

# Um Testemunho Sobre a Edificação do SUS

Carmen Cecília de Campos Lavras<sup>1</sup>

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 Tobar<sup>2</sup> e a liderança de Arouca<sup>3</sup>, 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)<sup>4</sup> da FCM.

Como monitora do LEMC, aprofundi 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.

<sup>1</sup> Médica sanitarista.

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 Mascelani<sup>5</sup> 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 Márcio<sup>6</sup> e Tomassini<sup>7</sup> 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 Nelsão<sup>8</sup>, 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,

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Márcio José de Almeida, à época, Secretário de Saúde de Londrina.

<sup>7</sup> Hugo Coelho Barbosa Tomassini, à época, Secretário de Saúde de Niterói.

<sup>8</sup> 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.

### **Ensinamentos 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, considere 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*<sup>9</sup>, 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, dividi-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.

<sup>9</sup> 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 tem três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.