude contar com o apoio de um prefeito muito comprometido com o desenvolvimento social do município. Naquele momento, Campinas enfrentava, de forma contundente, as conseqüências de um rápido e desordenado crescimento populacional. As demandas para o setor eram imensas e a SMS não se encontrava organizada para responder adequadamente a essas demandas. Penso que essa situação se repetiu de maneira muito semelhante em qualquer dos grandes municípios brasileiros naquele momento.

O desafio, portanto, era enorme, mas nada que impedisse a atuação de uma equipe extraordinária, profundamente comprometida com a consolidação do SUS, no âmbito municipal. Com o apoio das universidades e respeitando um projeto de governo muito articulado, procedemos à regionalização da saúde no interior do próprio município; diversificamos os serviços de saúde com a implantação do Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS), dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), do Serviço de Atendimento Domiciliar e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); instituímos duas equipes de Saúde da Família e Centros de Referência (Em quê?); implantamos também um novo plano de cargos para os profissionais da saúde, a “Família Ocupacional Saúde”, reconhecendo as atribuições específicas desses profissionais; e inovamos na área da gestão, com várias iniciativas, entre as quais o ingresso no modelo de gestão semiplena, que permitiu estabelecer novo tipo de relação com os prestadores públicos e filantrópicos, incluindo no termo de convênio global com esses prestadores, o estabelecimento de metas e incentivos.

Em relação a esse período, devemos destacar ainda a estratégia “Campinas Cidade Saudável”, um programa multidisciplinar que, embora extrapolasse o SUS numa perspectiva intersetorial, desdobrou-se num conjunto de projetos estratégicos, de base territorial definida, de promoção da saúde entendida como qualidade de vida.

Ensinaamentos de um período de transformações

Desse período, muitos foram os ensinamentos, parte dos quais ainda atuais. Com o término daquele ciclo de governo municipal, retornei à universidade e passei a me relacionar mais intensamente com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como consultora. Além da oportunidade de acompanhar as discussões nacionais em torno do SUS, o contato com gestores municipais de saúde de todo o país se intensificou, e pude ir percebendo aos poucos duas coisas: o tamanho do desafio presente no processo de desenvolvimento desse sistema e a existência de número enorme de pessoas engajadas nesse processo e que fazem o SUS concretamente acontecer.

Foi também como consultora de vários projetos do Ministério da Saúde (MS) que pude acompanhar e participar do desenvolvimento do SUS sob outro ângulo. Constatei, em primeiro lugar, a existência de um contingente de pessoas que, ali inseridas, dedicam-se com afinco ao desenvolvimento do sistema. Percebi também a importância da padronização dos procedimentos técnicos do Ministério da Saúde para muitos estados e municípios que ainda não adquiriram suficiente autonomia de gestão para realizar proposições mais arrojadas em seu domínio. Hoje, compreendo melhor a necessidade de normatizações por parte do Ministério da Saúde que, em muitos momentos, considerei excessivas. Com a ressalva que o amadurecimento das instâncias estaduais de gestão e dos mecanismos tripartites, hoje existentes no *Pacto de Gestão*, é que vão poder mudar essa realidade. Finalmente, posso testemunhar também o quanto vem gradativamente se ampliando a capacidade de regulação do SUS por parte do Ministério da Saúde.

Viajar pelo Brasil por conta de atividades relacionadas ao SUS tornou-se rotina. É prazeroso poder encontrar amigos e companheiros de caminhada em todos os recantos do país. Não é possível deixar de me emocionar com tantas e tão ricas iniciativas de atenção à saúde, existentes em todo país. São milhares de profissionais e gestores que constroem o SUS cotidianamente por esse imenso e tão diversificado país. Por isso, mesmo reconhecendo os limites da municipalização de um sistema, onde 70% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes, há que se valorizar muito esse processo.

Não fosse a municipalização, não teríamos conseguido incluir atendimentos a tantos no SUS. Foi a participação de toda essa gente – profissionais, gestores e conselheiros de saúde – que fez com que a pessoa considerada indigente nos meus tempos de faculdade, possa hoje, como cidadão, ser respeitada como um usuário do SUS.

No entanto, deve-se reconhecer que, apesar dos avanços ocorridos, particularmente os relacionados à ampliação de cobertura e à qualificação da assistência e de seus mecanismos gestores, ainda há muito que ser construído no SUS, na perspectiva de garantir uma atenção à saúde de qualidade a todos. Vários desafios necessitam ser enfrentados na atualidade, entre eles, com certeza, se destacam os seguintes: adequação do financiamento; amadurecimento do modelo de gestão tripartite; superação da fragmentação na oferta de ações e serviços, e qualificação das práticas clínicas.

A regionalização se afigura como o grande eixo norteador do desenvolvimento do SUS para a próxima década. A celebração do *Pacto pela Saúde*⁹, firmado pelos gestores em 2006, representou mudança significativa no processo de gestão do SUS, pela relevância que a diretriz de regionalização assumiu no contexto do Pacto de Gestão. Instrumento muito adequado para apoiar esse processo, o Pacto se constitui em um instrumento suficientemente flexível para responder às exigências colocadas pelas distintas realidades de cada região do país, e favorece o processo de estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde. A modelagem dessas redes no SUS apresenta-se, pois, como um desafio a ser superado, na perspectiva de consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso e a qualidade da atenção ofertada. Isso exige a cooperação entre os municípios de determinada região sanitária, e se constitui numa das estratégias para a regionalização do sistema.

É com esse entendimento que através do “Programa de Estudos em Sistemas de Saúde” vinculado ao Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, buscamos atualmente desenvolver um conjunto de pesquisas e iniciativas de apoio à estruturação de redes regionais de atenção a saúde e de qualificação do cuidado no SUS.

Considerações Finais

Cabe ainda ressaltar o entendimento de que, num plano mais amplo, há uma grande opção a ser feita pela sociedade brasileira ao responder a seguinte questão: O SUS é realmente o sistema que se quer para todos os brasileiros, independente da classe social a que pertençam? É a resposta a essa pergunta que, a meu ver, definirá os rumos do SUS. Talvez ainda leve um tempo para que as forças políticas da sociedade possam se manifestar em relação a essa questão. Até lá, cabe-nos continuar contribuindo com a qualificação desse sistema que, acredito, com todos os seus avanços e também com os seus desafios, representa hoje, a política pública mais efetiva em desenvolvimento no Brasil.

Finalmente, ao ser agraciada com a “Medalha do Mérito da Gestão Pública em Saúde Walter Leser”, quero deixar registrado meu orgulho e meus agradecimentos à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por essa homenagem. Mas quero, ainda, dividí-la, com cada colega de minha equipe de trabalho que, ao longo de todos esses anos, com diferentes inserções, têm me acompanhado nesse percurso. Contribuições ao processo de gestão pública, em particular no setor saúde, são, a meu ver, necessariamente advindas de práticas coletivas.

⁹ BRASIL, MS. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: MS, 2006.

Divulgado pela Portaria MS/GM nº 399/2006 e regulamentado pela Portaria MS/GM nº 699/2006, esse acordo foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em 26/01/2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09/02/2006; o Pacto pela Saúde têm três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Ruminações sobre os 20 anos do SUS

José da Rocha Carvalheiro¹

Introdução

Um emérito professor de Yale, nos anos 1980, quase ao mesmo tempo em que no Brasil nos preparávamos para elaborar uma nova Constituição, publicou artigo de “ruminações” retrospectivas, curspectivas e prospectivas sobre epidemiologia das doenças infecciosas. No dicionário do Houaiss, ruminação tem o sentido figurado de rever periodicamente determinados conceitos; retrospectivo e prospectivo referem-se ao passado e ao futuro; não consigna curspectivo, mas dá o presente como uma das acepções de “curso”.

Nesta contribuição não ousou prever o que virá, e vou rever mais o passado do que o presente, mais retro do que curso e, pouco prospecto. Não começo pela 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, nem mesmo pela minha primeira, que foi a quinta, de 1975. Vou ainda mais atrás, aos anos gloriosos dos debates com nossos mestres, escolhendo Carlos Gentile de Mello como o mais visível entre eles. Dono de uma prodigiosa capacidade de convencimento, como escritor e tribuno, foi autor das mais ferinas críticas ao arranjo de atendimento médico nas décadas de 1960 e 1970.

Recupero, à guisa de exemplo, apenas um punhado de suas mais duras críticas ao sistema. Considerava o pagamento da assistência médica por “unidade de serviço” como fator incontrolável e fatal de corrupção; na mensagem de acolhida em sua secretária eletrônica, após dizer seu nome, enunciava esse postulado. Como corolário, – era o tempo dos assaltos a bancos – relacionava a distribuição geográfica dos médicos com a das agências e concluía maroto, que eram os principais suspeitos, pois “até máscara usavam”. Foi o primeiro a divulgar o escândalo da incredível concentração de partos cesáreos, mais caros, nos últimos dias do mês, quando se impôs um limite superior para controlar a “epidemia”. E, ainda, a “amigdalectomia decavê”, realizada e cobrada em dois atos operatórios, assim denominada em homenagem a um automóvel da época que tinha motor em dois tempos. Tinha pelos médicos um profundo respeito e empregava a crítica sagaz para condenar mais o sistema de então do que os profissionais.

Ruminações sobre as Conferências Nacionais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde, anteriores à oitava, eram empreendimentos estritamente oficiais. Na 5ª. CNS (1975), a primeira de que participei, pela primeira vez introduziu-se a noção de Sistema Nacional de Saúde. Coube a José Carlos Seixas, então secretário geral do Ministério da Saúde, o segundo em comando, apresentar em plenário as idéias de “sistema”, para orgulho de Mário Chaves que tinha publicado um livro sobre esse tema.

Iniciava-se a “abertura” do presidente Geisel e seu ministro Almeida Machado consentiu na introdução dessas idéias. Por coerência temática, mais do que política, foram convidadas lideranças da assistência médica da Previdência Social. O mesmo ministro foi responsável por uma retomada da tradição das conferências se dedicarem a temas menos abrangentes. Entusiasmado com uma abordagem ecológica da questão da xistossomose, decidi que a conferência seguinte, a 6ª CNS (1977), se dedicaria a ela. Formulou, assessorado por técnicos, um complexo sistema de fluxo de energia que “explicava” a manutenção da endemia no espaço rural. Reproduzia, de modo requintado, as idéias tradicionais dos parasitologistas brasileiros sobre o ciclo do parasita e a história natural da doença. Concluía com um Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), com ações conjugadas de educação sanitária, construção de unidades de “lavanderia rural” para afastar as lavadeiras da beira dos córregos, e associava a essas unidades espaços de recreação para as crianças também deixarem de nadar nos riachos com cercárias. Nessa 6ª. CNS, mais desenvolvida e polêmica foi a proposta de terapia em massa, empregando medicamento recém-introduzido, a oxaminiquina. Prática apoiada por uma investigação empregando idéias epidemiológicas de sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos, que chegava a valores preditivos em exames seletivos populacionais. O mais debatido tema desta CNS foi, sem dúvida, a proposta de tratar todos os moradores, inclusive adultos, de localidades em que a prevalência de

¹ Médico, Professor Titular de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; atualmente é Presidente da ABRASCO e Vice Presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da FIOCRUZ.

xistosomose, medida apenas em escolares, ultrapassasse certo limiar. O texto que deu origem à proposta tinha nome sugestivo, ao interrogar se “Bons testes conduzem inevitavelmente a bons resultados?”.

A 7ª CNS (1980) retoma, em parte, a mesma abrangência da quinta e passa a dar oportunidade de surgimento de experiências novas de organização da saúde no país. Amplia-se a presença de setores de fora do âmbito estrito do Ministério da Saúde, com especial menção aos “cardeais da Previdência” e ao crescente movimento de acadêmicos que transformam reflexões teóricas em ação política. É dessa época a expansão do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

O movimento de profissionais no interior da saúde toma forma, especialmente, mas não apenas, com a sindicalização dos médicos, a associação dos residentes em medicina e o chamado movimento de “Renovação Médica”. O movimento sindical dos trabalhadores fora do âmbito da saúde, com crescimento e fortalecimento importante na época, é o grande omissor nesse processo de discussão. Paralelamente, o país caminha para um processo gradual de abrandamento do rigor do autoritarismo dos militares no poder. Conquistas importantes são a eleição direta de governadores, que passam a atuar como lideranças civis que não podem mais ser ignoradas pela caserna. A derrota da Emenda das Eleições Diretas é de qualquer forma diminuída pela eleição do governador de Minas Gerais, Tancredo Neves, à Presidência da República, pelo Congresso Nacional, com votação nominal e a explosão plenária ao ser anunciado, pelo deputado João Cunha, o decisivo voto 344. De qualquer forma, a 7ª CNS discute de maneira radicalmente dividida a organização do sistema de saúde em uma ou em duas redes, definidas pela complexidade das ações de atenção e conservando a divisão entre os ministérios da Saúde e da previdência social.

Em verdade, a construção de uma proposta para o sistema de saúde passa por aproximações sucessivas, conduzidas com maior ou menor intensidade nos Estados e municípios. Para mencionar apenas alguns exemplos, tivemos as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este último chegou a criar uma categoria especial de trabalhadores que receberam a curiosa e quase pejorativa designação de “sudéticos”. O município, até então praticamente ausente do cenário da saúde, passa a ter significado e relevância pela ênfase na descentralização. Nesse momento cristaliza-se o que seria consagrado na Constituição, o município como ente federativo e a idéia de comando único da saúde em cada nível de governo.

Convoca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de composição plural, envolvendo setores acadêmicos, a sociedade civil e o setor empresarial na saúde. Sérgio Arouca é o seu Coordenador e Guilherme Rodrigues da Silva, o relator geral. O setor empresarial da saúde se omite e deixa um vazio na composição da Conferência, dando margem a uma radicalização em torno do modelo exclusivamente público preconizado. Ao final, a 8ª CNS vota pela constituição de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), coordenada por Arlindo Gómez de Sousa, que vai costurar um entendimento com o setor privado, abrindo espaço à figura de “setor suplementar” num sistema nacional público. Este fato, que passa despercebido muitas vezes, é essencial para compreender a seqüência de eventos.

Convocação da Assembléia Nacional Constituinte e criação do SUS

Convocada a Assembléia Nacional Constituinte, o texto da CNRS passa a ser o documento básico do movimento sanitário em sua atuação junto ao Congresso Nacional. Chamada a dar seu depoimento, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) solicita da ABRASCO que a represente numa audiência pública na Comissão Temática de Saúde e Meio Ambiente. Tive a honra de ser o representante indicado e nada mais fiz do que, brandindo o documento da CNRS que distribuimos entre os constituintes, bradar: “A ciência brasileira apóia este documento”. O processo constituinte deu-se de maneira inesperada na área social, surgindo no processo o conceito de seguridade social que veio a prevalecer, incorporando elementos do documento da CNRS e ampliando à previdência e assistência social o âmbito da questão social. A ala conservadora, o chamado “centrão”, liderada por um aliado do movimento sanitário, Carlos Santana, acabou por ser fator decisivo na aprovação do texto constitucional de 1988, que consagra a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O que se deu em seguida foi a aprovação em fins de 1990, pelo Congresso das Leis Orgânicas do SUS (8.080 e 8.142) e, a partir daí, uma luta incessante pela ampliação dos recursos financeiros indispensáveis para sedimentar na realidade social esta conquista a que Sérgio Arouca chamou de “processo civilizatório contemporâneo da sociedade brasileira”. Num primeiro momento a Constituição, em disposição transitória, exigia respeito à manutenção dos recursos públicos no Orçamento da Seguridade Social (OSS) pelo menos equivalentes à série histórica do que era arrecadado pelas contribuições sociais.

Este preceito nunca foi obedecido, sendo notáveis os esforços de Adib Jatene pela criação de Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) e de Eduardo Jorge e Valdir Pires com a Emenda 29, ambas destinando recursos “carimbados” ao SUS. Essa luta nunca conduziu ao efeito desejado e o sistema sofre até hoje de uma dificuldade financeira incompatível com os generosos princípios da universalidade, integralidade e equidade, inseridos no texto da Constituição e das Leis do SUS. A esse respeito, Sólon Magalhães Vianna assinala que nosso SUS encontra-se numa

“dupla contramão”. Num período recente os bancos internacionais (Fundo Monetário Internacional, Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial) preconizaram um modelo neoliberal na saúde. Com focalização em ações essenciais pelo setor público, de elevada externalidade positiva (saneamento, vacinas) para atender grupos específicos e privatização da atenção às pessoas. Nesse momento optamos por um SUS universal, integral e equitativo, primeira contramão. Em todos os países do mundo que optam por um sistema universal o gasto público supera o privado. Em nossa realidade atual já se dá a inversão, os gastos públicos não chegam a metade, segunda contramão.

Avanços para celebrar nos 20 anos do SUS

Além dessas duas contramãos, o que poderia ser o “curspectivo” destas “ruminaciones” apresenta, no entanto, alguns pontos de avanço que não podem passar despercebidos. Considero que a organização do sistema, com ênfase no processo de pactuação entre as esferas de governo é o ponto essencial. Os instrumentos de pactuação, as Comissões Intergestores Bipartites em cada estado e a Tripartite no âmbito nacional, são o acidente na paisagem que faltava à concretização do modelo de gestão do SUS. Embora falte muito para aprimorar o modelo de atenção, aumentando a satisfação da população, alguns pontos merecem ser destacados: nosso Programa Nacional de Imunizações (PNI), de grande externalidade, e o Programa de Transplantes, para citar apenas dois exemplos. O recente Pacto pela Saúde, celebrado na Tripartite, e a tendência a atuar por contratos de gestão no SUS são outros pontos a celebrar.

Por fim, a ênfase que a atual administração do SUS dá ao conceito de Complexo Produtivo em Saúde é, a meu ver, o maior “portador de futuro” em nossa área, para empregar um termo muito difundido e valorizado nos setores que cuidam da política de desenvolvimento do país. Esse conceito resgata a área da saúde do limbo em que é posta pelos tecnocratas habituados a encará-la apenas como sorvedouro de recursos públicos. Passa a ser o que de fato é, um dinâmico setor de acumulação no processo de valorização do valor. Não apenas pelo dinamismo do setor industrial de insumos (medicamentos, vacinas, equipamentos médico-cirúrgicos), também pelo dinamismo da organização da atenção no setor público e no setor privado, lucrativo e filantrópico, e sua geração de milhões de empregos em todo o país.

Incursões prospectivas sobre o SUS

Uma única e cautelosa incursão pelo prospectivo. O nosso Sistema de Saúde caminha para um feito cada vez mais heterodoxo. Já está sendo chamado “Sistema Dual” por alguns, pelo crescente dinamismo do setor privado lucrativo, com planos e seguros dominando o mercado. As agências regulatórias ganham uma importância capital nesse quadro. Nosso principal desafio será consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, fugindo à armadilha a que o argentino Mário Testa e o italiano Giovanni Berlinguer chamaram de “atenção primitiva” de saúde para populações negligenciadas, em contraste com a “atenção primária” em seu sentido original de adequação dos instrumentos tecnológicos disponíveis às necessidades da população. O atual movimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em nosso caso, da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde é um horizonte promissor. Em caráter mundial, ganha ainda ênfase a discussão da mudança da generosa idéia de “Saúde Para Todos” (SPT) ou “Health For All” (HFA) para a de “Health in All Policies” (HiAP) ou “Saúde em Todas as Políticas” (SeTP). Para nós nada disso é novo, afinal de contas inserimos essas idéias na Constituição Brasileira e nas Leis do SUS. E, ainda agora, na proposta de Complexo Produtivo em Saúde e sua inclusão da proposta governamental do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), chamado de “Mais Saúde” em nossa área.

Que o “curso” se transforme num radioso “prospecto”, honrando um glorioso “retrospecto”, do qual só temos que nos orgulhar. Pelo que representa de continuidade de um compromisso de luta social pela melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. O SUS formal completa 20 anos, se o referimos à Constituição. Tem muito mais que isso, como acredito que ficou claro. E anseio que mais ainda terá.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf
- EVANS, A.S. Ruminations on Infectious Disease Epidemiology: Retrospective, Curspective, and Prospective **Int.J.Epidemiol.** 1985 June; 14(2):205-214.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf
- CHAVES, M M. **Saúde e Sistemas**. Rio de Janeiro: FGV, 1972.
- VIANNA, S.M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Saude soc.** 1(1): 43-58, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n1/06.pdf>
- VIANNA, S.M. A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema. **Saude soc.** 14(1): 7-22, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n1/03.pdf>

SUS: projeto político de mais de uma geração, processo social em permanente construção

José da Silva Guedes¹

Ao falarmos em “20 anos do SUS” corremos o risco de simplificar, prejudicar a compreensão e omitir fatos ou fases importantes para a sua materialização plena e o seu aperfeiçoamento. Aos 20 anos decorridos desde 1988 deveremos acrescentar provavelmente outros 20 que se iniciaram na década de 60.

Precisamos ainda nos preparar para, talvez, outros 20 anos de consolidação. Os sanitaristas da nossa geração contabilizam uma luta que já têm pelo menos 40 anos.

Olhando a partir das nossas vivências, em São Paulo, nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, nos Departamentos de Medicina Social das Escolas Médicas de nosso Estado e na Faculdade de Saúde Pública da USP, começamos a trajetória talvez em 1968 com a implantação da “Reforma Leser” na Secretaria Estadual de Saúde com a criação dos Centros de Saúde Polivalentes, que permitiram discutir de fato e não apenas em documentos da OMS, coisas importantes como assistência primária, responsabilidade territorial, conselhos populares de saúde e carreira de saúde pública.

Vivíamos desde 1964, um período político extremamente difícil, com os militares no poder, com a imprensa censurada, com perseguições e tortura, mas ainda assim desenvolveu-se um vigoroso movimento político social que tinha certamente muitos componentes.

Um desses componentes foi o “Movimento dos Departamentos de Medicina Preventiva” – o “Movimento das Residências de Medicina Preventiva” e as transformações porque passaram as Faculdades de Saúde Pública da USP e de Manguinhos.

A criação dos Centros de Saúde Escola fez parte desse movimento dando grande contribuição para a preparação de uma nova geração de médicos.

Para nós paulistas, as mudanças em nível federal começam a partir de 1974 com o Governo Geisel e a posse da equipe do Ministro Almeida Machado no Ministério da Saúde, que convidou a participar, dentre outros, colegas como João Yunes, José Carlos Seixas, José da Rocha Carvalheiro, Edmundo Juarez, Edmur Pastorello, Nelson Rodrigues dos Santos, além da ida do Sergio Arouca e da equipe da Medicina Preventiva da Unicamp para a Fiocruz.

O restabelecimento das Conferências Nacionais de Saúde, em particular a V (Conferência Nacional de Saúde) em 1975 que discutiu a Lei do Sistema Nacional de Saúde e permitiu iniciar uma mudança qualitativa no processo de participação nas conferências, aceitando pela primeira vez professores das escolas médicas e de saúde pública.

Em 1975, a Faculdade de Saúde Pública da USP, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde dão início ao chamado “Curso Curto de São Paulo” que em três anos preparou aproximadamente 400 médicos sanitaristas, muitos deles ex-residentes de Medicina Preventiva.

A VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977 pôs em discussão a integração das “redes de serviços de saúde”, a grande briga entre os sanitaristas aliados ao Ministério da Saúde contra os “cardeais” da Previdência Social.

A plenária final dessa conferência recusou a proposta do Governo que era de articular duas redes de serviços, mantendo a dicotomia entre saúde pública e assistência médica individual.

A saída para o Governo foi remeter a decisão final para o ano seguinte após o tema ser debatido em cada um dos Estados pelas Secretarias de Saúde e órgãos do INAMPS.

O movimento acadêmico associativo da área da saúde pública avançava paralelamente. Em 1977 tivemos o “1º Congresso Paulista de Saúde Pública” realizado em conjunto com o “24º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene” – foram realizados em São Paulo e contaram com mais de dois mil participantes (logicamente com a observação muito próxima pelo DOPS).

Em 1976 surgiu o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que reforçou o debate contribuindo para a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979.

A crise aguda da Previdência, no início dos anos 80, levou à criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Dentre os projetos apresentados pelo CONASP (cerca de doze) teve

¹ Médico Doutor pela Universidade de São Paulo e professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

especial relevância o das A.I.S. – Ações Integradas de Saúde que foi implantado em 1983 e que pela primeira vez permitiu convênios entre a Previdência Social e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

É importante frisar que, em 1982, tivemos o retorno da eleição democrática dos governadores e saíram vencedores os líderes dos movimentos democráticos.

Em São Paulo tivemos Franco Montoro como Governador que indicou Mário Covas como Prefeito da capital. Nessa época as mudanças no Governo Federal vão levar Aloísio Sales e logo depois Hésio Cordeiro e equipe para o INAMPS. Já em 1985, Hésio universaliza o pagamento da assistência prestada pelas Santas Casas (“Adeus carteira assinada”).

A ABRASCO passa a ter um importante papel na articulação entre os profissionais de saúde pública atuantes nos serviços e aqueles docentes e pesquisadores nas Escolas Médicas e de Saúde Pública.

A programação de saúde das reuniões anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) nos anos de 84 (36ª) e 85(37ª) foram organizadas pela ABRASCO.

Em 1986 – na 8ª Conferência Nacional de Saúde - a ABRASCO teve um papel político relevante tendo sido o documento de sua Comissão de Política de Saúde: “Pelo Direito Universal à Saúde”, a base das discussões na fase preparatória da Conferência.

Na Comissão Nacional da Reforma Sanitária e nos trabalhos durante a Assembléia Nacional Constituinte é de grande relevância a participação da ABRASCO ajudando a elaborar o capítulo sobre saúde. Nesse período é criada a Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

Desde 1982 e 1988, respectivamente, o CONASS e o CONASEMS são dois novos atores da luta pelo SUS.

O trabalho de integrantes do Movimento da Reforma Sanitária articulado com intelectuais do setor saúde contou com um grupo de congressistas dedicados, que em infindáveis reuniões de negociação conseguiu aprovar o que era o pleito do Movimento Sanitário.

Foi assim que o capítulo da saúde incorporou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, deu relevância pública para as ações de saúde e criou o SUS com ênfase na descentralização, assistência integral e participação comunitária. Terminava assim a figura do indigente e o INAMPS foi integrado ao sistema público de saúde.

A aprovação no período de 1989 a 1990 da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) que dispõe sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde e os papéis atribuídos à União, Estado e Municípios, foi um outro episódio de intensa articulação no Congresso.

Causou perplexidade que uma Lei que alcançara acordo no Congresso fosse atingida por vetos do presidente da República exatamente nos pontos referentes à criação dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Naquele momento era ainda intensa a politização do tema saúde e uma enorme reação da sociedade fez com que fosse aprovada no Congresso a Lei 8.142 de dezembro de 1990, regulando a participação da comunidade no SUS.

A Reforma Sanitária Brasileira decorreu, de um lado, de um trabalho de longo prazo, da negociação conduzida por diferentes atores sociais e, de outro lado, da oportunidade que se abriu com o fim do regime militar que permitiu propor grandes mudanças.

Nossa reforma não foi mais ampla devido à cultura existente, ligada à prática assistencial privatista e ao modelo de saúde suplementar. Após 1991, o SUS vai sofrendo reformas incrementais leves por meio de normas operacionais obtidas por consenso das três esferas de governo ou às vezes na falta de consenso, por “leve pressão” ministerial.

Assim, tivemos as NOB 91, a NOB 92, NOB 93 e NOB 96.

Em 2000, não obstante enormes resistências das forças econômicas contrárias à vinculação de recursos, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, vital para maior aporte de recursos para o SUS, **mas que após 8 anos, ainda não foi regulamentada.**

Em 2001 é aprovada a NOAS 01 que na tentativa de reequilibrar excessos da municipalização, cria os Planos Diretores de Regionalização e Investimentos e introduz a idéia de redes de assistência.

Em 2006 deram-se: o Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esses pactos, além de introduzirem o sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estendem a discussão sobre a atenção à Saúde para além dos limites setoriais.

Assim, o SUS **criado** pela Constituição Federal de 1988, que teve origem em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70 vem se recriando permanentemente por reformas acordadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

O SUS tem registrado grandes avanços conforme atestam os indicadores de saúde e inúmeras pesquisas de satisfação e cobertura populacional.

“A celebração desses avanços não deve, contudo, restringir-se a ações autolaudatórias porque, se o SUS é uma solução engenhosa, apresenta ainda, muitos desafios a enfrentar. O SUS não deve ser visto como um problema sem solução, mas como uma

solução com problemas.” (BRASIL, 2006).

São vários os desafios para a consolidação do SUS, tais como: a universalização, a necessidade de um modelo de atenção mais adequado, o modelo institucional, a necessidade da melhoria na gestão do trabalho, mas, sobretudo o grande desafio, o que nos estrangula, que é o desafio do financiamento. Nenhum país com proposta de sistema de saúde público e universal (Reino Unido, Suécia, França, Canadá, Itália, por exemplo) tem uma participação do gasto público menor do que 70%.

No Brasil o percentual do gasto público na saúde em relação ao total é de 45%. Nos últimos anos, todo o trabalho organizativo e burocrático necessário levou um grande contingente de gestores da saúde a uma discussão muito mais interna ao setor e muito mais dirigida aos problemas técnicos. Foram sendo reduzidas a articulação e a mobilização dos outros setores.

Quanto mais institucionalizado estiver o processo de tripartite, bipartites, colegiados regionais, maior é o risco de não promover o envolvimento dos parlamentares e dos movimentos sociais que podem ser os grandes aliados do SUS.

No momento não contamos com outras propostas ou mecanismos para ampliar os recursos financeiros destinados à saúde, além da Emenda Constitucional 29.

A regulamentação da EC 29 tem pelo menos dois aspectos importantes:

- 1) corrigir distorções na vinculação dos recursos da União.
- 2) definir de forma precisa o que são ações e serviços de saúde.

O primeiro deve aumentar o aporte de recursos da União e o segundo evitar uma burla por parte de Estados e Municípios. A experiência vivida nesses 8 anos de luta pela regulamentação da EC 29 tem mostrado nossa debilidade no enfrentamento das demais forças e grupos de interesses no Congresso.

“O SUS vem perdendo a batalha de comunicação com a sociedade brasileira” (BRASIL, 2006)

Creio que precisamos convocar novamente a sociedade e lhe mostrar o SUS que temos suas limitações, suas qualidades, e o SUS que achamos que nosso povo merece.

Só uma grande mobilização social que pressione o Congresso é que pode nos levar ao sucesso.

Referência Bibliográfica

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf

Financiamento da Saúde

Adib Domingos Jatene¹

O capítulo “Financiamento da Saúde” tem sido, muitas vezes, abordado de forma inadequada, partindo-se do pressuposto de que as deficiências do setor são predominantemente de gestão. Pessoas com representatividade, do próprio setor, chegam a afirmar que o principal problema reside na forma como os recursos são administrados.

Este enfoque parece desconhecer o que ocorreu nos últimos 60 anos, e que transformou radicalmente o País. Eu sou testemunha e participe dessas transformações, já que ingressei na Faculdade de Medicina da USP em 1948.

Havia três tipos de pacientes:

1- os **indigentes**, representados por população urbanizada, sem emprego formal, acrescidos pelos trabalhadores da zona rural, que não tinham direito a qualquer cobertura. Eram atendidos em Santas Casas e em hospitais públicos universitários ou não;

2- o contingente de trabalhadores urbanos, com **emprego formal**, atendidos pelos vários Institutos de previdência e assistência social;

3 - pacientes **particulares** que cobriam os gastos com recursos próprios.

Este último tipo de clientela permitiu que se improvisassem as chamadas Casas de Saúde que, com o tempo, evoluíram para hospitais, atendendo, inclusive, clientes da Previdência, onde não havia hospitais próprios. Esta, por sua vez, remunerava de forma adequada. A consulta médica, por exemplo, custava seis unidades. A unidade era 1% do salário mínimo.

Nesses últimos 60 anos ocorreram alterações importantes no País, que impactaram fortemente o setor saúde. Nesse período enfrentamos modificações demográficas, epidemiológicas, ecológicas e tecnológicas, com profundas repercussões em todas as áreas, particularmente, na da saúde. Para melhor compreensão considerarei 3 períodos, cada um com 20 anos.

A Saúde no período 1948 a 1968

Entre 1948 e 1968, o País recém havia saído de um regime autoritário, representado pelo Estado Novo de Vargas, e ingressado no sistema democrático, rompido em 1964, por novo regime autoritário.

Nessa fase, como os Institutos de Aposentadoria praticamente ainda não tinham aposentados, acumulavam grande volume de recursos aplicados em boa parte para promover assistência a saúde de seus associados. Como a Capital Federal era no Rio de Janeiro, os Institutos de cada categoria profissional construíram grandes hospitais, que representavam, junto de alguns hospitais universitários, o que de melhor existia no País. Nesse período, 62% dos leitos hospitalares no Rio eram públicos, sendo que em São Paulo, apenas 9% dos leitos hospitalares eram do setor público. Toda a assistência médico-hospitalar e ambulatorial, à massa trabalhadora com carteira assinada, era de responsabilidade da Previdência Social, que contratava serviços em todo o País.

É desse período o ingresso do Brasil, embora com 200 anos de atraso, na revolução industrial. Grupos de empresas multinacionais, que aqui se implantavam para cumprir o plano de metas do Presidente Juscelino Kubitschek (1956-1971), como a indústria automobilística, a eletroeletrônica, a naval e outras, estimularam uma urbanização acelerada e incrementaram tanto a economia formal quanto a informal. É desse período o início da concentração de renda e agravamento da desigualdade social, com grandes parcelas de população morando em áreas sem a infra-estrutura necessária. Consolidavam-se os três tipos de clientela: indigentes, previdenciários e particulares, aos quais foi acrescido um novo contingente, representado por sistemas de pré-pagamento. Inicialmente **medicina de grupo**, patrocinada pelas grandes empresas aos seus funcionários, e a seguir as **cooperativas médicas, a autogestão e o seguro saúde**.

A parcela sob responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e municipais era a vigilância epidemiológica e sanitária, o combate as endemias, as imunizações, bem como alguns serviços verticalizados contra

¹ Médico Cardiologista, Ex-Ministro da Saúde do Brasil.

certas afecções como hanseníase, tuberculose, saúde mental, doenças infecciosas, e a puericultura. As emergências eram responsabilidade dos municípios.

Toda a assistência médico-hospitalar e ambulatorial, da grande massa trabalhadora, era custeada pela Previdência Social, que abrangia os assalariados urbanos. A população urbanizada, que era minoria em 1950 (34%), já atingia no final do período mais de 54% da população do País. Hoje, ultrapassa 83%.

O maior volume de recursos aplicados em Saúde era da Previdência Social e não dos órgãos de Saúde.

O Sistema de Saúde no período 1968 a 1988

Entre 1968 e 1988 seguimos com fortes transformações no setor saúde. A Assembléia da OMS, em **Alma Ata**, consagrou a ênfase no atendimento primário. Os **Institutos** da Previdência foram **unificados** no INPS e criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social), que unificou o comando antes exercido em cada Instituto para sua categoria profissional. Ao mesmo tempo, ocorreu reforma administrativa que encerrava a carreira de servidor em chefe de seção. Com exceção de algumas áreas, todos os demais cargos da hierarquia passaram a ser de confiança e de livre provimento. Criaram-se seis categorias do chamado DAS, eliminando-se o concurso de acesso aos cargos de mais responsabilidade e melhor remunerados, que garantiam a **meritocracia**, e simultaneamente estes cargos foram entregues à **barganha política**.

Ao mesmo tempo, decidiu-se incorporar os rurais à Previdência Social e, em consequência, no Sistema Público de Saúde, representado pelo INAMPS.

A esta altura, os militantes da Saúde, pleiteavam a unificação do setor, estendendo a cobertura para os não previdenciários e pleiteando outras medidas, através do que se convencionou chamar de **Reforma Sanitária**.

Entre a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no auditório do Itamarati, em 1980, ainda sob o regime militar, e a 8ª realizada no Ginásio de Esportes de Brasília, em 1986, já na recuperação do sistema democrático, consagrou-se a hegemonia do grupo da reforma sanitária. O relatório da 8ª Conferência serviu como roteiro à elaboração do capítulo da Saúde na nova Constituição.

O Sistema Único de Saúde no período de 1988 a 2008

De 1988 a 2008 vivemos a fase que consagrou a **saúde como direito do cidadão e dever do Estado**, oferecido como um direito constitucional e sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Pela primeira vez toda a população tinha direito à saúde, que devia ser financiada pelo Estado, e se pleiteava a unificação do setor nas instâncias da saúde, transferindo-se todas as instalações e responsabilidade da Previdência Social para os órgãos da saúde, seja Ministério ou secretarias estaduais e municipais. Consagrava-se a política de Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo. Entretanto, estabeleceu-se que a atividade era livre, e a iniciativa privada deveria atuar em caráter complementar.

Estava decretado um verdadeiro *apartheid* na área da Saúde. O setor privado, que já trabalhava com o sistema de pré-pagamento, ampliou sua atividade e, bem ou mal, suporta a rede privada, que assumiu toda a moderna tecnologia, invertendo a posição e assumindo a excelência que era da rede pública.

O setor público passou a ser único (SUS), com comando único em cada esfera de poder, e tendo como metas a descentralização a nível municipal e participação popular.

A tarefa dessa magnitude em país federativo, pluripartidário, com eleições a cada dois anos, que geram conflitos e deixam sequelas, foi enfrentada, chegando-se a estruturação que harmonizou uma verdadeira política pública.

Temos os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, os Fundos de Saúde das três esferas de governo e as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais, que permitiram a forte participação social, com grandes contribuições à organização e modulação do sistema.

Duas instâncias permitem discussão e homologações das decisões. São as Comissões Intergestoras, Bipartites e Tripartites, responsáveis pelos ajustes necessários dentro de programação integrada.

Foram organizadas as agências reguladoras e implantados, progressivamente, programas como o dos Agentes Comunitários e Saúde da Família.

Toda essa atividade coincidiu com grande aumento da clientela, já que a saúde passou a ser **“direito do cidadão e dever do Estado”**, incorporando toda a população.

A unificação de todas as ações nas instâncias da saúde foram implementadas, sendo o INAMPS transferido para o Ministério da Saúde, e as superintendências, regionais, que tinham mais recursos que as Secretarias Estaduais, tiveram todo seu acervo transferido para essas Secretarias e, também, para os municípios. Cumpria-se a unificação tão desejada do setor saúde, consolidando-se o SUS.

Só que a transferência do INAMPS se fez em um primeiro momento, em 1990, com metade dos recursos que ele dispunha, e em segundo momento, em 1993, todo o recurso da Previdência Social foi retirado.

O argumento utilizado foi o grande aumento do número de aposentados e a inclusão dos rurais, que passaram a consumir toda a arrecadação previdenciária e até a obrigar a busca de recursos complementares no orçamento da União.

A consequência foi uma redução de mais de 50% dos recursos, então utilizados pelo setor saúde, e o desinteresse da área econômica de atender a sua necessidade financeira.

O que aconteceu com os hospitais públicos no Rio de Janeiro, que eram motivo de orgulho, atesta o drama que se abateu sobre o setor.

Quando em 1995, assumi o Ministério, os recursos disponíveis representavam 22% da seguridade social, o que nos levou a propor e aprovar a CPMF. Em 1998, eu já não era ministro, mas com a arrecadação da CPMF sendo incorporada, o orçamento do Ministério da Saúde representava 18% do orçamento da seguridade e, em 2007, representava 14%. Os recursos federais são decrescentes em valor real, enquanto a população aumentou mais de dois milhões de pessoas por ano, e a tecnologia incorporada cresceu como nunca antes, e vem sendo exigida pela população.

Apesar disto foram cobertos pelo SUS mais de doze milhões de internações, perto de 400 milhões de consultas, a maioria dos procedimentos de alta tecnologia como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise a totalidade dos transplantes de órgãos, o atendimento aos afetados por Aids, sem paralelo no mundo. O programa de imunizações permitiu erradicar a poliomielite e o sarampo, bem como tornar marginais as doenças preveníveis por vacinação. Mantém-se e acentuam-se o combate às endemias e se conseguiu grande redução da mortalidade infantil e materna, tudo com um esquema financeiro sabidamente deficitário.

E depois, temos que ouvir que o problema não é de recursos, mas sim de gestão, sugerindo que o melhor desempenho do setor privado se deve à gestão. Esquecem-se de dizer que o setor privado trabalha com volume de recursos superior a quatro vezes o que o setor público dispõe, e se esquecem de dizer que muitos gestores do setor privado vieram do setor público.

Considerações finais

Considero uma façanha o desempenho do setor público, e não hesito em afirmar que se ele dispuser de um esquema financeiro compatível com suas atribuições o desempenho poderá ser grandemente melhorado.

Aceito que a gestão em todo o setor público, não só na saúde, pode ser aprimorada, o que não consigo aceitar, é comparar um setor razoavelmente financiado, como o privado, com setor equivalente sabidamente subfinanciado.

A própria Emenda 29, aprovada há 8 anos, ainda não regulamentada, não permitiu corrigir a deficiência, e não impediu os desvios de parte dos novos recursos aportados para outras áreas, que nunca foram atribuição da saúde.

SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde

Gastão Wagner de Sousa Campos¹

Introdução

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde provocou uma expansão significativa da rede de serviços. Este crescimento aumentou a intervenção do Estado na saúde, tanto por meio da prestação direta do cuidado, quanto por formas indiretas como a compra de serviços e funções de regulação do mercado (Elias, 2004). Observe-se, contudo, que este movimento de estatização do setor vem ocorrendo de modo concomitante com a predominância, na sociedade brasileira e no mundo, de um discurso a favor do mercado e pelo afastamento do Estado da economia e das questões sociais.

Constituir-se neste meio hostil produziu cicatrizes e deformações no SUS, a exemplo do financiamento insuficiente, da ausência de uma política razoável de pessoal e da não realização de uma reforma sistêmica do modelo de organização e de gestão do pedaço do Estado denominado SUS. Considere-se ainda que o Estado brasileiro, mesmo após a promulgação da Constituição de 1988, não superou o funcionamento patrimonialista, ao contrário, reforçou-se a tendência à busca de governabilidade utilizando-se do leilão de postos de gestão segundo lógica distante da competência específica necessária a cada setor ou programa.

Reflexões sobre o SUS com base na tradição dos sistemas socializados

Esta situação paradoxal vem produzindo resultados igualmente paradoxais quando se avalia o impacto do SUS sobre o direito à saúde. Ampliou-se o acesso dos brasileiros às vacinas e a outras formas de cuidado, entretanto, há ainda resultados pífios quando se compara a sobrevida de pacientes brasileiros com câncer com aquela alcançada em países com sistemas nacionais assemelhados ao nosso, conforme indica pesquisa recente coordenada pelo professor Michel Coleman, da London School of Hygiene and Tropical Medicine. O que seria encontrado caso se investigasse a hipertensão arterial, diabetes ou até mesmo tuberculose?

O SUS filia-se à tradição iniciada na primeira metade do século 20 quando vários países europeus instituíram o direito à saúde, a ser assegurado por meio de políticas públicas. Algumas voltadas para determinantes sociais do processo saúde e doença, outras dirigidas diretamente para a atenção à saúde, tanto em seus aspectos preventivos quanto de assistência. É curioso observar que estes sistemas nacionais, todos com amplo grau de estatização do cuidado, resistiram à sanha privatista dos últimos trinta anos. Esta tradição prosperou, mesmo durante o auge do neoliberalismo, porque, desde o Informe Dawson (OPS, 1966), de 1920, baseava-se em uma requintada engenharia social. Em realidade, inventou-se uma mistura de política, gestão e reforma do paradigma médico vigente com razoável capacidade para produzir resultados favoráveis à saúde da população. É verdade que estas políticas exigiram importante investimento público, ainda que suportáveis à dinâmica de cada um dos países que foram adotando estas reformas sanitárias. Esta nova cultura sanitária desenvolveu a gestão e o planejamento muito para além da mera administração hospitalar ou da compra de serviços pelo Estado ao setor privado.

Michel Foucault (2008) analisando a transformação do liberalismo em neoliberalismo, no fim do século 20, constatou a inexistência de uma "arte de governar socialista". Segundo ele, para fugir à racionalidade capilar do mercado, o comunismo utilizou um modelo de gestão e de planejamento bastante embasado em estratégias do denominado estado autoritário, a saber, exacerbação do controle social em todas as esferas da vida social. O abrandamento destas formas totalitárias de governo não passou pela invenção de um novo modelo de gestão do Estado, ao contrário, sempre significou um retorno ao mercado, às vezes principalmente no âmbito econômico, vide caso chinês; outras, de maneira mais ampla, com retorno ao sistema capitalista, como na Rússia e no leste europeu.

Pois bem, esta constatação do filósofo francês deveria ser tomada com cuidado quando pensamos no caso da saúde. Para a saúde, acredito, inventou-se uma arte de governar que tem permitido a sistemas estatais funcionarem com desempenho social satisfatório. A cultura sanitária dos sistemas nacionais vem constituindo um campo de

¹ Médico sanitário e professor titular de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.

conhecimento inovador e que tem sido, inclusive, recomendado para outras políticas públicas. Todas as reformas sanitárias do século 20 tiveram como diretrizes o direito à saúde, que seria assegurado por meio de uma rede de serviços, ordenados de maneira sistêmica, organizados em níveis de complexidade (invenção da atenção primária), de forma a assegurar atenção integral. A integralidade sanitária implicava em sistema que articulasse as tradições da Saúde Pública com a da clínica. O financiamento e a prestação de serviço seriam públicos; intervenção do Estado, portanto. No Brasil, se fez uma reforma considerada tardia, a partir de 1988, acrescentaram-se algumas diretrizes novas a esta cultura, a saber: a descentralização com o município sendo a célula básica do sistema e ainda o conceito de gestão participativa e de controle social do governo pela sociedade civil.

Pois bem, levanto a hipótese de que no Brasil, apesar de o SUS inspirar-se claramente nesta tradição quando de sua constituição discursiva e legal, não fomos ainda capazes de sustentar, no concreto, a maior parte de suas recomendações e diretrizes. Isto explicaria, em minha opinião, grande parte dos percalços e dificuldades com resultados sanitários mais equânimes e amplos.

Examinemos alguns dos elementos desta tradição. Uma das inovações destas políticas foi o conceito de socialização ou de nacionalização dos serviços de saúde; ou seja, considerava-se, explicitamente, que a atenção à saúde deveria ser protegida da lógica de mercado. Para isto, hospitais, clínicas e programas de saúde passaram ao controle e gestão do Estado. Desde a 8ª. Conferência Nacional de Saúde optou-se por omitir este elemento de nossa política. Alegaram-se razões táticas de correlação de forças – médicos e hospitais privados e filantrópicos impediriam a reforma caso houvesse estatização, isto prejudicaria seus interesses – além de argumentos de conteúdo ideológico – o Estado seria mal gestor em princípio. Neste contexto, optou-se por dar prosseguimento à tradição do Estado brasileiro de realizar compra de serviços ao mercado, por contratos e convênios. Trazendo para dentro do SUS toda a cultura do antigo INAMPS, uma forma de gestão precária, voltada para a dimensão contábil e segundo regras da oferta de mercado. Como resultado temos hoje um sistema distinto dos paradigmáticos sistemas inglês (Tanaka e Oliveira, 2007) ou canadense, nos quais concessões ao interesse médico e a cultura liberal foram realizadas na atenção primária, já que no sistema deles o médico generalista conservou um modelo de organização com importante grau de autonomia, ainda que com formas de regulação e de gestão eficazes. No Brasil, existe uma atenção primária absolutamente estatal e organizada segundo um planejamento centralizado – o Estado brasileiro indica quem será o médico ou equipe de cada família ou cidadão –, e um predomínio da lógica de mercado e da prestação privada no atendimento hospitalar e especializado. No Canadá e na Grã-Bretanha os hospitais são estatais e estão organizados em redes regionais.

Esta diferença genealógica agravou-se ao longo destes vinte anos em virtude do argumento, de origem neoliberal, sobre a suposta incapacidade constitutiva do Estado de gerir serviços. A moda hoje, entre intelectuais da saúde, é admitir que no Brasil temos e teremos, para a eternidade, um “mix privado público”. Isto quando, na maioria dos países, reconhece-se a impossibilidade de se deixar o cuidado à saúde preso à lógica do mercado!

Este caminho de conservação da gestão privada no setor hospitalar e de atenção especializada talvez explique a impossibilidade, política e cultural, verificada quanto a construção de um novo modelo organizacional ou de gestão para as organizações estatais do SUS. As soluções oferecidas por vários governos têm implicado em alguma forma de retorno do estatal à racionalidade privada de funcionamento: refiro-me à invenção das fundações privadas de apoio, às organizações sociais e afins.

Provavelmente, em virtude desta origem diferente, o SUS não tem conseguido, apesar de sua denominação, constituir-se em um “sistema”. A integração em rede é precária, em decorrência a regionalização vem acontecendo de maneira insuficiente para assegurar o cuidado eficaz à saúde. Na tradição dos sistemas nacionais a regionalização ocorre com referência a territórios e populações. Em cada região constitui-se um gestor único, com autoridade para governar atenção básica, saúde pública, programas e hospitais. O SUS vem se organizando por subsistemas verticais: assim funciona a rede de atenção básica, estratégia de saúde da família e outras; assim opera o programa de saúde mental, AIDS, etc. Os hospitais sequer se compõem em rede, e não foram integrados à gestão do SUS de um modo satisfatório. Em geral, predomina a compra de serviços. Infelizmente esta lógica impera em relação a serviços privados e filantrópicos, mas também em relação a outros estatais: sejam universitários ou pertencentes a estados e municípios. As experiências de contrato de gestão, ainda incipientes, destinadas a alguns segmentos – universitários principalmente – vêm procurando atenuar esta fragmentação.

Neste sentido o SUS é um “mix” entre o velho modelo de mercado e, em pequena medida, algum controle sistêmico pelo Estado. Com certeza a diretriz da municipalização, bem como a característica federativa do Estado brasileiro, vem agravando esta fragmentação. O pacto de gestão interfederativo e a constituição de Colegiados de gestão regionais representam um esforço para atenuar os malefícios decorrentes deste processo histórico.

Deixo explícito que estou me valendo da tradição dos sistemas socializados de saúde para criticar a história do SUS. Significa um modo de ver apenas, não a verdade absoluta. Entretanto, acredito, seria conveniente considerar estas evidências históricas, construindo justificativas para cada singularidade que cometermos, já que há certo

consenso mundial sobre a superioridade destas experiências sobre a tradição liberal ou de mercado prevalente nos Estados Unidos da América e, em grande medida, no Brasil, apesar da política oficial denominada SUS.

Em todos estes países houve confronto – conflito, oposição – entre a política oficial e o discurso médico hegemônico. Isto porque faz parte desta tradição alterar tanto o processo de trabalho quanto o paradigma com que se pensa e se pratica o cuidado à saúde. Quanto à organização do trabalho, observou-se, nestes países, mudanças importantes na forma de remuneração, na relação profissional e usuários, bem como na relação interdisciplinar e com outros setores. Em geral, estes processos combinaram autonomia com integração dos médicos e demais profissionais em redes e sistemas de compromisso, alterando radicalmente o modelo liberal de prática. Já me referi a composições e concessões que vários sistemas realizaram com esta tradição, algumas cedendo a pressões corporativas, outras no interesse dos pacientes e familiares. De qualquer forma, abriu-se um período de conflito e de negociação explícita entre trabalhadores e o projeto reformista. No Brasil, tem se evitado a explicitação destas diferenças e, portanto, não se gerou, em vinte anos, um entendimento nacional sobre como organizar-se o trabalho em saúde. Ao contrário, constato, nos últimos anos, uma tendência do movimento médico em confrontar-se com o SUS com a intenção de retomada da lógica de mercado na prestação de serviços. E isto sem que os governos apresentem opções razoáveis de reordenamento do trabalho segundo uma lógica sistêmica, interdisciplinar e ampliada.

Outra linha de enfrentamento refere-se aos denominados paradigmas. Modos para reduzir a “medicalização”, ampliando o grau de autonomia da sociedade, famílias e pessoas com relação às instituições de saúde. Maneiras para ampliar os mecanismos de intervenção sobre os “determinantes sociais” do processo saúde e doença: defesa das pessoas e do planeta. No Brasil, avançamos na estratégia de saúde da família e nos programas de saúde mental e AIDS, nos quais importante reformulação e ampliação do trabalho em saúde vem se realizando. Entretanto, perdemos espaço na saúde pública e não avançamos na lógica da atenção hospitalar e de outras especialidades. A saúde pública no Brasil, em uma perspectiva discursiva mudou radicalmente: virou Saúde Coletiva. Na prática do SUS, contudo, a saúde pública passou a se denominar vigilância em saúde, conservando o paradigma reducionista e autoritário da velha saúde pública. A saída estaria na Promoção, apresentada como novo paradigma? Quanto a hospitais e serviços especializados sequer criou-se a “tensão paradigmática”, conforme Luiz Odorico Andrade (2006) classifica os longos períodos de convivências de várias escolas e linhas de pensamento e de prática.

Resumindo, acredito que a reforma sanitária brasileira não conseguiu ainda co-construir uma cultura e sujeitos com capacidade de análise e de intervenção à altura da complexidade do setor saúde. A expansão do setor público no cuidado à saúde não se acompanhou de um desenvolvimento harmônico da capacidade de gestão e de construção de novos projetos. A política e o estado brasileiro estão aquém do que seria necessário para concretizar a existência de um sistema nacional de saúde. Não existe política e gestão sem pessoal, sujeitos, logo...

Referência bibliográfica

- ANDRADE, L O M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
- ELIAS, P E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva** 18 (3): 41-46, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>
- FOUCAULT, M. **O nascimento da Biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2008.
- OPS/WHO – Dawson Report (Informe Dawson). **Publicación Científica** número 93. Washington/DC/EUA; fevereiro de 1964.
- TANAKA, O Y; OLIVEIRA, V E. Reforma(s) e estruturação do Sistema Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade** 16 (1): 7-17, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>

SUS 20 Anos: um recorte da minha participação

Marta Salomão¹

Minha participação na construção do SUS vem da vida universitária em Botucatu. Tendo iniciado a Faculdade de Medicina, numa escola pública, em 1968, participei intensamente do movimento estudantil e logo me interessei pela Saúde Pública, tendo como mestra, Cecília Magali, e tendo como leitura artigos de Carlos Gentile de Mello e de Samuel Pessoa. Na minha formatura, em 1973, surpreendi meu pai, que esperava que eu fosse ginecologista, com a notícia que faria residência médica em Saúde Pública, junto de Neide Takaoka, hoje diretora do Instituto Pasteur.

Foram necessários mais de cinco anos para que ele entendesse e aceitasse minha opção. Assumi como médica sanitária na segunda gestão Leser (1975-1979), no nível central na Coordenadoria de Saúde da Comunidade em 1976, momento importante em que foi efetivada a reforma administrativa da SES, com a implantação dos Centros de Saúde e dos programas de saúde. O CIAM (Convênio de Integração de Atividades Médicas) foi firmado com a Previdência Social, com a cessão de “consultórios médicos ociosos” para atendimento dos previdenciários e em contrapartida recebíamos recursos para reformas e equipamentos. Com estes recursos foram adquiridas refrigeradores para vacinas, autoclaves, arquivos, etc que ainda encontramos em várias unidades de saúde do Estado. Nessa efervescência convivi com pessoas brilhantes que marcaram minha atuação, como o professor **Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida, Dr. Gilberto Ribeiro Arantes, Maria Luiza Salum Caporali, Zilah Abramo**, entre outros. No primeiro semestre de 1976 foi iniciado o “curso curto para formação de sanitários” que até 1982 formou mais de quatrocentos médicos sanitários que marcaram a saúde pública paulista e brasileira, como **Davi Capistrano, Emerson Merhy, Eduardo Jorge Alves Martins Sobrinho**, entre outros. Com a entrada maciça de sanitários na SES, revitalizamos a Associação dos Médicos Sanitários do Estado de São Paulo, que além de agregar estes profissionais na luta por um sistema universal, regionalizado, descentralizado e com participação da população, participou da luta pela democratização do país.

Vivemos momentos duros no governo de Paulo Maluf. Salários aviltados, perseguição política, mas tivemos avanços pelo brilhantismo do **Prof. Adib Jatene**, secretário da Saúde, que **inovou** com seu discurso sobre a necessidade de mais recursos para atender as necessidades da população em unidades de saúde e hospitais. Nessa época estive na chefia do Centro de Saúde da Lapa e do Distrito de Osasco. Neste distrito fizemos um trabalho interessante com os sanitários da área, com elaboração de protocolos para atendimento médico pediátrico e de ginecologia. Em parceria com o **Dr. Pedro Paulo Chieffi**, do Instituto Adolfo Lutz (IAL), investigamos e constatamos, pela primeira vez, a transmissão da esquistossomose na região de Osasco.

Com a pressão popular do Movimento de Saúde da Zona Leste o Prof. Adib priorizou essa região, e fui então convidada para trabalhar no nível regional, na área de planejamento, para implantar as Unidades de Saúde do “Projeto São Mateus”. Em um ano foi posto em funcionamento mais de 20 UBS, com aquisição de equipamentos, admissão e capacitação de servidores, aluguel de prédios para funcionamento das unidades, enquanto era realizada a construção.

Com o Governador **Franco Montoro** (1983-1986), pudemos “respirar” e iniciar um período democrático na saúde de nosso Estado, sob a coordenação do **Prof. João Yunes**.

Em 1983, por motivos familiares, voltei para São João da Boa Vista, como diretora do Distrito Sanitário e pude ser observadora participante das profundas modificações que ocorreram na saúde, no Estado de São Paulo, iniciadas com propostas pequenas, mas que foram embrião da entrada dos pequenos municípios no atendimento à saúde como, por exemplo, o convênio para que todos municípios paulistas tivessem médicos. São João, nessa época, era subordinado à Regional de Campinas, liderada pelo sanitário Luiz de Oliveira Cecílio.

Iniciávamos a discussão da municipalização das ações de saúde, da necessidade de criação de carreira de saúde pública multiprofissional e de nova reforma administrativa, quando foram criados os ERSAs (Escritórios Regionais de Saúde) cujas direções passaram a ser cargos em comissão e não mais na Carreira de Sanitário. Nesse momento avalio que faltou mais discussão e participação dos sanitários para encontrarem novas funções para a carreira, em

¹ Médica Sanitarista

órgãos de planejamento, epidemiologia, etc. Perdemos a carreira de médico sanitaria e não conseguimos criar até hoje nada que a substituísse. Acompanhei, de longe, a criação do Programa Estadual de Aids, pioneiro em nosso país, coordenado por **Paulo Teixeira**, meu colega de turma.

A municipalização da Saúde, em 1988, na gestão **Pinotti**, mesmo antes da criação do SUS, possibilitou grande avanço na assistência em nosso Estado, com triplicação do número de unidades básicas, garantia de altas coberturas vacinais, aumento da população com assistência básica, mas ainda era necessário garantir outros níveis de assistência ambulatorial e de assistência hospitalar. Cabe lembrar que, antes do SUS, somente os trabalhadores com carteira assinada tinham garantia de assistência médica. Nessa época de transição foi realizado convênio SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), quando compartilhamos com o INAMPS a gestão dos recursos de saúde em nosso Estado.

Novamente os salários da SES estavam aviltados, convivíamos com inflação diária e numa greve de servidores da SES, grande parte dos sanitaria perderam suas chefias em unidades de saúde e foram transferidos para outros locais. Foi o fim da carreira dos médicos sanitaria em São Paulo.

Como estava no interior não tive problemas. A partir dessa data não houve mais mobilização dessa categoria e muitos foram para a Universidade, alguns procuraram outro trabalho para completar a renda. Poucos continuaram em tempo integral na SES. Nesse período fui gestora do SUS regional, com boa equipe de servidores e pudemos conduzir o processo de descentralização, com respeito e solidariedade para com os gestores municipais.

Com a Constituição de 88 a Saúde passa a ser direito do cidadão e dever do Estado, coordenada pelo Sistema Único de Saúde e tendo como princípios a Universalidade, Integralidade da Assistência, Autonomia da Pessoa, Igualdade, Direito à Informação, utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades. As diretrizes da Descentralização com direção única em cada esfera de governo e da participação da comunidade completam o SUS, que foi a maior política pública executada no país. Mas o financiamento do SUS não foi contemplado desde o seu início e é ainda hoje, mesmo com a Emenda Complementar 29, um grande problema. A regulamentação dessa Emenda está parada quase cinco anos no Congresso Nacional e não é votada por interesses dos economistas do governo federal.

Em 1990 estive por um ano na Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e pude acompanhar a primeira grande epidemia de dengue, no Estado, o que me levou a ter certeza que o dengue não será resolvido pela Saúde, a não ser que a vacina apareça, mas para controlá-lo é necessário à participação de toda a sociedade.

Por fim, após vários anos na construção do SUS na região de São João da Boa Vista, decidi ter minha experiência municipalista e por oito anos dirigi a Saúde de minha cidade, sob o comando do prefeito Laert de Lima Teixeira. Tivemos muito trabalho, pois assumimos uma cidade com poucos recursos, com dívidas, com a saúde desestruturada e minha grande satisfação foi formar, ou melhor, permitir a formação de vários servidores municipais que continuam na luta pela construção do SUS. Particpei ativamente no Conselho de Secretários de Saúde do Estado de São Paulo, nos colegiados do SUS, quando encontrei outros profissionais também dedicados à construção do SUS, como **Gilberto Natalini** e reencontrei antigos sanitaria, como **José Ênio Sevilha Duarte e Aparecida Linhares**. Neste período São Paulo, sob a gestão do **professor Guedes**, com o COSEMS, realizou-se a descentralização do SUS, tendo os municípios como gestores, em cumprimento à NOB-96. Anteriormente apenas os municípios que estavam em gestão simplificada, cerca de 20, no estado eram considerados, de fato, gestores, recebendo recursos fundo a fundo.

Finalizando, recebi o convite do secretário **Luiz Roberto Barradas** para dirigir o Instituto Adolfo Lutz e honrada, aceitei. Estou aprendendo muito com os pesquisadores e servidores desta Casa centenária, que muito já fez pela Saúde Pública e que vem fazendo na vigilância em saúde. Continuo participando da construção do SUS, preocupada com a falta de equidade financeira, com a não regulamentação da Emenda 29 e com a necessidade de formação de novos quadros de “militantes do SUS”. Mas, otimista com os resultados da descentralização da saúde e com o compromisso dos municípios e Estado no enfrentamento de novos desafios que surgem a cada dia.

BR-101

Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho¹

A saída da ditadura militar para a democracia no Brasil em 1988 se deu de forma pacífica através da Assembléia Constituinte.

Na nova Constituição Brasileira a seção saúde foi uma das mais abrangentes e consequentes. O Sistema Único de Saúde (SUS) criado é, em verdade, a vanguarda de uma **reforma** do Estado brasileiro.

Mas reforma em que direção?

Em primeiro lugar, na direção do direito universal do acesso a atenção à saúde. Também foi a primeira política pública a acreditar na descentralização administrativa e participação social **para chegar perto de onde o povo vive**. O trabalho intersetorial com outras políticas públicas, a atenção integral, o financiamento público e a execução mista, utilizando serviços estatais, privados lucrativos e filantrópicos completam a orientação inovadora da proposta constitucional.

Quais os resultados?

Costumo comparar a implantação de SUS a uma viagem por terra partindo do Estado de São Paulo para a cidade de Natal ou João Pessoa. São mais de 3.000 km.

Onde estamos 20 anos depois?

Já passamos de Vitória e estamos chegando ao Sul da Bahia. Andamos mais de 1.000 km, porém faltam outros 2.000 km.

No SUS de hoje a mãe que leva uma criança a uma Unidade Básica de Saúde e ainda enfrenta uma fila tem razão de reclamar, porém os que estudam os indicadores e êxitos do SUS neste período têm obrigação de **defender os méritos** dos nossos esforços nestes 20 anos. É preciso ser justo com o esforço do Brasil nesta área.

Ainda precisamos andar 2.000 km, porém o importante é manter o rumo apontado pelos constituintes de 88, ou seja, não abandonar a BR-101 por atalhos duvidosos e sem sinalização.

¹ Médico sanitarista.

Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde “Walter Leser”



Cláudia Carnevalle

Em comemoração aos 20 Anos do SUS no Estado de São Paulo, foi instituída pelo Decreto nº. 53.337, de 21 de agosto de 2008, a Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde “Walter Leser”, destinada a galardoar pessoas e entidades, nacionais ou estrangeiras que, no campo da gestão pública da saúde, se hajam distinguido de forma notável ou relevante e tenham contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo - SUS/SP.

Homenageados com a Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde Walter Leser

Adib Jatene

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1953. Ex-ministro da Saúde do Brasil. Atuou como cirurgião no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia da Secretaria de Estado da Saúde contribuindo significativamente com inovações e tecnologia na área de cardiologia, além de ter 346 trabalhos científicos editados em revistas indexadas. o Professor Dr. Adib Jatene é membro de 32 sociedades científicas no mundo e recebeu 178 títulos e honrarias em mais de dez países. E em 1998 foi admitido na Ordem Nacional do Mérito Científico na classe Grã-Cruz.

Carmen Cecília de Campos Lavras

Médica, com atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas desde 1977, na formulação do Plano de Saúde de Campinas. Como secretária de Saúde de Campinas(1994 a 1996), reorganizou o modelo de assistência com introdução do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências, desenvolvimento de políticas estratégicas nas áreas de Recursos Humanos, Informação, Assistência Farmacêutica e Tecnologia em Saúde. Contribuiu para renovação do modelo de gestão com a 3ª Conferência Municipal de Saúde e coordenação do processo de descentralização da gestão municipal com a consolidação das Coordenadorias Regionais de Saúde, a reestruturação do Fundo Municipal de Saúde, entre outras ações estratégicas para reforço de atuação do governo de Campinas.

Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho

Médico sanitário e ex-parlamentar. Especialista em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) (1974 e 1975) e em Saúde Pública (1976) na Faculdade de Saúde Pública da USP. Foi deputado estadual por um mandato e federal, por quatro vezes, pelo Partido dos Trabalhadores (1983-2003). É co-autor da legislação constitucional sobre Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) e autor ou co-autor de leis que regulam os medicamentos genéricos, o planejamento familiar e a esterilização voluntária; de leis de vinculação de recursos orçamentários para o SUS e de restrição ao uso do amianto, bem como da lei orgânica da assistência social. Por duas vezes foi secretário municipal de Saúde de São Paulo: no governo de Luiza Erundina, entre 1989 e 1990, e no início da gestão de Marta Suplicy, de 2001 a 2002. Em 2003 filiou-se ao Partido Verde, e desde 2005 é secretário do Verde e do Meio Ambiente do município de São Paulo.

Gastão Wagner de Sousa Campos

Médico pela Universidade de Brasília (1975) e especialista em Saúde Pública (1977) e em Planejamento do Setor Saúde pela Universidade de São Paulo (1978), mestre em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1986), É doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1991). É professor titular da Universidade Estadual de Campinas, membro de corpo editorial das revistas Trabalho, Educação e Saúde, e de Ciência & Saúde Coletiva. Atua particularmente nos seguintes temas: antitaylorismo, democracia em instituições, gestão de instituições.

Gilberto Tanos Natalini

Médico cirurgião-geral, especialista em gastrocirurgia e membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva. Foi secretário de Saúde do Município de Diadema - SP de 1997 a 2000, e no mesmo período presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), e também presidente do CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Coordenou a Secretaria Executiva da rede de Secretários Municipais de Saúde das Américas, eleito no III Congresso de Secretários Municipais de Saúde, em Quebec-Canadá (2000).

Atuante desde 1970, com participação em movimentos populares, vem se desempenhando com notável expressão como membro de diversas comissões nas áreas de saúde e promoção social, entre outras. É vereador pelo município de São Paulo desde 2006 e Líder da Bancada do PSDB na Câmara Municipal desde fevereiro de 2008.

Gonzalo Vecina Neto

Médico com mestrado em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. Em 1998-1999 foi secretário nacional de Vigilância Sanitária, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 1999 a 2003. Secretário Municipal de Saúde de São Paulo entre 2003 e 2004. De 2005 a 2007 atuou como consultor da Presidência da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), e atualmente é superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês.

José Carlos Seixas

Médico, sanitário, administrador hospitalar e doutor em Saúde Pública pela USP, têm curso de Planejamento em Saúde pelo Centro de Estudios de Desarrollo (Cendes) da Organização Pan-americana de Saúde, no Chile. Professor da FSP desde 1964, lecionou na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, nas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) de São Paulo e na Escola Nacional de Saúde Pública, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro. Atuou no Ministério da Saúde (ocupou o cargo de ministro interinamente, em várias ocasiões, entre 1974 e 1996) e no Ministério do Trabalho, na Secretaria do Planejamento da Presidência da República e exerceu a função de coordenador de pesquisa de Desenvolvimento Social em Saúde do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Ocupou diversos cargos de direção, desde 1969, no governo do Estado de São Paulo, tendo sido Secretário Adjunto de Saúde, entre 2000 e 2001, além de ter coordenado a Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) em 1997. Hoje, é assessor de gabinete da Secretaria de Estado da Saúde.

José da Rocha Carvalho

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1961); Professor Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP desde 1963, Livre-Docente (1975), Professor Adjunto (1980) e Professor Titular (1987) no Departamento de Medicina Social. Aposentado da USP exerce a Vice-Presidência da Fundação Oswaldo Cruz, e coordena o Projeto Inovação em Saúde. Membro da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), sendo seu atual presidente, e foi até março de 2007 editor científico da Revista Brasileira de Epidemiologia. Membro do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Vigilância Sanitária. Tem contribuído na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, particularmente nos seguintes campos: epidemiologia, AIDS, ciência, tecnologia e inovação em saúde, políticas de desenvolvimento de vacinas e imunobiológicos.

José Ênio Servilha Duarte

Médico sanitarista, docente da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Presidente da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM), Secretário adjunto e Chefe de Gabinete da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, Secretário Municipal de Saúde de Marília, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) e atualmente Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

José da Silva Guedes

Graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1961), especialista em Higiene e Saúde Pública (1963) e doutor em Saúde Pública (1973) também pela USP. É professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e leciona Bioestatística, Epidemiologia, Saúde Pública, e Ciências Sociais aplicadas à Medicina. Desde 2004 é presidente da comissão de estudos sobre o Hospital Vicentina Aranha.

Marta Lopes Salomão

Médica sanitarista graduou-se na Faculdade de Medicina de Botucatu em 1973, foi presidente da Associação de Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo. Trabalhou na antiga Coordenadoria de Saúde da Comunidade, no Centro de Saúde da Lapa, no Distrito Sanitário de Osasco, na diretoria de Estudos e Programas do DRS-5 (Guarulhos); foi diretora do Distrito Sanitário, do ERSA, da Vigilância Epidemiológica e da Diretoria Regional de Saúde de São João da Boa Vista, e também da Diretoria Regional de Saúde de Campinas. Foi superintendente da SUCEN em 1990-1991. Secretária Municipal de Saúde de São João da Boa Vista (1997 a 2004) e diretora do COSEMS-SP no mesmo período. É diretora do Instituto Adolfo Lutz (IAL) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desde 2007.

Maria Cecília Marchese da Mota Azevedo Corrêa

Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, especialista em Saúde Pública e Administração de Serviços Hospitalares e Serviços de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Ingressou como médica sanitarista na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1978, foi diretora – presidente da Fundação Oncocentro de São Paulo – FOSSP, de maio de 1999 a 2003, coordenadora de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – CCTIES, de 2005 a 2007; no Ministério da Saúde coordenou a área de Alta Complexidade da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS, de 1992 a 2004 e atualmente é coordenadora das Demandas Estratégicas do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Nelson Rodrigues dos Santos

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1961) e doutor em Medicina (Medicina Preventiva) pela USP (1967). Especialista em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública da USP). Foi Professor Titular de Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina, Consultor da OPAS/OMS, professor de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, membro titular de 36 bancas examinadoras de Teses de Doutorado, de 22 Dissertações de Mestrado e de 26 concursos públicos. Assumiu funções de direção no sistema público de saúde, nos

níveis municipal, estadual e nacional. Atualmente é professor colaborador da Universidade Estadual de Campinas e presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), e dedica-se às seguintes áreas: Desenvolvimento do SUS, Controle Social no SUS e políticas públicas na área social.

Otávio Azevedo Mercadante

Médico, pela Faculdade de Medicina da USP, mestre em Saúde Pública e livre-docente pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Foi diretor do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda na cidade de São Paulo e desde 2003 é diretor técnico do Instituto Butantã da Secretaria de Estado da Saúde. Em 2002 recebeu por Decreto da Presidência da República o título de Grande Oficial da Ordem de Mérito Médico. Em 2002 foi membro do Conselho do Centenário da Organização Pan-Americana de Saúde e membro da Equipe de Transição do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Em 2001 recebeu a Medalha do Ano Centenário do Instituto Butantã.

Ricardo Oliva

Médico, especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Doutor em Medicina na área de Administração de Ciência e Tecnologia pela Universidade de São Paulo. Exerceu vários cargos públicos entre eles coordenador de Saúde do Interior da Secretaria de Saúde de São Paulo, dos centros de Vigilância Sanitária, e de Vigilância Epidemiológica, do Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRT- AIDS) e do Fomento de Educação e Imunização em Massa (FESIMA). Foi, ainda, coordenador de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, diretor de Alimentos e Toxicologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entre outros. **Integrou o Conselho Deliberativo da Fundação para o Remédio Popular (Furp) de 1995 a 1997, e desde 2007 é superintendente desta fundação.** Fundação para o Remédio Popular.

SSEES
SUS20
CP

AGENDA SES/SP - Novembro de 2008



20 ANOS SUS, realização Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, dias 3 e 4 de novembro de 2008. . Local: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, sito à Rua Coronel Nicolau dos Santos , 69 Bela Vista



II MOSTRA SES/SP

II Mostra SES, realização Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, dias 3 e 4 de novembro de 2008. . Local: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, sito à Rua Coronel Nicolau dos Santos, n.º 69 , Bela Vista.



Rede Integra Rh , realização Coordenadoria de Recursos Humanos. "Ciclo de Palestras para Socialização do Conhecimento" - Criação de uma Rede que Incorpora Conhecimentos e Experiências. Local Auditório Musolino – Av. Dr. Arnaldo , 351 – Térreo . Contato: Mostrases@saude.sp.gov.br. Tel: (11) 3066-8445.



Seminário Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS-SP) 2004-2007 - dias 12 e 13 de novembro de 2008, no Auditório do Hospital Dante Pazzanese.

Inscrições: <http://www.isaude.sp.gov.br/?cid=143>

Simpósio Internacional Medicamento: conhecimento, mercado e direito. Realização Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, nos dias 24 e 25 de novembro 2008. Local: instituto de ensino e pesquisa do hospital sírio libanês, sito à Rua Coronel Nicolau dos Santos, n.º 69 - Bela Vista.

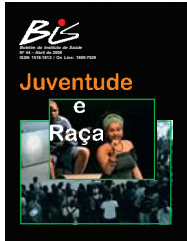
Lançamento de livro. I Mostra SES/SP – 2007: experiências inovadoras na Gestão da Saúde do Estado de São Paulo. Dia 3 de novembro na II Mostra SES/SP

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

Rua da Mooca, 1921 São Paulo SP
Fones: 2799-9800 - 0800 0123401
www.imprensaoficial.com.br

BIS - números editados



n° 44 - Juventude e Raça



n° 43 - Saúde Bucal



n° 42 - Tecnologia e Autonomia em Saúde



n° 41 - Saúde, Cultura e Subjetividade



n° 40 - Juventudes e Vulnerabilidades



n° 39 - Humanização em saúde III



n° 38 - Memória e História da Saúde em São Paulo



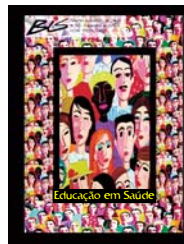
n° 37 - Programa de Saúde da Família



n° 36 - Humanização em Saúde II



n° 35 - Ética em Pesquisa



n° 34 - Educação em Saúde



n° 33 - Violência em Saúde



n° 32 - Qualidade de Vida e Saúde



n° 31 - Raça, Etnia e Saúde



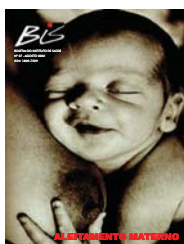
n° 30 - Humanização da Saúde



n° 29 - Ciência e Tecnologia em Saúde



n° 28 - Um Olhar sobre os 12 anos do SUS



n° 27 - Aleitamento Materno



n° 26 - SISVAN

Edições disponíveis no site www.isaude.sp.gov.br



SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
TRABALHANDO POR VOCÊ

SUS ESP 20