



Minha participação no SUS

Iramaia Aparecida Luvizotto Colaiacovo*

Parece que faz muito tempo e, por outro lado, parece que foi ontem. Lançando um pouco de luz à memória, retorno ao ano de 1986, quando residia em Cerquilha (no interior paulista) e participei do processo de construção do sistema de saúde local desde sua concepção. Com o apoio do Escritório Regional de Saúde (ERSA)¹ de Tatuí, iniciou-se a transformação de um município de pequeno porte, que possuía o centro de saúde como único equipamento público da área, gerenciado pelo governo estadual, e a Santa Casa.

Os Escritórios Regionais de Saúde foram unidas de gerência regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) que exerciam o papel de articulação da política de saúde na busca de organizar a assistência na região. Era por meio da Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) que se exercitava a condução do processo de planejamento e coordenação de todo o setor de saúde regional, em diálogo com representantes de diversos níveis. A meu ver, foi o momento em que, na maioria dos municípios, realizou-se o primeiro diagnóstico de saúde, a primeira conferência de saúde, a instalação do primeiro conselho municipal de saúde, o primeiro plano municipal de saúde, e foram implantadas as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

Nesse período, efervescia o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), uma das etapas

que antecederam o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estrutura tinha como proposta romper com a cisão entre curativo e preventivo, previdenciário e não previdenciário, por meio de integração de serviços e expansão de capacidade de solução dos problemas de saúde mais próxima das pessoas.

Esse foi o início da minha trilha no SUS, entre planejar, articular e executar. Permaneci como coordenadora municipal de saúde de 1986 até 1991. Durante esse período, passei pela gestão de dois prefeitos de partidos diferentes e testemunhei a possibilidade de dar continuidade ao “projeto” de um sistema descentralizado, com os pilares de universalidade, integralidade, acessibilidade, equidade, quando alicerçados pelo planejamento com participação social. Estive nos Encontros de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo realizados em Bauru, Santos e Santo André pela Associação Sebastião de Moraes – que posteriormente passou a Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/SP) – conhecendo e aprendendo com gestores e técnicos dispostos a interagir, trocar e se engajar na descentralização de fato, aprimorando a gestão e buscando conquistar a autonomia e o financiamento com repasse fundo a fundo, extinguindo o modelo de poder centralizado, um dos grandes desafios de então.

Em 1992, senti a necessidade de ampliar minha experiência local bem-sucedida para a condução regional, na perspectiva da gestão estadual no ERSa de Tatuí, apoiando os municípios a ele vinculados. Já estávamos com dois anos da Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/1990), que regulamenta o SUS, e transitávamos para sua implantação com a aplicação das

* Enfermeira, graduada pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes (1976) com Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1977), mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2006) e especializações *lato sensu* em Saúde Pública, Saúde do Trabalhador e Gestão da Atenção à Saúde.

¹ Criados em 1986, os ERSAs antecederam os atuais Departamentos Regionais de Saúde (DRS), divisões territoriais de natureza político-administrativa da SES-SP.

Normas Operacionais Básicas (NOB). Em decorrência das alterações que foram ocorrendo no processo de descentralização, por meio da ampliação da adesão dos municípios em assumir a gestão da saúde, ocorreu, no nível estadual, a alteração na estrutura da SES-SP. Nesse momento foram extinguidos os ERSA e criadas as Diretorias Regionais de Saúde (DIR).

Assim, houve um agrupamento do que correspondia aos antigos ERSA, ampliando as áreas de abrangência e a presença estadual nessas regiões, agora com as DIR. Foi quando me transferi para a DIR de Sorocaba, onde permaneci até 2000. Essa reorientação do nível regional teve o objetivo de dar ao estado um novo papel, menos executor e mais voltado para o planejamento, apoiando os municípios e a regulação do sistema com vistas a dar racionalidade ao sistema, com escala e organização.

A edição da NOB 01/96 deu destaque ao incentivo e à valorização da atenção básica, momento em que foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB), com peso significativo no valor das transferências federais aos municípios. Isso ampliou os compromissos e favoreceu o reordenamento dos sistemas locais de saúde, mesmo que ainda no formato de adesão, quando muitos municípios se estruturaram, se fortaleceram.

Ainda havia, porém, muita desigualdade na oferta de serviços e no acesso, cabendo ao nível estadual equalizar essas diferenças e fomentar a cooperação entre os municípios no planejamento de ações e serviços, de modo a otimizar os recursos. Um instrumento de programação das ações de saúde para a integração intermunicipal foi a Programação Pactuada Integrada (PPI), instituída pela mesma NOB. Entretanto, não houve continuidade no estado de São Paulo, e um dos motivos pode ser atribuído à troca dos gestores municipais durante sua elaboração.

Nessa fase, eu havia passado pela experiência no setor de planejamento na DIR de Sorocaba e me transferido para a Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI), na SES em São Paulo. Lá, continuei na área de planejamento, alargando a visão das diferenças regionais, buscando, juntamente com outros profissionais e gestores, meios para possibilitar a equidade entre

as regiões, com ampliação do acesso. Nesse período foi retomado o processo de elaboração da PPI, dessa vez orientado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), nos anos de 2001 e 2002. Tal processo reafirmou a PPI como instrumento de planejamento na busca da distribuição das ações de saúde integral com equidade, mas que também não pode ser implementada, pois a programação realizada a partir das necessidades levantadas demandou um aporte significativo de novos recursos financeiros, muito além da pactuação com os recursos existentes.

Da Coordenadoria da Saúde do Interior no nível estadual, posteriormente Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS), passei por nova experiência na Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Nesta, participei da implantação do Pacto pela Saúde e da PPI com total remodelação, a PPI possível.

De toda essa minha trajetória, destaco a experiência na confecção da PPI no estado. O processo teve início em 2007, com a criação de um grupo bipartite, do qual fiz parte, composto por técnicos e representantes dos gestores estadual e municipais. Esse grupo tinha a atribuição de conduzir o processo de orientação das etapas da PPI, a qual foi se construindo em diversas estratégias e diretrizes até as etapas de operacionalização, passando por aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A realização de uma PPI possível se deu baseada nos acertos e erros assimilados nas PPI anteriores, que não foram concluídas, na conjuntura de fortalecimento das Regiões de Saúde e na dinâmica dos Colegiados de Gestão Regional.

O espaço principal de discussões políticas – a negociação, a programação e a pactuação – era o dos Colegiados de Gestão Regional. Neles se buscava dar respostas às necessidades de cada região. Uma vez identificadas as não atendidas, estas entravam em discussão nas macrorregiões.

Por meio do grupo da PPI bipartite e da participação de técnicos convidados, foram produzidas diversas ferramentas de apoio à construção de parâmetros, de levantamento e disponibilização de séries históricas de produção registradas e de criação de um sistema de programação municipal, com consolidação regional,

macrorregional e estadual. Muitas dessas ações eram desencadeadas simultaneamente.

Como estratégias de divulgação, orientação para as dinâmicas regionais de programações e pactuações foram realizados seminários, oficinas de trabalho regionais e macrorregionais em várias etapas, até atingir as pactuações entre as regiões, que, quando esgotadas, seguiam entre as macrorregiões. O período de elaboração e desencadeamento da PPI foi de grande mobilização. E, a meu ver, serviu de base para instrumentalizar a regulação, as Redes de Atenção à Saúde, reduzir as desigualdades regionais no acesso às ações e aos serviços de saúde de média e alta complexidade, além de auxiliar na análise para alocação mais justa de recursos federais e estaduais.

Em 2010, emergiu uma oportunidade de vivenciar a dinâmica regional com as Regiões de Saúde de Campinas, como diretora técnica do Departamento Regional de Saúde, e, em 2011, do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo. Enquanto gestora estadual no território, dentro da complexidade das funções, me dediquei a exercer o papel de conduzir as políticas de saúde com enfoque na regionalização,

coordenando as redes de atenção à saúde, cuidando da garantia de acesso com regulação, em articulação permanente junto aos gestores municipais de saúde, com participação e coordenação das reuniões dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Comissão Intergestores Regional (CIR).

De volta a Cerquillo, como gestora municipal encontrei uma rede básica estruturada, acreditada pela população, com a atenção básica consolidada. Voltei a participar do Cosems, do CGR e pude reativar a valorização da participação e controle social, mobilizando os usuários para as conferências de saúde nas abrangências das unidades básicas de saúde e na realização da Conferência Municipal de Saúde, com ampla participação.

Nesse tempo de vida, posso me considerar uma colaboradora do SUS participante da sua implantação, evolução e consolidação; testemunha de sua maturidade, força e resistência, reflexão e crítica diante dos avanços e das dificuldades. E foi por meio do SUS que encontrei muitas pessoas memoráveis com as quais tive a oportunidade de aprender e crescer, além de trocar experiências e conhecimentos.