

BIS

Boletim do Instituto de Saúde
Volume 24 - Edição Especial - Outubro 2023
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



SUS São Paulo

35

anos

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 - Bela Vista
São Paulo-SP - CEP 01314-000
Tel: (11) 3116-8500
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Eleuses Paiva

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Pesquisa e
Desenvolvimento para o SUS-SP
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde - BIS

Volume 24 - Edição Especial - Outubro 2023
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação Semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 500 exemplares
Rua Santo Antonio, 590 - Bela Vista
São Paulo-SP - CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500

Instituto de Saúde - www.isaude.sp.gov.brPortal de Revistas da SES-SP-<https://periodicos.saude.sp.gov.br>

Editor
Samuel Antenor

Organizadoras
Cláudia Malinverni
Claudia Vieira Carnevalle

Grupo de trabalho 35 anos do SUS
Renilson Rehem
Aniara Nascimento Corrêa Santos
Claudia Vieira Carnevalle
Maria Cristina C L Balestrin de Andrade
Magali Vicente Proença
Mariana Baleeiro Martins Carrera
Paulo Henrique D' Angelo Seixas
Vanessa Almeida Ruiz

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Evelyn Karla Lira Viana

Administração
Bianca de Mattos Santos

Bibliotecária
Tania Izabel de Andrade

Revisão e editoração eletrônica
Tikinet

Impressão
Gráfica Jocean

Conselho Editorial

Alberto Pellegrini Filho - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Alexandre Kalache - The New York Academy of Medicine - Nova York – EUA

Cláudia Malinverni - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Ernesto Báscolo - Instituto de la Salud Juan Lazarte – Universidad Nacional de Rosario – Rosario-Argentina

Fabiana Santos Lucena - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Francisco de Assis Accurcio - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Luiza S. Heimann - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Marco Meneguzzo - Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Maria Lúcia Magalhães Bosi - Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Maria Thereza Bonilha Dubugras - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Mariana Tarricco Garcia - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Monica Martins de Oliveira Viana - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Monique Borba Cerqueira - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos - Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães - Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Sonia I. Venancio - Ministério da Saúde – Brasília-DF – Brasil

Tereza Etsuko da Costa Rosa - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Tereza Setsuko Toma - Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Sumário

Editorial	3
Os marcos históricos da celebração das conquistas e ampliação do diálogo para a integração e ganho da capacidade da Gestão estadual do SUS-SP	
Aniara Nascimento Corrêa Santos, Claudia Vieira Carnevalle Renilson Rehem de Souza.....	4
O legado de Walter Leser nos 35 anos do SUS	
Claudia Vieira Carnevalle	10
Luiz Roberto Barradas Barata	
Rita Barradas Barata	12
A incomum doutora Núbia Virgínia	
Wilson Constantino de Araujo Filho, Nídia Regina D'Ávila Limeira de Araujo, Isabela D'Ávila Limeira de Araujo, Ana Freitas Ribeiro.....	13
Paulo Eduardo Mangeon Elias	
Aniara Nascimento Corrêa Santos, Renilson Rehem de Souza	18
Regina Marsiglia: uma radical articuladora na construção do SUS	
Patrícia Martins Montanari, Paulo Henrique D'Ángelo Seixas, Danielle Bivanco-Lima.....	20
Das mãos das mulheres para o Sistema Único de Saúde: arraigando a integralidade do cuidado em saúde na adolescência	
Albertina Duarte Takiuti	24
Minha trajetória no SUS-SP e adjacências	
Álvaro Escrivão Junior	28
35 anos do SUS, desafios atuais e futuros	
Ana Luiza d'Ávila Viana	33
Saúde é direito de todos	
Ana Maria Malik	38
Uma vida inspiradora: o engajamento e o legado de Elza Lobo nos movimentos sociais e humanitários	
Claudia Vieira Carnevalle	42
Profissão vivida no SUS	
Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda	47
Percepções de uma trajetória pelas frestas do passado	
Fátima Palmeira Bombarda	51

Butantan e o SUS: uma história de luta a serviço da vida de todos os brasileiros	
Esper Georges Kallás	55
A Construção e a consolidação do SUS com gestão e responsabilidade	
Geraldo Reple Sobrinho	59
A tecnologia pode ajudar o SUS a salvar vidas	
Giovanni G. Cerri	63
Minha participação no SUS	
Iramaia Aparecida Luvizotto Colaiacovo	68
Santa Marcelina Saúde, gestão administrativa e assistencial, um modelo integral e eficiente a serviço do SUS	
Rosane Ghedin	71
Sistema Único de Saúde: avanços e desafios	
Jorge Harada	74
35 anos de SUS – Perspectivas	
José Dínio Vaz Mendes	77
O SUS em São Paulo: breve contexto	
Luiza Sterman Heimann	81
SUS 35 anos: contexto e perspectivas	
Neide Miyako Hasegawa	85
Trajatória do SUS em São Paulo e atuais desafios	
Nelson Ibãñez	87
Desafios para o SUS ao completar 35 anos	
Olímpio J. Nogueira V. Bittar	90
Sistema Único de Saúde – presente, passado e futuro	
Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka	94
A contribuição da iniciativa Todos pela Saúde ao SUS	
Paulo Chapchap	97
SUS: O desafio do acesso universal à saúde em um Brasil desigual	
Renato Tasca	101
Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde “Walter Leser”	
Claudia Vieira Carnevalle e Aniara Correa	105

Editorial

Celebrando histórias que transformaram a saúde

Ao longo dos 35 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), jornada que tem sido marcada por desafios e conquistas grandiosas, é um privilégio e uma honra trazer até você esta Edição Especial do *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*. Mais do que celebrar o SUS, com esta publicação trazemos à luz os homenageados com a Medalha Walter Leser e as histórias desses indivíduos extraordinários, cuja dedicação à gestão pública foi fundamental para moldar a saúde pública paulista.

Aqui registramos, em primeira pessoa, as contribuições excepcionais que têm sido o alicerce sobre o qual se ergueu o SUS, indiscutivelmente uma das mais abrangentes e inclusivas políticas sociais da história do Brasil. Esses homenageados são profissionais, gestores, ativistas, pessoas que, ao longo de três décadas e meia, dedicaram seu tempo, sua paixão e seu conhecimento para que, efetivamente, os brasileiros de São Paulo tivessem acesso a um sistema universal e equânime, promotor de saúde e de dignidade para todas e todos.

Mais do que um testemunho dos marcos e eventos que distinguiram a construção do SUS, esta edição especial é um mergulho profundo nas experiências pessoais, nas lutas e nas vitórias dessas pessoas, que contribuíram, de várias formas, para o aprimoramento do SUS em São Paulo e no Brasil. Cada história é um capítulo inspirador que ilustra a resiliência, a inovação e a perseverança necessárias para o enfrentamento dos enormes desafios do setor de saúde, em constante evolução.

Ao longo das próximas páginas, você encontrará relatos comoventes e instigantes, nos quais os laureados com a Medalha Walter Leser narram suas jornadas pessoais e profissionais, repletas de momentos de superação, de genuína colaboração e incansável dedicação ao SUS. Cada história é importante e comovente em si mesma, porque destaca a atuação conjunta, e muitas vezes solidária, entre profissionais, comunidade e governo, sempre com ênfase na ideia germinal do SUS, qual seja, a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A celebração do passado que edificou o SUS é também esteio que sustenta nosso olhar para o futuro. Dito de outro modo, nesse momento de reflexão e reconhecimento, renovamos nosso compromisso de apoiar um sistema de saúde inclusivo, eficiente e de qualidade, que honre o legado dos pioneiros e continue a inspirar as gerações futuras. Estamos profundamente gratos aos homenageados. Ao compartilharem suas histórias conosco, elas e eles nos lembraram de que, em cada vitória do SUS, há uma história de perseverança e resiliência que merece ser contada.

Quando, juntos, olhamos para frente, inspirados por essas trajetórias, renovamos nossa crença no poder da colaboração e da determinação para construir políticas públicas. Esta edição especial é a prova de que, no estado de São Paulo, esse caminho sedimentou um sistema de saúde sólido, justo e abrangente.

Eleuses Paiva
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo



Os marcos históricos da celebração das conquistas e ampliação do diálogo para a integração e ganho da capacidade da gestão estadual do SUS-SP

Aniara Nascimento Corrêa Santos*, Claudia Vieira Carnevalle**, Renilson Rehem de Souza***

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, representou um marco nas políticas públicas e, de modo especial na saúde pública do Brasil, assegurando o direito universal à saúde e promovendo o acesso igualitário a serviços de qualidade para toda a população.

Entre 2007 e 2009, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) desenvolveu um conjunto de ações orientadas à ampliação da capacidade da gestão estadual do SUS, considerando três elementos estruturantes: a regionalização do sistema, a inovação na gestão pública em saúde e a gestão do conhecimento. Toda essa construção ficou evidente por diferentes frentes de ação: o trabalho articulado que orientou a base de operacionalização do Pacto pela Saúde, estimulando a estrutura da própria secretaria a se organizar de forma matricial para viabilizar a construção e implantação dos programas que compuseram o Plano

Operativo, bem como diferentes estratégias de gestão do conhecimento. Estas se materializaram por meio de cooperação que envolveu visitas técnicas nacionais e internacionais, seminários temáticos e internacional, mostra de experiências, feira com stands para socialização do trabalho das diferentes coordenadorias de saúde, instituição da medalha “Walter Leser” e publicações em formato de livro e revista científica.

Resgatando brevemente a história desse movimento, para contribuir com o registro da construção do SUS no estado de São Paulo, apresentamos uma síntese desse processo no marco dos 20 anos do SUS, e como se estabelece relação com o “Movimento 35 anos do SUS-SP”.

A I Mostra SES-SP aconteceu em 28 de novembro de 2007, com o objetivo de ativar e propiciar um espaço para a participação de todos que fazem parte do fazer do SUS, no âmbito da gestão estadual. A programação contou com:

*Graduação em fisioterapia e mestrado em ciências da saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Especialização em administração hospitalar (Hospital das Clínicas/FMUSP), em sistemas de saúde (Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – FGV EAESP), em processos educacionais em saúde com ênfase em metodologias ativas (Hospital Sírio-Libanês) e em crack, álcool e outras drogas (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – IPq/HC/FMUSP). Foi diretora do Grupo de Apoio ao Desenvolvimento Institucional da SES-SP; participou da coordenação da especialização em gestão em saúde e do Programa de Formação de Professores e Educadores do Hospital Sírio-Libanês; foi professora do curso de medicina da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid), na residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química do IPq/HC/FMUSP. Docente de diversos cursos de formação e especialização, trabalha com a formação docente e metodologias ativas de aprendizagem há mais de 15 anos. Foi coordenadora de projetos educacionais do Centro Colaborador no IPq/HC/FMUSP. Atualmente, é consultora de projetos de gestão e educação ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS; facilitadora de experiências colaborativas e docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ).

**Graduação em psicologia, mestrado em saúde coletiva na Santa Casa de São Paulo; pós-graduação em violência na saúde (ENSP/Fiocruz) e em psicodrama pedagógico (Faculdade Padre Anchieta); doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças

(CCD/SES-SP). Docente e pesquisadora na Universidade São Judas – ÂNIMA na área de psicologia e saúde pública; curadora da Core Curriculum – Saúde Integral e Ampliação da Consciência e Subjetividade e Modernidade; consultora de projetos sociais nos temas de prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Servidora pública estadual há 26 anos, na área de gestão em saúde pública; atualmente é diretora técnica de saúde III, do Grupo de Planejamento e Avaliação da CCD/SES-SP

***Graduação em medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestrado em administração de saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ); especialização em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e em planejamento de recursos humanos pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Ocupou vários cargos na administração da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e também no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); foi secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (1998 a 2002) e secretário adjunto de Saúde do estado de São Paulo (2007 a 2009). Em parceria com a Organização dos Estados Americanos (OEA), prestou consultorias para o Conass e organismos internacionais, como a Opas, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial. Comendador da Ordem do Rio Branco (2000) e Grande Oficial da Ordem do Mérito Médico (2002). Governador do Distrito Federal, em 13 de dezembro de 2018. Atualmente, é consultor da Opas, prestando assessoria à SES-SP coordenando o Projeto de Regionalização da Saúde.

- 19 expositores divididos em stands:
 - I) Polo tecnológico: FURP, Dose Certa, Instituto Dante Pazzanese, Instituto Butantan;
 - II) Ampliação do acesso da população e melhoria do atendimento nos serviços de saúde, humanização e ações para populações vulneráveis;
 - III) Controle de doenças;
 - IV) Estrutura da SES, com oito coordenadorias: Geral de Administração; Recursos Humanos; Planejamento em Saúde; Regiões de Saúde; Controle de Doenças; Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde; Serviços de Saúde; Gestão de Contratos de Serviços de Saúde;
 - V) Publicações na SES-SP.
 - VI) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); e
 - VII) Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).
- Apresentação de 41 trabalhos distribuídos em 8 comunicações orais, organizadas em salas simultâneas: “Ampliação do acesso da população e aperfeiçoamento da qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde”; “Sistemas de informação, regulação e auditoria”; “Controle de riscos, doenças e agravos prioritários no estado de SP”; “Estratégias de melhoria dos processos organizacionais”; “Humanização nos serviços de saúde”; “Desenvolvimento e pesquisa em saúde”; “Serviços e Ações de saúde para segmentos de populações vulneráveis” e “Sistema de informação, regulação e avaliação”.
- Sessão de pôsteres, com 130 trabalhos aprovados pela banca examinadora.

Toda mostra foi desenvolvida a partir de um processo inclusivo e democrático que possibilitou a inscrição de projetos e ações dos territórios regionais e do nível central. A avaliação dos trabalhos foi realizada por uma banca examinadora pautada pelos seguintes critérios: pertinência para os eixos temáticos, caracterização adequada do problema, pertinência para a gestão da SES-SP, potencial de inovação, coerência entre objetivos e ações propostas, previsão de mecanismos para mensuração de avaliação de impacto, resultados alcançados, potencial de disseminação da experiência/

ação e capacidade de orientar futuras estratégias e ações em gestão do SUS.

Em seguida, de 28 a 30 de novembro de 2007, foi realizado seminário internacional “Inovações na gestão do setor saúde”, no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, na capital paulista. O evento teve a participação de aproximadamente 500 profissionais da gestão pública em saúde de São Paulo e objetivou fazer um resgate histórico dos primeiros 20 anos de Sistema Único de Saúde, bem como os avanços e desafios para sua implementação.

Ao longo dos três dias do evento, foram realizados painéis, palestras e mesas-redondas, que abordaram uma gama diversificada de tópicos, de políticas de prevenção até inovações tecnológicas na área da saúde. A representação de experiências internacionais contou com palestrantes de várias partes do mundo: Nicarágua, Panamá, Equador, Itália, Espanha, França, Argentina, Inglaterra, Portugal e Canadá, que, em conjunto com os convidados nacionais, proporcionaram debates em torno dos temas:

- Tendências e reformas dos sistemas de saúde;
- Inovações na gestão de serviços de saúde;
- Planejamento e regulação na formação de recursos humanos;
- Processo de implementação do Pacto pela Saúde e do Plano Estadual da SES-SP;
- Desafios e resultados da gestão da assistência farmacêutica;
- Produção tecnológica da SES-SP: tendências e desafios; e
- Garantia e ampliação do acesso dos serviços de saúde: integração e regionalização.

Em 2008, várias iniciativas marcaram a comemoração dos 20 anos do SUS. Nos dias 8 e 9 de maio, aconteceu o I Simpósio de Internacional de Gestão em Recursos Humanos, que abordou e compartilhou novas ideias e experiências no campo da gestão do trabalho e educação em saúde. Para atingir esse objetivo, o evento contou com a presença de convidados internacionais – Canadá, Catalunha e Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Espanha) – e nacionais –, Ministério da Saúde, Conass, Conselho de Secretarias Municipais

de Saúde (Cosems/SP), Agência Nacional de Saúde (ANS), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) e outras secretarias estaduais de saúde, Petrobrás, Opas e Secretaria de Gestão Pública do estado de São Paulo.

Os principais temas abordados no encontro foram:

- Os desafios e fixação da força de trabalho nos sistemas de saúde;
- Desafios da descentralização na gestão do trabalho;
- Gestão integrada em organizações complexas;
- Competências para a gestão nos sistemas e serviços de saúde; e
- Cooperação Sul-Sul: experiências em gestão do trabalho em países da Região Andina.

Várias iniciativas ocorreram ao longo daquele ano, em virtude desse movimento de celebração e reflexão coletiva:

- 20 anos SUS – realizado pela SES-SP, entre 3 e 4 de novembro de 2008, no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês;
- II Mostra SES – realizado pela SES-SP, entre 3 e 4 de novembro de 2008, no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês;
- Rede Integra RH – realizado pela Coordenadoria de Recursos Humanos. Criou-se uma rede que incorpora conhecimentos e experiências. Local Auditório Musolino – Av. Dr. Arnaldo, 351 – SES-SP;
- Seminário Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS-SP) 2004-2007, realizado entre 12 e 13 de novembro de 2008, no Auditório do Hospital Dante Pazzanese;
- Simpósio Internacional Medicamento: conhecimento, mercado e direito. Realizado pela SES-SP, entre 24 e 25 de novembro 2008, no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; e
- Lançamento do livro I Mostra SES-SP – 2007: experiências inovadoras na gestão da saúde do estado de São Paulo, em 3 de novembro, durante a Mostra SES-SP.

Seguindo as celebrações, o seminário internacional “20 Anos do SUS” e a II Mostra SES-SP aconteceram entre outubro e novembro de 2008. O seminário foi idealizado com base nos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade (princípios doutrinários)

e regionalização, hierarquização, descentralização e participação social (princípios organizativos) –, tendo como tema central “Estrutura jurídica do SUS”. Conseqüentemente, os principais painéis de discussão abordaram esses conceitos, com a expectativa de que diálogos resultassem em ideias e propostas que pudessem orientar futuras ações e diretrizes do sistema público de saúde. As mesas de debate foram compostas por participantes brasileiros e estrangeiros.

Além dessas discussões, o seminário também previu momentos de reconhecimento e homenagens inesquecíveis. Os prêmios “Conhecendo o SUS”, destinado a universitários, e “O SUS que dá certo”, direcionado às secretarias municipais de saúde, tiveram como objetivo destacar e valorizar trabalhos de alta qualidade e relevância para o sistema público de saúde e para a população. A SES-SP, em colaboração com municípios, instituições e sociedade em geral, procurou promover iniciativas que enfatizassem a importância do conhecimento e do sucesso do SUS, ao mesmo tempo em que ampliassem a visibilidade de um sistema que alcançou conquistas significativas para o campo da saúde.

No âmbito das homenagens, o governo estadual, por meio da Secretaria da Saúde, criou a Medalha do Mérito da Gestão Pública da Saúde “Walter Leser”, como forma de honrar o legado daqueles que, por meio de suas realizações na gestão pública, efetivamente contribuíram para a consolidação do SUS no estado de São Paulo. Adicionalmente, o “Diploma Entidade Parceira do SUS” reconheceu as instituições que trabalharam em parceria com a SES-SP, ao longo do tempo, colaborando em projetos essenciais para o sistema de saúde paulista.

A II Mostra SES-SP foi elaborada em conformidade com a distribuição dos programas delineados no Plano Estadual de Saúde e, dialogicamente, com o momento da regionalização do SUS, orientada pelo Pacto pela Saúde. A operacionalização do pacto ocorreu a partir de dez grandes programas, compostos por projetos que transversalizavam a estrutura organizacional interna, se constituindo como modelo de gestão inovador. Os stands de exposição, a sessão de pôsteres e as comunicações orais seguiram essa

conformação programática, tendo sido apresentados os projetos desenvolvidos para apoiar a implantação da regionalização e desenvolver a capacidade de gestão estadual do sistema público de saúde.

A celebração desses 20 anos foi muito mais que uma comemoração festiva; foi também um momento de reflexão crítica. Os avanços notáveis alcançados pelo SUS foram destacados, desde a expansão da cobertura da atenção primária à saúde (APS) até a melhoria dos serviços hospitalares e a redução da mortalidade infantil e materna. No entanto, também foram abordados desafios persistentes, como a desigualdade no acesso aos serviços, a necessidade de melhorias na gestão e os desafios de formar e fixar profissionais da saúde nos locais em que havia barreiras de acesso e vazios assistenciais.

Para além da perspectiva local e regional, esse conjunto de ações proporcionou um espaço para a troca de experiências entre os diferentes estados do Brasil e outras nações. A diversidade de abordagens enriqueceu as discussões, permitindo uma visão mais abrangente dos diferentes contextos enfrentados pelos sistemas de saúde ao redor do país e do mundo.

A importância dos gestores do sistema público brasileiro também foi muito enfatizada. Nesses espaços, foi ressaltada a necessidade de se investir em estratégias fomentadoras da inovação por meio da educação permanente e de iniciativas que favorecessem os grandes encontros. Dessa forma, seria possível assegurar a utilização eficiente dos recursos, com vistas ao aprimoramento constante dos serviços oferecidos à população.

A celebração dos 20 anos do SUS representou, ainda, um ponto de virada significativo na história da saúde pública paulista. Além de festejar duas décadas de um sistema que revolucionou a forma como nossa sociedade passou a entender a saúde, esse grande movimento possibilitou oportunidades para a tessitura de diálogos produtivos sobre o futuro do sistema público, motivando todos os participantes a persistirem em seus esforços por um SUS mais equitativo, acessível e eficiente.

2023 – O “Movimento 35 anos do SUS-SP”

Da mesma forma como ocorreu em 2008, a celebração paulista dos 35 anos do SUS representa um

momento de reconhecimento, avivamento de histórias e comemoração, que vai além de uma simples festividade: é um esforço significativo de desenvolvimento organizacional que incorpora uma série de iniciativas coordenadas que visam a fomentar o engajamento coletivo, fortalecer a cultura organizacional e criar um senso de identidade.

Os últimos anos foram caracterizados por desafios substanciais para o SUS, tornando essa celebração uma oportunidade para revisitar a história e avaliar tudo o que foi alcançado. É uma ocasião para refletir sobre as lições aprendidas e comemorar as inúmeras conquistas ao longo do caminho rumo a sua consolidação. Tornar esses momentos públicos e registrá-los é uma forma de mobilizar trabalhadores, gestores, usuários e parceiros do SUS e de reforçar o processo coletivo entre esses atores.

Nessa perspectiva, a SES-SP, uma vez mais, está se preparando para comemorar a data. Para tanto, criou o “Movimento 35 anos do SUS – São Paulo”, que envolve os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), o nível central da SES-SP, o Cosems, os Conselhos de Saúde e as instituições parceiras, além de convidados nacionais e internacionais. O objetivo é criar um espaço para reflexão e debate sobre as conquistas e os desafios do SUS no Brasil e, de modo especial, no estado de São Paulo.

Seguindo esses objetivos, apresentamos a seguir os eventos que compõem essa comemoração.

Encontro web de ativação do “Movimento 35 anos do SUS-SP”

Será o momento de lançamento oficial do movimento, uma espécie de encontro, de convite, de ativação e preparação para que todos e todas possam se organizar e se conectar com a iniciativa. Deverão participar todos os componentes da estrutura da SES-SP, desde o nível central até suas representações pelo território paulista, por meio dos DRS, serviços que constituem a rede e parceiros que estarão juntos nessa jornada.

Solenidade de entrega da “Medalha Walter Leser”

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”, criada por ocasião

das comemorações paulistas dos 20 anos do SUS, é destinada a galardoar pessoas e entidades, nacionais ou estrangeiras, que tenham se distinguido de forma notável ou relevante no campo da gestão pública da saúde, ou contribuído para o desenvolvimento do sistema público de saúde no estado de São Paulo.

Assim, em 2023, no escopo do movimento, será realizada a segunda edição da outorga da medalha, uma honraria que reconhece as contribuições que pessoas que ajudaram a desenvolver e fortalecer o SUS-SP, cujas histórias são um testemunho vivo do compromisso com o sistema ao longo dos anos. Essa medalha é o reconhecimento ao antigo secretário de estado da saúde, Leser, que iniciou a era moderna da saúde pública paulista, é um dos principais idealizadores do SUS e defensor incansável do direito à saúde.

Seminário Internacional 35 Anos do SUS-SP

Nos dias 30 e 31 de outubro de 2023, em parceria com o Cosems, a SES-SP realizará o seminário não apenas para celebrar as três décadas e meia do SUS paulista, como também para reconhecer as contribuições inestimáveis dos profissionais da linha de frente na batalha contra a pandemia de covid-19. Contará, também, com uma mostra fotográfica, que registra momentos históricos do SUS ao longo de seus 35 anos.

O objetivo do seminário é promover um grande encontro de debate de ideias, contação de boas histórias, troca de experiências e possibilidades para o avanço do SUS. Tópicos como inovação, cuidados integrados e desafios enfrentados por sistemas de saúde serão abordados de maneira profunda e transdisciplinar.

O encontro se organizará a partir dos seguintes temas:

- Regionalização e garantia do acesso universal à saúde;
- Desafios para construção de redes regionais em São Paulo;
- Governança regional;
- Os caminhos para a integralidade do cuidado no SUS;
- Os desafios de um sistema universal de saúde;
- Desafios do dimensionamento, qualificação e fixação dos profissionais de saúde em São Paulo;

- Saúde digital no SUS em São Paulo; e
- Desafios e tendências na garantia e ampliação ao acesso dos cuidados em saúde.

Um dos pontos altos do evento certamente será a homenagem aos profissionais da saúde da linha de frente no enfrentamento à crise provocada pelo SARS-CoV-2. Durante a pandemia, essas pessoas corajosas e competentes estiveram na dianteira do combate ao vírus, lidando com angústias e arriscando suas próprias vidas para salvar o próximo. A homenagem é a expressão da gratidão profunda e do reconhecimento da coragem, resiliência e compaixão por todos e todas as profissionais que manejaram a crise pandêmica de forma honrosa. Suas histórias de comprometimento com a ciência, com a ética e com o SUS nos fazem esperar por um mundo melhor.

Programa de Apoio à Qualificação da Gestão Regional no SUS

No contexto desafiador e dinâmico que marca a gestão do SUS, a SES-SP entende ser fundamental fortalecer a capacidade da gestão estadual. Para tanto, organizará um Programa de Apoio à Qualificação da Gestão Regional no SUS, que se formalizará por meio de um curso internacional sobre avaliação em saúde. Oferecido a gestores, técnicos e convidados da secretaria, o curso é uma iniciativa que visa capacitar profissionais e apoiar a institucionalização da avaliação nas intervenções em saúde, considerando, sobretudo, o momento estratégico de regionalização do SUS no estado de São Paulo.

A avaliação em saúde desempenha papel fundamental na tomada de decisões informadas bem fundamentadas. Ela oferece insights valiosos sobre a eficácia e o impacto das intervenções, permitindo a otimização de recursos, a melhoria dos serviços e, em última análise, a ampliação do acesso e da qualidade das ações. No entanto, a avaliação em saúde é tema de grande complexidade, que exige conhecimentos técnicos especializados. Por isso, o curso será uma grande oportunidade para ampliar a capacidade de gestão do SUS-SP.

Com carga horária de 60 horas, o curso se constituirá de atividades individuais e em grupo, apoiadas

em bibliografia previamente indicada. Seu objetivo é encorajar a autoaprendizagem e o desenvolvimento de senso crítico, sob um conjunto de competências preconizadas pela literatura sobre o tema.

A metodologia tem como base o desenvolvimento da capacidade recursiva de um saber-fazer-ser-conviver, e o conteúdo programático deverá abordar:

- conceitos e métodos de avaliação, considerando a caracterização e a contextualização das intervenções em saúde; e
- tipos de avaliação normativa e pesquisa avaliativa, conceito e parâmetros de meta-avaliação, dentre outros elementos);

O curso será dividido da seguinte forma:

- etapas da avaliação: Identificação e envolvimento dos interessados na avaliação, Representação lógica dos componentes do programa, Procedimentos na identificação e seleção das perguntas avaliativas e Importância de orientar a avaliação aos principais usuários;
- etapas da Avaliação II: Métodos e técnicas de coleta e análise de dados, Plano de avaliação, Julgamento de valor do programa, Disseminação e uso das lições aprendidas e Prática profissional em avaliação – cultura de avaliação ou “mainstreaming evaluation”;

- Os papéis dos avaliadores internos e externos, Competências do avaliador, Dificuldades éticas no processo de avaliação.

Como resultado, esperamos formar profissionais com experiência em avaliação em saúde que possam:

- contribuir para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, com desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado (PRI);
- aprender e aplicar diferentes avaliações e metodologias de acordo com a complexidade das intervenções e contextos diversos;
- criar um estudo de avaliabilidade focado na regionalização, visando avaliações contínuas institucionais ou comunitárias, promovendo a utilização das avaliações para melhorar as intervenções de saúde e facilitar a melhoria contínua;
- preparar publicações para compartilhar os estudos de avaliabilidade, promovendo a disseminação de conhecimentos.

Em síntese, pode-se dizer que a experiência dos 20 Anos do SUS-SP foi intensa, viva, participativa, memorável o suficiente para despertar o desejo de revivê-la em 2023, envolvendo o máximo de pessoas possível e seguindo com o compromisso de registrar e respeitar a história do SUS paulista.



O legado de Walter Leser nos 35 anos do SUS

Claudia Vieira Carnevalle*

Não é por acaso que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) escolheu o professor Walter Leser para nomear a Medalha do Mérito da Gestão Pública da Saúde, criada pelo governo paulista em 2008 para honrar a atuação de gestores, profissionais e pesquisadores que, ao longo dos últimos 35 anos, vêm contribuindo para a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) paulista.

Primeiro reconhecido pelo pioneirismo acadêmico desde a formação como médico, em 1933, estimulado pelo professor Geraldo de Paula Souza, ele defendeu sua tese, então requisito obrigatório para graduar-se, em estatística médica, à época uma disciplina inédita no país. Foi também um dos primeiros a se voltar para a medicina preventivista, já como docente de duas das mais prestigiosas faculdades do país, a Escola Paulista de Medicina e a Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo (USP)¹, tendo se aposentado em ambas instituições como professor catedrático. Também escreveu livros e artigos técnico-científicos de grande relevância para o sanitarismo brasileiro.

* Graduação em psicologia, mestrado em saúde coletiva na Santa Casa de São Paulo; pós-graduação em violência na saúde (ENSP/Fiocruz) e em psicodrama pedagógico (Faculdade Padre Anchieta); doutoranda no programa de pós-graduação em ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD/SES-SP). Docente e pesquisadora na Universidade São Judas – ÂNIMA na área de psicologia e saúde pública; curadora da Core Currículum – Saúde Integral e Ampliação da Consciência e Subjetividade e Modernidade; consultora de projetos sociais nos temas de prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Servidora pública estadual há 26 anos, na área de gestão em saúde pública; atualmente é diretora técnica de saúde III do Grupo de Planejamento e Avaliação da CCD/SES-SP

I Em 1994, com a criação da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a escola foi transformada em *campus* universitário da área da saúde, enquanto a Faculdade de Farmácia e Odontologia foi desdobrada em duas unidades distintas da USP

Mas o grande legado do professor Walter Leser talvez seja sua extraordinária capacidade de gestão, evidenciada em suas duas administrações à frente da SES-SP: em 1967-1971 e, sobretudo, em 1975-1979. Nesse período, portanto antes da criação do SUS, ele conduziu uma profunda e inovadora reorganização da máquina pública de saúde, com vistas “à redução da mortalidade, principalmente a infantil, em todo o estado, o controle da epidemia de meningite e a concretização do projeto de incorporação de profissionais com formação sanitária para (...) cargos em todos os centros e instituições de saúde estaduais”^{II}.

Entre os problemas enfrentados pela “Reforma Sanitária Leser”, como ficou conhecida essa reorganização, estavam a falta de recursos humanos e a então incipiente rede de atenção primária, de saúde mental e de pesquisas no estado². Por isso, entre outras medidas, ele propôs a instalação de 53 novas unidades sanitárias na capital paulista, a duplicação da estrutura da área de saúde mental e o fortalecimento das atividades científicas e tecnológicas dos institutos Butantan e Adolfo Lutz, inclusive para a produção de 15 publicações especializadas, frutos de projetos de educação em saúde conduzidos pelo Instituto de Saúde², que o próprio Walter Leser havia criado, em 1969, em sua primeira gestão da SES-SP.

O ambicioso projeto de reestruturação da máquina estadual paulista proposto por ele teria sido ancorado por oito diretrizes: (1) continuidade administrativa, para assegurar a manutenção de iniciativas anteriores e os quadros dirigentes; (2) racionalidade técnica e

II Mota A, Schraiber LB, Ayres, JRCMJ. A Reforma Leser: a arquitetura de um projeto de saúde pública paulista, 1967-1979. *Saúde Soc.* 2019;28(4):267-83.

viabilidade operacional; (3) sistematização e normalização de programas, com padronização de procedimentos técnicos e administrativos; (4) modernização estrutural e funcional, por meio de ações implementadas a partir de 1967, em particular dos distritos sanitários e centros de saúde; (5) ampliação do quadro técnico, em estreita relação com a Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP); (6) alta prioridade para os programas de assistência à infância e da gestante; (7) integração da rede de centros de saúde com as prefeituras, com vistas à uniformização de programas e normas; e (8) articulação com o nível federal para resolutividade das ações de saúde, previdência e assistência social.

A relevância dessas iniciativas pode ser mensurada na grande repercussão que a “Reforma Walter Leser” teve na constituição da saúde coletiva paulista e consolidação da atenção primária à saúde “como nível de atenção que viria a ser considerado eixo de grande relevância na proposição e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988” (p. 267)².

Quase duas décadas depois de sua morte, em 15 de julho de 2004, a atuação do professor Walter Leser na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo segue como exemplo e inspiração para todas e todos que acreditamos e trabalhamos para a consolidação de um SUS de qualidade, cada vez mais justo e inclusivo.



Luiz Roberto Barradas Barata

Rita Barradas Barata*

Antes mesmo de concluir o curso de Ciências Médicas na Santa Casa de São Paulo, junto com o professor José da Silva Guedes, Luiz Roberto Barradas Barata começou a atuar no gabinete do professor Walter Leser, então secretário da saúde, nas atividades de controle da epidemia de doença meningocócica, que na década de 1970 constituiu importante problema de saúde pública no estado. Após o ingresso na carreira de sanitarista, já na gestão do professor Adib Jatene, novamente com o professor Guedes, Barradas atuou na elaboração e implementação do Projeto Metropolitano de Saúde, que tinha por objetivo a expansão da rede de unidades básicas de saúde na região metropolitana – que naquele momento era, no estado, a região mais desprovida desse tipo de assistência.

Com a redemocratização do país, o senador Mario Covas foi indicado pelo governador Franco Montoro para ocupar a Prefeitura de São Paulo. Guedes foi convidado a assumir a Secretaria Municipal de Saúde, tendo Barradas como seu chefe de gabinete. Findo o mandato, ambos retornaram ao gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), sob o comando de João Yunes. Passados os governos Quercia e Fleury, o senador Mario Covas foi eleito governador e convidou o professor Guedes para assumir o comando da Secretaria da Saúde, cargo que ocupou por dois mandatos, tendo Barradas como secretário adjunto. Findo esse período,

Barradas assumiu como titular, permanecendo outros sete anos à frente da SES-SP, até sua morte prematura em 2010.

Nesses quinze anos, praticamente todas as áreas e setores da saúde pública foram objeto de iniciativas e realizações, incluindo: a municipalização da rede básica na capital paulista, que ainda não havia ocorrido por razões políticas; a expansão e a melhoria da qualidade de atenção hospitalar; os programas de saúde reprodutiva e saúde mental seguindo as recomendações da reforma sanitária, a ampliação da assistência farmacêutica e o fortalecimento da Fundação para o Remédio Popular (FURP); a criação da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD); a rede Luci Montoro para reabilitação; o primeiro ambulatório dedicado à população trans; e inúmeras outras iniciativas.

Particularmente, três momentos podem ser destacados, por sua grande importância: a criação do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), garantindo atendimento oncológico de ponta para a população; a reestruturação do Instituto Butantan, instituição centenária de pesquisa e desenvolvimento no campo da saúde pública; e a aprovação da lei dos ambientes livres da fumaça do cigarro, com impactos importantíssimos para a saúde da população.

Durante toda sua vida profissional, Barradas se dedicou à saúde pública dos moradores do estado de São Paulo, na melhor tradição do patrono desta comenda que ora lhe está sendo outorgada, fazendo jus também aos sanitaristas que lhe precederam nessa honraria, por ele instituída enquanto secretário de estado.

* Graduação em medicina; doutorado em medicina preventiva, professora livre-docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora visitante da Universidad Nacional de Rosario, Argentina.



A incomum doutora Núbia Virgínia

Wilson Constantino de Araujo Filho, Nídia Regina D'Avila Limeira de Araujo,
Isabela D'Avila Limeira de Araujo, Ana Freitas Ribeiro*

“Comumente”, os minicurrículos começam assim: nome, titulação, trabalho atual, uma breve síntese da formação profissional e das áreas de concentração de interesses. Mas, a enfermeira professora doutora Nubia Virgínia D'Avila Limeira de Araújo não era uma pessoa comum. Ela não fazia esforço para ser incomum, mas o era – sua família, seus amigos, seus parceiros de trabalho e seus alunos que o digam! Era incomum em tudo.

É muito incomum que alguém faleça um ano após ter obtido seu título de doutor em ciências (pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – PPGE/EEUSP). É bastante incomum que uma pneumonia chegue silenciosa e engane até mesmo uma enfermeira.

É bastante incomum que alguém eleja como tema de sua pesquisa de doutoramento justamente os possíveis erros na administração de vacina, o que ela ousadamente fez. Só alguém seguro de sua honestidade e conhecimento escolhe estudar os erros de sua área de atuação.

É mais incomum ainda que alguém da área das ciências coloque como epígrafe de sua tese de doutorado um trecho da *Bíblia*:

Mas onde se achará a sabedoria?

E onde está o lugar do entendimento?

O homem não conhece o valor dela, nem se acha ela na terra dos viventes.

O abismo diz: “Ela não está em mim”; e o mar diz: “Não está comigo”.

Não se dá por ela ouro fino, nem se pesa prata em câmbio dela.

O seu valor não se pode avaliar pelo ouro de Ofir, nem pelo precioso ônix, nem pela safira.

O ouro não se iguala a ela, nem o cristal; ela não se trocará por joia de ouro fino; ela faz esquecer o coral e o cristal;

a aquisição da sabedoria é melhor que a das pérolas.

Não se lhe igualará o topázio da Etiópia, nem se pode avaliar por ouro puro. Onde, pois, vem a sabedoria, e onde está o lugar do entendimento?

Está encoberta aos olhos de todo vivente e oculta às aves do céu.

O abismo e a morte dizem: “Ouvimos com os nossos ouvidos a sua fama”. Deus lhe entende o caminho, e Ele é quem sabe o seu lugar.

Porque Ele perscruta até as extremidades da Terra, vê tudo o que há debaixo dos céus. Quando regulou o peso do vento e fixou a medida das águas; quando determinou leis para a chuva e caminho para o relâmpago dos trovões, então, viu Ele a sabedoria e a manifestou; estabeleceu-a e também a esquadrinhou.

* Wilson, Nídia e Isabela são, respectivamente, marido, irmã e filha de Núbia; Ana, médica sanitária, foi diretora do CVE/SES-SP

Eis que isto são apenas as orlas dos seus caminhos; e que leve sussurro temos ouvido dele!

(Jó, em Livro de Jó, capítulo 28 de 12 a 27 e capítulo 26, versículo 14)

Talvez ouvindo o sussurro d'Ele, Núbia fez uma brilhante e aguardada tese de doutoramento, a qual, em seu resumo, traz:

O erro de imunização decorrente da administração de vacinas é geralmente evitável e tem ocorrência mundial. No Brasil, os dados notificados não permitem análise territorial e consolidada sobre suas características – tipo de erro e imunobiológico envolvido. O objetivo da tese foi: analisar os erros de imunização decorrentes da administração de vacinas notificados no Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação, do estado de São Paulo, de 2015 a 2019. Método: estudo epidemiológico descritivo, exploratório, retrospectivo, de abordagem quantitativa, utilizando-se de dados secundários das notificações dos erros de imunização. A taxa de incidência, número e frequência dos erros de imunização, com e sem eventos adversos, foram analisados com o total de 10.108 notificações. A amostra aleatória simples (1.595) foi dimensionada assumindo nove possíveis tipos de erros de imunização, todos com a mesma probabilidade, margem de erro de dois pontos percentuais e nível de confiança de 95%. Adotou-se uma ferramenta de automação do Microsoft Office Excel® para classificação dos tipos de erro e identificação do imunobiológico mais relacionado. Buscou-se identificar a existência de clusters. Resultados: a taxa de incidência do erro de imunização foi de 5,3/100.000 doses aplicadas no período analisado. Evidenciaram-se 221

(2,2%) erros de imunização com eventos adversos e 9.887 (97,8%) sem eventos adversos. A análise da amostragem abrangeu 616 notificações, 13% das salas de vacina, em 126 municípios (19,5%). Foi possível classificar 90,4% dos erros de imunização, e o mais prevalente foi o “fora de idade”, referente ao descumprimento do calendário vacinal. A vacina tríplice viral atenuada (sarampo, caxumba, rubéola) foi a mais envolvida. A faixa etária com maior proporção de erros foi a de menor de um ano. A elevação de notificações foi decorrente de alterações na rotina da vacinação (novos produtos e insumos, campanhas, mudanças no calendário). Os clusters acometem quaisquer das classificações de erro, com maior ou menor propensão de acontecer. Conclusão: A análise sobre as notificações dos erros de imunização na vacinação fornece subsídios à gestão do programa de imunização, na identificação de oportunidades de prevenção, na recomendação de práticas seguras em vacinação e na manutenção da confiança da população ao programa público de imunização. Contribui para a reflexão sobre a complexidade de atuação na sala de vacina, reafirmando a necessidade de valoração do profissional da equipe de enfermagem e da prática profissional aprimorada. O método foi potente na descrição do perfil dos erros de imunização e como apoio à gestão.

É muito incomum que alguém tenha esperado 20 anos após ter terminado seu mestrado na mesma Escola de Enfermagem para, então, terminar o seu doutorado. Certamente sua escala de prioridades, interesses e valores eram inusitados. Nas prioridades estavam seu Jesus, seu marido Wilson, sua filha Isabela, seu filho Gustavo, seus pais Antônio e Clovelina, seus irmãos Nídia, Nádida e Paulo, sua sogra Luzia e tantos outros, assim mesmo: nomeados, listados,

interessados. Somente alguém que não tem problema em ser servo vai adiando a expectativa de se fazer doutor ou diretor.

É muito incomum que alguém assuma a diretoria do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE) em 2019 e, no ano seguinte, em 2020, veja-se diante da explosão de uma pandemia planetária jamais vista na história da humanidade. É igualmente incomum alguém, em meio ao estresse da crise sanitária dizer: “Não podemos nos desesperar, porque quanto mais nos desesperamos, perdemos também a excelência da solução do problema surgido”. É realmente incomum se sair tão bem diante dos riscos, das preocupações e das incertezas de um momento tão sombrio e desafiador.

É do mesmo modo muito incomum que alguém nascido na Baixada Fluminense, em Nilópolis (RJ), e na pobreza consiga graduar-se em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e, na sequência, especializar-se em enfermagem de saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da gigante, conhecida e respeitada Universidade de São Paulo (FSP/USP). E mais incomum ainda é se tornar professora assistente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, desde 2006 até sua partida. Nesse período, Núbia contribuiu com a formação de centenas de enfermeiras e enfermeiros, levando-os pessoalmente a diversos postos de saúde e repartindo aquilo que aprendeu no decorrer dos anos.

É incomum que, mesmo tendo prazer em ensinar, tenha escolhido como sua maior paixão a causa pública, o CVE, lugar onde permaneceu por 30 anos corridos. Igualmente incomum foi ter trabalhado presencialmente durante todo o curso da pandemia, enquanto a maioria da população permanecia em casa se protegendo da covid-19. No entanto, mais incomum ainda é que, ao completar exatas três décadas no CVE, não se aposentou, dado que isso não fazia parte dos seus planos. Entretanto, como dizem alguns, não se aposentou, mas foi “promovida” aos céus. Cremos nisso.

É bastante incomum que alguém citada em trabalhos científicos valorizasse mais a citação orgulhosa

de seu nome, feita por seu pai, no livro que conta a sua história como filho de camponeses sem terra e sem teto, que sobreviveu às intempéries da seca, em 1932 – aquela que ceifou milhares de crianças e adultos pela fome e epidemias que flagelou o sertão nordestino – e da qual fugiu para encontrar a fonte da qual bebeu, tornando-se um pregador do Evangelho.¹

Núbia tinha uma característica incomum: era rápida em descobrir o que era certo ou errado. Quem trabalhou ou conviveu com ela pode apontar essa característica que era parte de sua alma.

Incomumente, também, Núbia não frequentava qualquer lugar, não permanecia em lugares que não lhe agradassem, não absorvia tudo que ouvia, nem mesmo ouvia uma música quando nela não havia uma mensagem de valor. Como afirmou Willian James: “*Nossa visão do mundo é formada pelo que decidimos ouvir*”. E Nubia só dava ouvidos ao que era bom.

De maneira incomum, Núbia era amada em sua casa e amada pelas pessoas que, segundo disse nos agradecimentos em sua tese, eram “as pessoas mais especiais do mundo... e sua melhor torcida”: sua filha Isabela, de 22 anos, graduanda em Relações Públicas pela Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), já atuando na área como assessora de imprensa; e seu filho Gustavo, de 19 anos, graduando em Rádio, Tv e Internet, na Universidade Anhembi Morumbi (UAM), atualmente estagiário na Rádio Alpha FM. Núbia fará falta, principalmente ao seu amado esposo, Wilson Constantino de Araujo Filho, sociólogo e mestre em sociologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), professor de graduação e de especialização *lato sensu*, que foi seu parceiro num casamento de mais de 34 anos. Ele, com saudade de sua amada, registra aqui essas incomuns palavras inspiradas no apaixonado Rei Salomão:

Quem encontrará uma mulher como você?

Você foi mais preciosa que rubis!

Você me fez bem, e não mal, todos os dias de sua vida.

¹ Limeira Neto A. Da seca à fonte. Editora Naós; 2000.

Quando você falava, suas palavras eram sábias;

Quando dava instruções, demonstrava bondade.

Há muitas mulheres virtuosas nesse mundo,

Mas você superou todas elas! (Provérbios 31)

Ana Freitas Ribeiro, colega de Núbia no CVE por muitos anos, também deixa algumas palavras para ela:

Quando assumi a diretoria técnica do CVE em 2007, Núbia sempre me auxiliou na coordenação das ações de vigilância epidemiológica no estado, atuando junto às suas divisões e às dos GVE [Grupos de Vigilância Epidemiológica] na resposta às doenças e agravos sob nossa vigilância e emergências em saúde pública. Durante a minha gestão (2007-2014), Núbia foi minha assistente. Com sua expertise, tinha grande capacidade de mediação. E, sempre com muita delicadeza e inteligência, conseguiu solucionar vários desafios enfrentados. Nesse período, juntas coordenamos as ações de vigilância epidemiológica para o enfrentamento da pandemia de influenza A(H1N1)pdm09, em 2009, e da epidemia de febre amarela, em 2008/2009. Organizamos duas conferências internacionais de vigilância epidemiológica, em 2010 e 2012, em conjunto com as divisões do CVE. Durante seu trabalho nesse centro, contribuiu com muitas conquistas alcançadas pelo Programa de Imunização, como a eliminação da poliomielite e o controle de doenças infecciosas, como difteria, sarampo e tétano, entre outras. Núbia esteve à frente da coordenação das campanhas de vacinação no estado, em especial da vacina contra a covid-19, quando mais de 139 milhões de doses administradas no território paulista. Nesse trabalho, teve apoio de todos os profissionais da Divisão de Imunização do

CVE, dos GVE e das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde.

Particpei da banca de defendeu de sua tese de doutorado na Escola de Enfermagem da USP, sobre os erros de administração de vacinas, na perspectiva da gestão. Levou para a academia sua experiência de trabalho em equipe para melhorar as coberturas vacinais no estado, desafio enfrentado na atualidade, a partir de movimentos de hesitação. Como exemplo cito a cobertura da vacina de poliomielite, que reduziu de 97%, em 1995, para 77,13%, em 2021, desafio importante para manutenção da eliminação da doença.

Perdemos uma excelente profissional do Centro de Vigilância Epidemiológica, que lutou pelo desenvolvimento da área, incluindo a atuação como docente, com foco especial nas ações de imunização. Perdemos uma querida amiga, que deixou um legado para todos nós, de compromisso com o Sistema Único de Saúde, competência e, acima de tudo, lealdade. Obrigada Núbia, pela convivência e amizade.

Também não podem faltar, nessa homenagem, as palavras de sua sogra Luzia Trindade, que, de maneira incomum, amou a nora desde o primeiro olhar:

Você era um bom motivo do nosso viver.

Quando eu estava doente, ficava ao meu lado pra eu sobreviver.

Trazia remédio na hora certa, um sorriso e uma esperança.

E eu me sentia criança vendo esse anjo chegar...

Finalizando esta homenagem a uma profissional que amou a saúde pública de maneira incomum, vem sua irmã mais velha trazendo um poema que escreveu para Nubia em 2016:

Quem é esta pessoa nobre que me diz:

“Prefiro as margaridas”?

Quem é que diante da exuberância das rosas,

Perante a grandeza dos girassóis,

*Na presença encantadora da mistura
dos arranjos –*

Arranjos de todas as cores, de todos os preços,

E de todos os tamanhos –

Simplesmente comenta:

“Prefiro as margaridas”?

*Só uma pessoa grande vê o pequeno e
se encanta.*

Só uma pessoa complexa elege o simples.

*Só uma pessoa doce sorve o amargo
sem revolta.*

Só uma pessoa rica é frugal...

*Só uma pessoa firme enfrenta o vento
sem cair.*

Só uma pessoa fiel faz parceria que acrescenta.

Só uma pessoa linda vê beleza na feiura.

E só uma pessoa amiga faz saudade sempre...

Só uma pessoa forte aceita a dor.

Só uma pessoa que ama sofre o Outro.

Só uma pessoa querida faz falta,

E só uma rainha-rosa ama as margaridas.

Sim, querida Nubia (que não gostava de ser chamada de doutora), aplaudimos sua linda carreira acadêmica, e agradecemos, nesta publicação, o registro de sua trajetória, que veio beneficiar milhares e milhares de pessoas não apenas regendo com maestria a imunização no estado de São Paulo, mas influenciando, pelo seu exemplo de gestão e cientificidade, todos os sistemas de saúde de todos os estados do Brasil. Certamente, você beneficiou até o Sistema Único de Saúde (SUS), que nesse 2023 completa 35 anos na condição de excelente e aplaudido sistema de saúde inclusivo, ao qual você tanto valorizava.

Sim, admirável Núbia, queremos aproveitar o texto sagrado que você mesma escolheu na epígrafe de sua tese, para dizer a você:

*“Ouvimos com os nossos ouvidos
a sua fama’.*

*Deus lhe entende o caminho, e Ele é
quem sabe o seu lugar.”*

Também ainda está na porta da sala de entrada de nossa casa, com sua letra, o lembrete: “Se o Senhor quiser, e se vivermos, faremos isso ou aquilo” (Tiago 4:15). Esse lembrete marcava a forma com que Núbia lidava diariamente com as situações e os problemas que encontrava, colocando-os sempre abaixo dos planos de Deus.

Só alguém que se sentiria constrangida com essa cerimônia e com essa homenagem a mereceria mais que tudo.



Paulo Eduardo Mangeon Elias

Aniara Nascimento Corrêa Santos*, Renilson Rehem de Souza**

No ano em que o Sistema Único de Saúde (SUS) celebra 35 anos, temos a honrosa incumbência de prestar uma breve homenagem ao saudoso Paulo Eduardo Mangeon Elias, ou simplesmente Paulo Elias, cujo legado se inscreve na história da saúde pública do país, especialmente no estado de São Paulo.

Graduado em medicina, concluiu o mestrado e o doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), onde tornou-se professor e orientou mestrados e doutorados. A trajetória como intelectual e médico-sanitarista de Paulo Elias está entrelaçada com a redemocratização do Brasil, com o Movimento da Reforma Sanitária e com a construção do SUS. Ele trabalhou no Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa (CSEB), espaço interdisciplinar de estágios e formação em residência médica da FMUSP.

Ainda, integrou, por oito anos, de 2000 a 2007, o conselho editorial da *Revista ADUSP*. Pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC), também atuou como consultor do Ministério

da Saúde, foi membro do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CES-SP) na condição de representante das universidades públicas, assessor da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), na gestão 2000-2003.

Sua produção científica abrangeu temas transversais às políticas públicas e aos sistemas de saúde, gestão/planejamento, controle social e formação. Paulo Elias publicou 45 artigos em periódicos especializados e 18 trabalhos em anais de eventos científicos. É autor de 15 capítulos e 4 livros. Sua vasta produção intelectual inclui 149 itens e a participação em mais de 250 eventos no Brasil. Orientou 15 dissertações de mestrado, 4 teses de doutorado e, em coorientação, 1 doutorado. Recebeu cinco prêmios e homenagens. Entre 1980 e 2007, Paulo Elias participou de 35 projetos de pesquisa, dos quais coordenou 9.

Atuava fortemente na grande área de Saúde Coletiva, nas subáreas de Políticas e Sistemas de Saúde e Economia e Saúde. Desenvolveu trabalhos

* Graduação em fisioterapeuta e mestrado em ciências da saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Especialização em administração hospitalar (Hospital das Clínicas/FMUSP), em sistemas de saúde (Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – FGV EAESP), em processos educacionais em saúde com ênfase em metodologias ativas (Hospital Sírio-Libanês) e em crack, álcool e outras drogas (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – IPq/HC/FMUSP). Foi diretora do Grupo de Apoio ao Desenvolvimento Institucional da SES-SP; participou da coordenação da especialização em gestão em saúde e do Programa de Formação de Professores e Educadores do Hospital Sírio-Libanês; foi professora do curso de medicina da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid), na residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química do IPq/HC/FMUSP. Docente de diversos cursos de formação e especialização, trabalha com a formação docente e metodologias ativas de aprendizagem há mais de 15 anos. Foi coordenadora de projetos educacionais do Centro Colaborador no IPq/HC/FMUSP. Atualmente, é consultora de projetos de gestão e educação ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS;

facilitadora de experiências colaborativas e docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ).

** Graduação em medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestrado em administração de saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ); especialização em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e em planejamento de recursos humanos pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Ocupou vários cargos na administração da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e também no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); foi secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (1998 a 2002) e secretário adjunto de Saúde do estado de São Paulo (2007 a 2009). Em parceria com a Organização dos Estados Americanos (OEA), prestou consultorias para o Conass e organismos internacionais, como a Opas, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial. Comendador da Ordem do Rio Branco (2000) e Grande Oficial da Ordem do Mérito Médico (2002). Governador do Distrito Federal, em 13 de dezembro de 2018. Atualmente, é consultor da Opas, prestando assessoria à SES-SP coordenando o Projeto de Regionalização da Saúde.

nas áreas de: 1) Descentralização, federalismo, dinâmica urbana, financiamento e saúde; 2) Gestão em saúde; 3) Saúde e desenvolvimento: sistemas de mercado de saúde, mercado, regulação e incorporação tecnológica na saúde; 4) Políticas de proteção social e de saúde e a relação público/privado; 5) Recursos humanos em saúde.

Tamanho foi sua relevância e contribuição para o SUS que, em 2012, uma unidade de saúde na Zona Oeste de São Paulo recebeu seu nome. A homenagem foi o reconhecimento de sua importância para a saúde pública.

Mas, além dos aspectos que marcam sua trajetória formativa e profissional, este texto também visa destacar suas diferentes facetas. Começando pelo papel que exerceu como orientador de pós-graduação.

Ter sido orientada pelo Paulo Elias foi uma experiência que me marcou profundamente. Lembro que, quando assisti a uma aula dele, tive a certeza de que queria fazer meu mestrado sob sua orientação. Fiz contato, apresentei as questões que queria investigar e saí animada com seu aceite. Logo depois, descobri que estava grávida e fui conversar com ele, um tanto temerosa. Tinha em mente uma imagem de um homem enérgico, firme em suas ideias e posicionamentos, e não sabia ao certo como ele reagiria. Ao mesmo tempo, não queria perder a oportunidade nem lidar com a frustração de não ter como seguir. No entanto, ao compartilhar minha situação, ouvi dele palavras de apoio e compreensão: “Tire seu tempo, vá viver sua gravidez e tenha seu filho tranquila, porque, quando você estiver pronta para voltar, nós retomaremos exatamente daqui”. A partir daquele dia minha admiração e respeito por ele alcançaram outro nível. Mesmo precisando de mais um ano para concluir o mestrado, consegui conciliar

maternidade e trabalho graças ao seu apoio incondicional. Se não fosse por ele, jamais teria conseguido chegar até o fim.

Essas são as palavras de Aniara Nascimento Corrêa Santos, uma das orientandas do professor Paulo Eduardo Mangeon Elias, no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, entre 2005 e 2008.

Sua atuação tanto como consultor do Ministério da Saúde e assessor da SES-SP quanto como representante das universidades públicas no CES-SP foi uma fortaleza. Sobre isso, ressalta Renilson Rehem de Souza, seu amigo e colega de trabalho.

Paulo Elias era um acadêmico comprometido com seu tempo e sua vila. Como poucos, conseguia compreender o mundo ao redor. Atuava de modo consciente e responsável do processo político e sempre estava disponível para contribuir com a gestão pública da saúde. Nos espaços em que exercia esse papel, fosse como assessor da SES ou como conselheiro de saúde, tive a oportunidade de conviver mais de perto com ele. E, se já éramos amigos, nos tornamos ainda mais. Se eu já o admirava como um grande acadêmico, pude conhecê-lo ainda mais como gestor, o que aumentou minha admiração pela pessoa, pelo cidadão, pelo amigo. Paulo era, sem dúvidas uma das pessoas mais simples e generosas que tive a oportunidade de conhecer. Sempre disposto a ajudar e a aprender.

Paulo Elias faleceu em setembro de 2011, repentinamente. Sua perda deixou nos corações e mentes de seus familiares e amigos um vazio que não pode ser preenchido. Que sua memória e contribuição para a saúde pública do Brasil permaneçam vivas, inspirando e guiando futuras gerações de profissionais comprometidos com o bem-estar e o cuidado com o próximo.



Regina Marsiglia: uma radical articuladora na construção do SUS

Patrícia Martins Montanari*, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas**, Danielle Bivanco-Lima***

Uma homenagem no contexto de um prêmio por contribuição ao Sistema Único de Saúde (SUS) pode trazer algum estranhamento, por se tratar de uma docente de duas respeitadas instituições de ensino superior paulistanas. Mas, para quem conhecia as habilidades e competências (que não eram poucas, dada sua capacidade de se conectar) de Regina Marsiglia, é fácil entender o motivo dessa premiação. A professora doutora foi, antes de tudo, uma pessoa radicalmente comprometida com a implementação do SUS, em suas diversas atuações e suas diversas facetas. Trazia como eixo estruturante de sua carreira atuar para sensibilizar todos com quem se conectava a construir diariamente o sistema público de saúde preconizado constitucionalmente em 1988. Em todas as suas atividades como docente e coordenadora de projetos, em suas falas, apresentações, na coordenação de disciplinas ou grupos de trabalho e de pesquisa e, finalmente, em suas reflexões, esta ideia era central e sempre presente em seu raciocínio: SUS como imagem-objetivo a ser alcançado e construído diária e sistemicamente.

Sua atuação profissional se deu em diversas frentes e ações, que não almejamos descrever em sua totalidade, pela nossa incapacidade enquanto autores, de resgatar tão prolífica história. Ilustramos aqui alguns fragmentos de sua vida e sua jornada profissional, que exemplificam sua forte articulação com a gestão e a construção do SUS.

Regina Marsiglia graduou-se em serviço social e ciências sociais nos anos 1960, aprofundando criticamente seus conhecimentos sobre as ações nessas áreas e o trabalho em saúde e se dedicando ao processo de formação de um sistema nacional de saúde universal, para o qual entendia ser salutar o perfil adequado dos recursos humanos. Assim, ainda nessa década, a professora Regina foi convidada a compor o corpo docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), onde atuou, desde o início, na criação do Departamento de Medicina Social, na construção de seu currículo integrado, com inserção dos discentes em serviços de saúde e em atividades práticas precocemente. Assim, foi considerado um modelo educacional inovador para a época.

Atuou ainda na abertura e implementação do Centro de Saúde Escola Barra Funda “Prof. Alexandre Vranjac” (CSEBF), no final da década de 1960, construindo um modelo de assistência básica, articulada já em sua criação com a formação médica. Nesse momento histórico, o CSEBF, mantido em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), foi referência e campo de treinamento para as propostas de integração da assistência vigentes.

* Graduação em ciências sociais, mestrado e doutorado em saúde pública pela Universidade de São Paulo. Professora assistente na FCMSCSP onde é vice-coordenadora da pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva e coordenadora do núcleo de extensão do curso de medicina. Integrante do Observatório de Recursos Humanos em Saúde – São Paulo (ObservaRH-SP/FCMSCSP).

** Médico sanitário, mestre em administração de empresas e sistemas de saúde pela FGV-EAESP e especialista em saúde internacional pela Opas. É professor no Departamento de Saúde Coletiva da FCMSCSP e pesquisador no Instituto de Saúde/SES-SP além de coordenador e pesquisador do ObservaRHSP da FCMSCSP.

*** Graduação em medicina, doutorado em ciências médicas pela FMUSP. Professora adjunta da FCMSCSP e da Universidade São Caetano do Sul. Atua na pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva da FCMSCSP. Integrante do ObservaRH-SP/FCMSCSP.

Em articulação com a reforma proposta pelo então secretário Walter Leser, modificou a organização da assistência baseada em programas verticais para a atenção aos diferentes grupos populacionais, gerando o modelo de ações programáticas.

Desde a fundação do CSEBF, unidade vinculada ao então Departamento de Medicina Social da FCMS-CSP, Regina manteve-se sempre atenta às questões emergentes da formação em serviços de saúde, articulando a assistência, o ensino e a pesquisa; reconheceu logo seu papel estratégico nos processos de trabalho técnico-gerenciais dos serviços, tendo como objeto de pesquisa e intervenção atuações eficazes sobre as demandas e necessidades da população.

No curso de serviço social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), onde se formara, consolidou sua carreira de professora e pesquisadora interdisciplinar, inaugurando a utilização e o manejo das metodologias de pesquisa-ação e pesquisa participante com grupos sociais vulneráveis. Ali já vislumbrou o diálogo do serviço social com a saúde, o rompimento com o escopo tradicional das práticas assistencialistas e a reivindicação do tão atual “lugar de fala” desses grupos. Tal metodologia se ampliou em sua prática docente nas duas instituições e ganhou fama no mundo dos serviços de saúde e campos de estágio, congregando alunos e pesquisadores das diversas áreas da saúde, percorrendo temas emergentes nas fronteiras disciplinares – violências, imigração, políticas sociais, trabalho em saúde e envelhecimento, entre outros.

Em sua formação pós-graduada, entre os anos 1980 e 1990, contexto da reforma sanitária, da concepção do SUS e da Constituição Cidadã, ocupou-se em conhecer a complexidade histórica e organizacional do sistema de proteção social no país, produzindo análises arrojadas sobre o trabalho, evidenciando uma visão de história abrangente e crítica no tocante ao desenvolvimento social, econômico e político brasileiro. Preocupada com o encaminhamento de problemas concretos das coletividades humanas e a eficácia social e técnica da atuação nessas realidades, a professora construiu caminhos para a integração docente-assistencial ou integração ensino-serviço, empreendimento que tomou

boa parte de suas reflexões e iniciativas, sempre com participações ativas nos diversos espaços públicos dos serviços sociais e de saúde, assim como nos acadêmicos. Tal postura provocou debates e questionamentos fundamentais para as articulações efetivas desses setores.

Foi também precursora de uma abordagem interdisciplinar de saúde, educação e trabalho, dedicada à educação interprofissional (EIP), já na década de 1980, em sua participação na Residência Multiprofissional em Saúde Pública, parceria da FCMS-CSP com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Uma das prioridades de Regina sempre foi a integração docente assistencial, alinhada com a discussão corrente nos anos 1980 e 1990, de acordo com o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para formação de recursos humanos inserida nas redes de atenção (nos serviços de saúde) e alinhada com as necessidades da sociedade. Os projetos de integração docente-assistencial (PIDA), que datam do final da década de 1970 e início dos anos 1980, foram induzidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e incorporados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Esses projetos se traduzem na criação de propostas que evoluíram, depois, para as redes e sub-redes de integração docente assistencial. Posteriormente, na década de 1990, surgiram em território brasileiro os denominados projetos UNI (sigla vinda do espanhol *Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud*), com apoio financeiro da Fundação Kellogg.

A atuação da professora Regina Marsiglia foi particularmente importante como coordenadora do projeto de integração docente assistencial da FCMS-CSP, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), dirigida então pelo professor José da Silva Guedes, e o Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMS-SP). Com atuação na Região Norte paulistana, o PIDA da FCMS-CSP baseava-se na ideia de distritos escola, articulando a relação entre ensino e serviço e apoiando a qualificação da rede por meio de diversas ações: intercâmbio de profissionais entre os diferentes níveis de atenção, plano de qualificação da rede, alocação de

sanitaristas egressos do Departamento de Medicina Social da faculdade na direção das unidades básicas de saúde, atuação na rede especializada, com proposta de educação permanente e uma forte inserção do ensino médico na rede. O projeto se articulava, ainda, com diversos departamentos da FCMSCSP e setores e residências médicas da ISCMSP, articulando um sistema de referência e contrarreferência, em parceria com a gestão do sistema de saúde, então nomeadas Ações Integradas em Saúde (AIS).

De sua atuação central na integração entre ensino e serviço, fica evidente a grande aptidão de Regina para empatizar e se solidarizar com as necessidades de indivíduos e de serviços de saúde na rede, assim como sua acurada percepção das vulnerabilidades de pessoas e grupos. A partir dessa sensível percepção e de seu compromisso, a professora sempre demonstrava uma postura bastante proativa, gerando ações de apoio longitudinal aos parceiros identificados e construídos nessa relação.

Alinhada às políticas de saúde no Brasil dos anos 1990, com o redesenho do sistema de saúde, o fortalecimento da municipalização e a criação e expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), o Ministério da Saúde induziu a criação de polos de capacitação e educação permanente. Nesse momento, a SES-SP convocou os principais agentes formadores para a estruturação desses polos nas diferentes regiões do estado de São Paulo. A FCMSCSP passou a constituir parte do polo de capacitação da Região Metropolitana de São Paulo, onde Regina passou a desenvolver uma série de atividades no desenho e na realização de propostas de formação, especialização e apoio institucional, incluindo a criação do curso de pós-graduação *lato sensu* Especialização em Saúde da Família, em que atuou como coordenadora de 2002 a 2005.

Nos anos 2000, teve intensa participação nas formulações do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação para o Trabalho (Pet-Saúde). Na FCMSCSP e na PUC-SP mobilizou docentes e profissionais de saúde para a implementação das propostas, ampliando a participação de alunos de graduação em medicina,

fonoaudiologia, enfermagem e serviço social nas unidades de atenção primária na área central da cidade de São Paulo. Seu compromisso com o SUS ficou evidenciado, portanto, por esse envolvimento com o ensino no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), quando o PSF se tornou uma política prioritária e organizadora da APS, em 2011. Os conceitos de família, território, condições de vida, saúde e epidemiologia, entre outros, ganharam força nas atividades de ensino no contexto dos serviços de saúde. O estímulo à criatividade, com ênfase em metodologias ativas de ensino, promoveu projetos de intervenção orientados para a promoção de saúde. Sua atuação gerou contribuições aos serviços, exemplificadas pelas propostas de treinamento de trabalhadores da saúde, elaboração de materiais de educação e comunicação em saúde (produção de cartilhas trilíngues para imigrantes) e novas estratégias para o atendimento domiciliar, como o tratamento para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Na FCMSCSP, a curricularização da extensão começou aí, pois as atividades desenvolvidas pelos alunos nas unidades de saúde e equipes da estratégia saúde da família (eSF) eram parte das disciplinas.

Em sua produção intelectual, o engajamento ético é central para uma boa leitura da contribuição de Regina Marsiglia para a saúde coletiva. Ela problematizou o papel do pesquisador no campo dos serviços e práticas profissionais, revelando com sua produção a experiência humana envolvida na participação, como profissional, professora e pesquisadora no dia a dia dos serviços de saúde e das instituições responsáveis pela formação graduada e pós-graduada na saúde e no serviço social. Nesse sentido, a professora nos ajuda a superar a dicotomia entre pesquisa objetivamente construída e posicionamento político diante de questões que absorvem os pesquisadores como cidadãos. Por isso ela gostava de dizer que, para além das mudanças de gestão governamental, seu partido era o “partido sanitarista”.

As alianças que Regina estabeleceu em seus projetos de pesquisa com docentes, pesquisadores, estudantes e profissionais dos serviços significaram a adoção de uma perspectiva política de interlocução

e de construção conjunta do conhecimento. Desse modo, sua trajetória intelectual é uma inspiração para a superação de um modo de fazer pesquisa que toma os trabalhadores dos serviços como meros informantes. Ela nos mostrou um modo de fazer pesquisa que valoriza os saberes e práticas desses trabalhadores, considerados produtores de conhecimento. Esse pensamento teve importante papel em sua linha de pesquisa de recursos humanos em saúde, coordenando grupos que conduziram importantes estudos nessa área.

No início dos anos 2000, a SES-SP constituiu o Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH-SP), em parceria com dois grupos acadêmicos: um da Fundação Getúlio Vargas (FGV), coordenado pela professora Ana Maria Malik, e outro da FCMSCSP, liderado pela professora Regina. Sua contribuição resultou em três livros sobre a implantação do PSF no município de São Paulo, sobre a análise de recursos humanos na atenção básica paulista e sobre os profissionais de nível técnico nas redes estaduais de atenção à saúde. Essa foi sua última produção acadêmica, mas ela exerceu suas atividades de docência, pesquisa e extensão até seu falecimento, em julho de 2017.

Na atuação como professora, Regina Marsiglia apresentava como característica, reconhecida por diversas pessoas de sua convivência, uma mescla de clareza de discurso e uma radicalidade de princípios. Radicalidade entendida como a compreensão profunda dos objetivos que orientavam sua atuação na vida profissional. Radical pelo domínio dos princípios, o que também permitia discorrer e tratar de temas complexos sem simplificações limitantes, com capacidade de

comunicação. Afinal, é fundamental para o educador se fazer entender, o que professora Regina fazia com facilidade. Dessa radicalidade decorria, ainda, uma grande capacidade de escuta, flexibilidade e também de negociação. Por sua clareza quanto a seus princípios de defesa da cidadania, da igualdade e dos direitos humanos, articulados a seu papel como educadora, com fortes influências freireanas e grande capacidade dialógica, era possível estabelecer dialogicamente a tolerância, a escuta e o respeito junto às estratégias para caminhar em direção a seus objetivos.

Quando conversamos sobre esta homenagem, mais do que merecida, falamos sobre algumas de suas facetas, para nós, mais marcantes: sua pedagogia do afeto e do (se) fazer entender, transformando o intragável em saboroso; sua disposição para o diálogo e capacidade para fazer dialogar pessoas das mais diversas tribos e posições; sua crença inabalável na educação transformadora e numa sociedade mais justa. Isso só para destacar algumas dessas habilidades que motivam este texto.

Era também mãe, esposa, avó, cozinheira, sobrinha, “formiga atômica”; se preocupava com os colegas, pensava soluções, achava soluções. Em seu Fiat Idea, enquanto transitava entre suas escolas e serviços, suas casas, cidades e cuidados, tinha muitas ideias – e ideais!

Nossa breve conversa emocionada acionou memórias e afetos pessoais que logo ganham dimensão coletiva, pois foram compartilhadas em pontos de nossas trajetórias. Todos reconhecem: esta é uma merecida homenagem!



Das mãos das mulheres para o Sistema Único de Saúde: arraigando a integralidade do cuidado em saúde na adolescência

Albertina Duarte Takiuti*

Parece potencialmente repetitivo rememorar o Sistema Único de Saúde. Ainda mais quando se faz parte inteira e presente dessa história. Construí, desbravei e abri caminhos para a saúde brasileira ao lado de Antônio Sérgio da Silva Arouca, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Álvaro da Cunha Bastos e outros tantos atores, principalmente aqueles integrantes dos movimentos de mulheres em São Paulo, cujas trajetórias pessoais e profissionais estão imbricadas.

O emaranhamento encontra argumentos nos caminhos comuns e transversais dos acontecimentos à época. As décadas de 1970 e 1980, por exemplo, anunciaram, para além do início de minha carreira médica, os primeiros serviços voltados para a saúde do adolescente, influenciados por um momento intenso de troca de saberes majoritariamente circulados nos Estados Unidos, na Europa e, posteriormente, na América Latina – tendo a Argentina como pioneira e o Brasil influenciado também pelo movimento da Reforma Sanitária. Portanto, na celebração de 35 anos do nosso sistema público de saúde, festejo também minha trajetória entrelaçada ao SUS e enquanto profissional pertencente a ele. E, neste caso, o desafio está posto ao aceitar narrar e homenagear o tempo construído.

Para tanto, elenco como temas breves e norteadores para desembaraçar essa narrativa estruturalmente imbricada – de acordo com o que cabe neste espaço e modelo de discussão: a) a influência dos movimentos sociopolíticos pelos direitos relacionados às mulheres; b) os respaldos desses movimentos para surgimento

e priorização de serviços dedicados à saúde do adolescente; c) o acompanhamento conceitual, prático e metodológico da saúde na adolescência ao longo dos anos de constituição, consolidação e retrocessos, em defesa e alcance do Sistema Único de Saúde.

Pelas mãos das mulheres: a saúde do adolescente em pauta

Os primeiros encontros, ainda recém-formada, com a demanda das mulheres, principalmente adolescentes e jovens, teve um cenário constante: o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FM-USP). A tese *Análise de um modelo de atenção integral à saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do estado de São Paulo*, apresentada para obtenção de meu título de doutora em medicina, em 2001, pode catalogar, mesmo anos depois, tais demandas: quase metade (47%) das avaliações médicas feitas em centros de saúde focados em atendimento a adolescentes está vinculada a questões ginecológicas. Cada vez mais cedo as jovens estão buscando consultas com ginecologistas e procurando formas de se protegerem ao iniciar a vida sexual. Isso inclui a busca por aconselhamento sobre métodos contraceptivos, acompanhamento durante a gravidez, soluções para problemas menstruais relacionados às mamas, bem como doenças sexualmente transmissíveis. Essas tendências revelam uma mudança inovadora e a quebra de tabus antigos no campo da saúde ginecológica para adolescentes.

Motivada pelas demandas observadas, mudei de setor e comecei a compor a equipe do Ambulatório de Ginecologia Infantopuberal da Clínica Ginecológica,

* Médica ginecologista-obstetra. Coordenadora do Programa Estadual de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

primeiro serviço em São Paulo para mulheres na fase infantojuvenil, inaugurado em 1971 e chefiado pelo professor Álvaro da Cunha Bastos. Assumi sua coordenação três anos depois, sustentando ainda hoje a necessidade de uma atenção específica para essa população. Em paralelo, a participação e articulação com os movimentos das e pelas mulheres criou corpo real para o perfil epidemiológico observado nos serviços e catalisou de modo fundamental a luta pela identificação e validação das necessidades em saúde.

Na esfera dos atendimentos, os profissionais dispostos a validar as particularidades apresentadas no serviço já específico iam na contramão do modelo de atendimento tradicional, centrado no médico e fragmentado pela especialidade. Equipes multidisciplinares, formadas por ginecologistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, odontologistas, educadores e demais profissionais incorporaram ao atendimento a dimensão trazida pelas mulheres adolescentes: as relações de gênero e idade condicionam e determinam o acesso e o atendimento à saúde e, portanto, produzem um sofrimento para além da atenção cabível ao profissional médico. Trata-se, sim, de um sofrimento físico, psicológico e social.

Em 1975, por exemplo, instigadas pelo Ano Internacional da Mulher, faculdades de medicina (da USP, de Sorocaba, do ABC e da Santa Casa) realizaram uma grande pesquisa sobre as gestantes acolhidas nas maternidades paulistas. Dessa importante operação, constatou-se interessantes proporções: entre elas, 20% das gestantes atendidas eram adolescentes e todas faziam um número menor de consultas no acompanhamento pré-natal do que as gestantes com mais idade. Podemos indicar já nesse cenário a legitimidade do processo de reorganização de um serviço ginecológico para um serviço também de referência no atendimento integral à saúde da adolescente, como o Ambulatório de Ginecologia Infantomaternal. A partir desse período, as conceituações e remodelações teórico-metodológicas sobre a categoria mulher e de gênero orientaram e acompanharam tal reorganização: a mulher deixou de ser unicamente definida por sua capacidade reprodutiva e os serviços de saúde não estavam mais restritos apenas a tal aspecto.

Com o crescimento dos movimentos de defesa dos direitos das mulheres, durante a Década da Mulher (1975-1985), as questões de gênero passaram a ser integradas às discussões dos serviços de saúde, incluindo pautas que envolviam o direito à sexualidade. A abordagem de atendimento mudou de foco, passando a adotar o conceito de cuidado abrangente para a saúde da mulher em todas as fases de sua vida, o que incluía espaços específicos para pesquisas e cuidados direcionados às adolescentes. Ainda em 1975, cientistas, representantes de associações e de sindicatos, integrantes de movimentos e interessados na questão feminina reuniram-se na Câmara Municipal de São Paulo para debater a necessidade de se cuidar da saúde das mulheres em todas as etapas da vida. Desse encontro emergiu a Carta da Mulher Paulista, documento testemunho da saúde na adolescência, colocada pela primeira vez como forma política em uma declaração norteadora.

*E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).*

(João Cabral de Melo Neto,
Morte e vida Severina, 1974).

Um Brasil repleto de morte-severina, de morte alcançando até gente não nascida, de fome um pouco por dia, atacando em qualquer idade, é um país escancarado das desigualdades sociais, principalmente das relacionadas ao gênero. Ainda assim, também se conforma uma nação potencialmente transformada pelas mãos de mulheres mães e por políticas públicas articuladas por e para elas. Incluindo a raça nesse diálogo

obrigatoriamente interseccional, vale citar pesquisa inédita com 245 mulheres negras ativistas comprometidas com debate de gênero e raça no Brasil, realizada em 2020 pelo Instituto Marielle Franco e Mulheres Negras Decidem. O estudo explana alguns desses dados comprovantes da significativa luta das mulheres brasileiras, especialmente as negras: 74% das entrevistadas disseram fazer parte de alguma organização, movimento ou coletivo político ou social, enquanto 62% das ativistas acessadas afirmaram atuar diretamente em alguma ação de combate à covid-19 e seus impactos. Tal resultado demonstra, conforme a própria conclusão da pesquisa, o não espaço dos estereótipos limitantes comumente direcionados às mulheres negras. O que vemos são mulheres com capacidade de protagonizar diferentes lutas e pautas, com capilaridade e atuação em diversos territórios. E mais, em um momento pandêmico, a pesquisa não recua em reiterar outro indício dos dados: *a resposta para onde vamos pós-pandemia virá das mãos das mulheres negras*. Nesse sentido, retomo a história do surgimento da saúde integral dos adolescentes a partir das pautas femininas e das relações de gênero.

Foi, e continua sendo, foco das políticas públicas a investigação de tais desigualdades no acesso e no atendimento à adolescência, acompanhando o interesse mundial em repensar o modelo de atenção a sua saúde, ampliando as estratégias de prevenção, os olhares multiprofissionais e as práticas intersetoriais, objetivos centrais do que viria a ser o Programa de Saúde do Adolescente. Esse interesse foi também fundamentalmente propulsor do SUS, ainda não existente à época. Vale referir outro foco: o político. Governadores apoiavam a inovação e assumiam na gestão o comprometimento em avançar na capilaridade, universalização e descentralização do atendimento ao adolescente. Não há como negar o fato de ambos os interesses favorecerem bravamente a manutenção da efervescência dessa pauta, apoiando a visibilidade e a importância do tema.

Breve trajetória das estratégias de cuidado em saúde na adolescência

Com esforço e comprometimento de lideranças de grupos de mulheres, pensadoras do meio acadêmico,

profissionais, professores universitários, representantes de diversos movimentos sociais e sindicais e da Secretaria de Estado da Saúde, representada pela gestão de João Yunes, em 1985 foi iniciada a estruturação do Programa de Saúde do Adolescente. Firmado no primeiro encontro intersetorial sobre adolescência, no Centro de Convenções Rebouças, o evento contou com a participação de 1.113 profissionais. Seguindo os avanços, em 7 de março de 1987, data escolhida em homenagem ao Dia Internacional da Mulher, o governo estadual implantou o primeiro serviço de atenção integral e multiprofissional à saúde do adolescente da rede pública, no Posto de Atendimento Médico (PAM) da Várzea do Carmo, na região central da capital paulista.

Em 25 de agosto de 2005, a Lei nº 11.976 instituiu o Programa de Saúde do Adolescente no estado de São Paulo. Apesar das primeiras práticas terem sido iniciadas em um período precursor ao Sistema Único de Saúde, em 2005 foi posto o compasso conjunto entre os avanços na atenção a essa população e as mudanças conceituais de saúde e cuidado enquanto movimento de alcance rumo ao SUS. Haveria outra pailha na fogueira que não aquela jogada constantemente pelo grupo de acadêmicos, profissionais de saúde, universitários e sociedade civil na defesa e reestruturação do Sistema Único de Saúde? A década de 1980 foi marcada por congressos fomentados pela discussão de como avançar na atenção à adolescência e, concomitantemente, o mesmo grupo ancorava a construção de um sistema público de saúde protagonizado pela Reforma Sanitária Brasileira.

Após seus 36 anos, o programa tem, hoje, 28 Casas do Adolescente (Centro de Atenção à Saúde do Adolescente) e permanece incentivando nacionalmente a execução e a solidificação de uma política pública abrangente de saúde voltada para os jovens. Disponibilizando atenção completa, essas estruturas têm diversas especialidades e contam com colaborações interdepartamentais, direcionadas a adolescentes de ambos os gêneros, com idades entre 10 e 20 anos. O vínculo com a Secretaria da Saúde paulista potencializou a hierarquização e a implantação das reformas à época, apoiando a autonomia dos municípios,

principalmente por meio de serviços de atenção primária e secundária, posteriormente na lógica do SUS.

Em articulação com as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), estruturou-se o conceito de saúde integral, inserindo os riscos familiares e comunitários enquanto enfoque, sendo incorporado o conceito de prevenção e integralidade dos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, assumir a necessidade de serviços especializados e voltados para saúde do adolescente evidencia o desafio permanente do SUS: arraigar as redes de atenção à saúde principalmente pelo princípio da integralidade.

Uma potente resposta a tal desafio nasceu em 2017, a partir de uma pesquisa possibilitada pelo apoio da Opas e do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (Chamada PPSUS/Fapesp 2016), desaguando, em 2021, na Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde (LCA&J). A iniciativa foi construída por meio de um projeto de coordenação compartilhada entre o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE/FM-USP), o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap). A viabilização da LCA&J foi possível, ainda, pelo estabelecimento de parcerias institucionais com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems-SP), o Programa Estadual de IST/Aids e Hepatites Virais e a área de saúde mental da SES-SP.

Todos esses atores, incluindo os próprios adolescentes e jovens, possibilitaram o objetivo geral da liga em garantir o cuidado integral à saúde dessa população

em serviços ambulatoriais do Sistema Único de Saúde paulista, incluindo as unidades básicas de saúde (UBS), Casas do Adolescente, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em IST/aids, bem como ambulatórios especializados em adolescência de hospitais universitários. A LCA&J se mantém viva e em movimento, ressignificando as práticas de cuidado na adolescência e juventude, apostando em estratégias contínuas de sua implementação *in loco*.

O Ambulatório de Ginecologia Infantopuberal, o movimento brasileiro das mulheres, a saúde do adolescente, enquanto prioridade específica, o Programa de Saúde do Adolescente e a LCA&J costumam e são costurados pelo SUS. Comemorar os 35 anos do Sistema Único de Saúde não desgasta repetidamente as lembranças, mas, sim, acelera o resgate daqueles atores, autores e sustentadores significativos dessa política pública garantidora de direitos: a sociedade civil e os movimentos organizados, principalmente os das mulheres. A saúde enquanto direito crava os possíveis avanços da atenção à saúde do adolescente de forma integral, universal e equânime, tendo a LCA&J de exemplo contínuo, inovador e agregador à época atual, somando-se ao Programa de Saúde do Adolescente. Retomando minha análise do tempo construído, sabe-se de um país pelo modo de lidar com seus adolescentes e, portanto, declaro com toda honra a potência dos eventos comemorativos em nos lembrar dos esforços requeridos para qualificação desse cuidado e em celebrar a possibilidade de continuar vivenciando novas estratégias para a construção de políticas públicas em saúde centralizadas na adolescência e preconizadas pelo SUS.



Minha trajetória no SUS-SP e adjacências

Álvaro Escrivão Junior*

Antecedentes

Meu interesse pela saúde pública começa na graduação, na Faculdade de Medicina de Botucatu, concluída em 1975, influenciado pelos professores Cecília Magaldi e Eurivaldo Sampaio de Almeida. Durante a residência em medicina integral no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), entre 1976 e 1977, convivi com Hésio Cordeiro e sua equipe, quando tive contato com uma realidade distinta da saúde pública paulista. Ainda no Rio de Janeiro me especializei em medicina do trabalho e atuei no Ambulatório Médico do *Jornal do Brasil*.

No segundo ano da residência, participei do terceiro “curso curto” de saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Essa formação foi influenciada pelo sanitarista histórico Pedro Dimitrov, meu colega de Botucatu, então assessor do secretário Walter Leser, que ajudou a organizar, junto com Zilah Abramo e Bernardo Martins, as ações que deram visibilidade ao curso da FSP e as providências para o concurso de ingresso na carreira de médico sanitarista na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

Terminada a especialização, para concluir os créditos faltantes no segundo ano de minha residência, estagiei no Instituto Adolfo Lutz (IAL), com o professor Elizeu Waldman. À época, o professor era diretor dos laboratórios regionais do IAL. Também estagiei no Departamento de Medicina Social da Santa Casa, onde convivi com o professor José da Silva Guedes, meu

orientador de mestrado, e com Alexandre Vranjac, que foi meu chefe na Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CSC/SES-SP). Fiz doutorado na Faculdade de Medicina (FMUSP), no Departamento de Medicina Preventiva, orientado pelo professor Guilherme Rodrigues da Silva. Lá convivi com muitos amigos e tive a oportunidade de participar das atividades de docência e pesquisa, entre as quais a implantação do Núcleo de Epidemiologia do Hospital das Clínicas (NEHC-HCFMUSP).

Posteriormente, participei do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA), realizado em convênio entre o HCFMUSP e a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV), onde fui professor do Departamento de Gestão Pública. Sou, ainda, pesquisador do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão em Saúde (FGVsaúde). O convívio com colegas e alunos nesses espaços tem sido uma experiência muito especial.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Ingressei na SES-SP em 1978, tendo trabalhado no nível local por pouco tempo. De dezembro de 1980 a dezembro de 1981 ocupei o cargo de diretor técnico do Serviço de Epidemiologia da Divisão de Estudos de Programas do Departamento Regional de Saúde (DRS 1). Nesse período participei, junto com Ligia Iverson, Osvaldo Donnini e Lilia Blima Schraiber, da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Região Metropolitana de São Paulo. De janeiro de 1982 a maio de 1985 ocupei o cargo de

* Médico sanitarista, pesquisador e coordenador do Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo.

diretor do Serviço de Epidemiologia da CSC/SES-SP, cuja equipe era composta por Marcia Caraça, Gerusa Figueiredo, Expedito Luna, Maria do Socorro Carneiro, Marcia Oliveira, Sueli Valin e Pedro Veneziani.

Esse grupo dedicou-se com afinco ao desenvolvimento do Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE) em todas as regionais do estado de São Paulo. E enfrentou grandes desafios, como a investigação do primeiro caso notificado de HIV no Brasil, em maio de 1983. Essa história está muito bem documentada no livro *Histórias da aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids*, de Lindalva Laurindo-Teodorescu e Paulo Roberto Teixeira. Na mesma época, também investigamos uma nova doença, a febre purpúrica brasileira, conhecida então como “mal de promessa”, e acompanhamos o “ressurgimento” do tracoma em território paulista, a partir de uma investigação realizada na cidade de Bebedouro.

Com a reforma administrativa da Secretaria da Saúde, entre 1985 e 1986, a coordenação do sistema de vigilância epidemiológica estadual passou a ser feita pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Esse órgão assumiu as antigas atividades do Centro de Informações em Saúde (CIS/SES-SP) e do nível central da CSC.

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

As propostas do governo paulistano, no período de 1989 a 1992, preconizavam a utilização dos indicadores das condições de vida e saúde, construídos a partir das realidades locais, na gestão dos serviços municipais, priorizando as necessidades dos grupos sociais. Essa perspectiva modificou a lógica administrativa, que até então era predominantemente representada pela simples adequação entre os recursos disponíveis e os problemas a serem atendidos. Entre as novas propostas, ancoradas em diretrizes gerais da administração local, estava o “Projeto São Paulo Cidade Saudável”. Implantado em 1991, baseava-se no conceito de cidades saudáveis. Surgida no Canadá e desenvolvida, a partir de 1986, pelo escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS), a iniciativa é, na prática, um compromisso público de governos locais

com a implantação de processos de sustentabilidade. Com intensa participação de movimentos sociais, visa articular as políticas públicas e os esforços da sociedade para a melhoria da qualidade de vida da população. São Paulo foi a primeira cidade brasileira inscrita no movimento, que envolve hoje centenas de cidades em todo o mundo e se estrutura em rede.

O livro *Epidemiologia e informação na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história*, editado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, discorre sobre as origens e a trajetória da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) ao longo de mais de 26 anos. Organizada por Margarida Lira e Katia Bassichetto, com autoria do historiador Marcelo Chaves, a obra registra a característica essencial da concepção do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI), depois transformado em CEInfo: assumir a epidemiologia como elemento orientador da produção e do uso das informações, para conhecer a situação de saúde e as práticas voltadas ao atendimento das necessidades da população residente na capital paulista. Em outras palavras, o objetivo da CEInfo era democratizar as informações sobre a situação da saúde e dos serviços, facilitar o acesso e sensibilizar os gestores para o uso das informações técnicas, capacitar as equipes técnicas para selecionar indicadores e escolher “soluções” de tecnologia de informação eficientes.

Ainda em suas páginas iniciais são reveladas as condições peculiares que viabilizaram a proposta ambiciosa do CEPI. Inspirada no ideário da Reforma Sanitária Brasileira, a iniciativa viabilizou-se por força de uma administração eleita surpreendentemente por uma composição de forças políticas não hegemônicas. As transformações promovidas pela gestão da prefeita Luiza Erundina e de Eduardo Jorge à frente da antiga Secretaria de Higiene e Saúde (SHS) levaram à estruturação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com a missão de concretizar as propostas do sanitarismo.

O livro mostra o muito que se fez e o muito que ficou por ser feito nos quatro anos dessa gestão, mormente pela amplitude e complexidade das

intenções. Aponta, também, as dificuldades da equipe que “chegou” para convencer os funcionários “da casa” sobre as vantagens de suas proposições para as áreas de epidemiologia, informação e tecnologia de informação e comunicação (TIC). Certas ideias eram consideradas exóticas, como a de subordinar a TIC à área de epidemiologia e informação, o que, aliás, causa estranheza ainda hoje.

Outros desafios, não totalmente resolvidos pelas administrações municipais de saúde, foram enfrentados diretamente pela equipe do CEPI, como os limites e as conexões entre as práticas epidemiológicas e informacionais, a vigilância e os programas de controle de doenças. O processo de organização das atividades de vigilância epidemiológica e vigilância/fiscalização sanitária na SMS foi marcado por divergências quanto às concepções e aos métodos tecnicamente mais adequados, em meio a dificuldades políticas, tanto internas à administração municipal como nas relações desta com o governo do estado. Ou seja, além desses embates internos, a equipe do CEPI teve de negociar com os gestores estaduais, que resistiam em abrir mão das atividades que estavam sendo municipalizadas. Ao final, alcançou-se um consenso na Secretaria Municipal de Saúde quanto à necessidade de integração dessas atividades em uma área que foi designada de vigilância à saúde. Para tanto, a capacitação das equipes responsáveis nos diferentes níveis da estrutura da SMS incluiu a realização de cursos de vigilância à saúde, cujo programa foi em parte baseado na organização da área de saúde ambiental da cidade de Toronto, incluindo-se conteúdos da epidemiologia, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária.

As principais realizações começaram pelo Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM), implantado em outubro de 1989. Foi esse programa que levou São Paulo a ser o primeiro município brasileiro a levantar e processar seus próprios óbitos. Isso possibilitou a utilização dos dados produzidos no enfrentamento de problemas até então negligenciados, como a investigação do óbito infantil e da mortalidade materna. Por seu pioneirismo, caráter intersecretarial, apoio irrestrito dos membros de seu

conselho consultivo e, principalmente, pelo trabalho de uma equipe competente e comprometida, o PRO-AIM resistiu estoicamente aos ataques das administrações que sucederam a prefeita Erundina, firmando-se inequivocamente como modelo reconhecido nacional e internacionalmente.

São exemplos típicos do caráter inovador do CEPI a realização do levantamento epidemiológico de saúde bucal e a introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Informação em Saúde (SIMIS). Merece, inclusive, um destaque especial a construção participativa da concepção desse sistema. A estratégia para aprimorar as fontes próprias da SMS e melhorar o acesso a dados e informações externas incluiu diversas ações voltadas para o desenvolvimento de um modelo de atenção em que as equipes das unidades básicas de saúde (UBS) deveriam realizar continuamente atividades de avaliação dos determinantes de saúde mais importantes em suas áreas de abrangência, atuando sobre eles de forma articulada com os outros setores e contemplando a participação da população.

Não foi uma tarefa fácil a implantação e a concretização da política formulada de informação e TIC em saúde. As características do processo decisório hegemônico na administração pública brasileira e o despreparo dos gestores para usar os dados disponíveis de modo eficiente fazem com que as informações técnicas sejam preteridas na tomada de decisões, limitando seriamente a avaliação dos serviços e das ações de saúde. Entre essas medidas para a viabilização das propostas deve ser destacada a ampla disseminação das informações disponíveis. Nesse aspecto, do primeiro boletim informativo desenhado “a pena e nanquim” até a rica linha editorial do PROAIM/CEInfo, existente até recentemente, o caráter foi sempre inovador.

O processo de construção e implantação do SIMIS provocou diversas indagações quanto aos limites das metodologias usuais e à capacitação das equipes técnicas para concretizar as propostas de uso da epidemiologia na organização e gestão dos serviços de saúde. Cada um dos construtores do CEPI, que se contam às dezenas, entre os técnicos e o pessoal administrativo que passaram por lá ou lá estão desde

sempre, em mais de 25 anos de existência, tem sua visão pessoal sobre os acontecimentos. Algumas dessas visões foram caprichosamente pinçadas pelo historiador e vieram para o texto; outras, contadas nas conversas informais entre esses atores. Como se vê, “há muitas histórias a serem contadas”. Citar e dar o crédito a todos que construíram a experiência do CEPI/CEInfo é uma tarefa difícil e arriscada. Mas, certamente, além de Luna, Donnini e Lira, entre os precursores destacam-se Elizabeth Kudzielicz, Eliana Gutierrez, Hogla Cardoso Murai, Marco Drumond, Leni Yamashiro, Shin Shiang Lo, Silvia Grim e Iracema Ester do Nascimento Castro.

Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo

Em 2003, numa iniciativa conjunta do Ministério da Saúde, da SES-SP, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Secretaria de Saúde paulistana, foi criado o Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Seu escopo consiste na realização de análises, estudos e pesquisas sobre diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento permanente e qualificado do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sua divulgação por meio de publicações e portal eletrônico. Ainda, realiza periodicamente seminários e outros eventos, segundo eixos temáticos de saúde, com a participação das instituições e municípios, espaços de intercâmbio para a apresentação de trabalhos e de novos projetos para a região envolvida.

O observatório funcionou na sede da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) até seu fechamento. A partir daí, instalou-se na Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP), sua parceira desde o início, junto ao Departamento de Política, Gestão e Saúde.

Hoje sou o coordenador dessa iniciativa, atuando na Secretaria Executiva junto com Rubens Moriya e Eduardo Izumino. A professora Marília Louvison, da FSP-USP, é a docente de ligação entre o observatório e o departamento. O idealizador do observatório e atual coordenador do eixo de gestão do conhecimento é Dimitrov, junto com o professor Marco Akerman, também

da FSP. Docentes da própria faculdade e de outras instituições colaboram com o observatório, assim como profissionais dos serviços de saúde. O site pode ser acessado em www.fsp.usp.br/observasaude.

Associações

Fui presidente da Associação dos Médicos Sanitaristas de São Paulo (AMSESP) antes de ir para a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP). Com o progressivo desmonte dessa carreira, a AMSESP perdeu força e viu parte de seu quadro associativo, em que me incluo, juntar-se à APSP, em razão também de sua visão multiprofissional de saúde pública, compartilhada desde sempre pelos médicos sanitários. Com a entrada de pessoas mais jovens, a APSP não apenas se renovou como ficou mais democrática, o que levou à proposta de desativação da AMSESP. Isso não aconteceu, mas houve o esvaziamento da entidade.

Em 1986, convicto do ideário do Movimento da Reforma Sanitária, participei das conferências paulista e nacional de saúde. Nessas instâncias foram colocados os princípios e as diretrizes do SUS, garantidos posteriormente na Constituição Cidadã de 1988. Entre 1987 e 1988, fui secretário-geral na 8ª Diretoria da APSP (1987-1988); ocupei o cargo de presidente entre 1991 e 1993.

Um marco de realização para a APSP foi a criação da *Saúde e Sociedade*, projeto realizado graças ao enorme esforço de nossa diretoria e de docentes da FSP, em particular de Paulo Elias e de Cleide Lavieri. Falecido em 2011, meu amigo querido foi um grande sanitarista, professor da FMUSP e incentivador do periódico. A revista continua sendo muito importante para o campo, divulgando estudos voltados à prática, que é um pouco o que a APSP tem como vocação: discutir e aprofundar as questões da política de saúde, o que lhe põe um pé na academia e o outro, um pouco mais forte, nos serviços.

Abrasco – GTISP

O Grupo Temático de Informação em Saúde e População (GTISP) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) surgiu como um dos produtos de

oficina de trabalho realizada no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Belo Horizonte (1992). Sua organização foi um desdobramento de constatações em torno da questão do diagnóstico da situação das informações em saúde, em grande medida presente até os dias atuais. Isso evidenciou a fragmentação do campo, a falta de processos abertos de padronização, a ausência de uma “cultura do uso da informação” no processo decisório, a fragilidade das estratégias de disseminação e de preceitos éticos e de segurança para proteger a privacidade das pessoas.

Participo do GTISP desde a sua criação, tendo sido seu coordenador de 2005 a 2018. Em 1996, o grupo participou da criação da Rede Interagencial

de Informação para a Saúde (RIPSA), integrada também pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), onde mantém intensa atividade. Coerente com sua defesa da constituição de mecanismos coletivos para gerir a informação em saúde, o GTISP procura subsidiar a formulação e a implementação de uma política nacional de informação e informática em saúde que defenda o direito universal à saúde, o dever do Estado como garantidor desse direito, a democratização e a qualidade das informações, sob um amplo processo de inclusão digital dos diferentes segmentos da sociedade. Desativada nos últimos dois governos federais, a RIPSA voltou a funcionar atualmente, com muita força.



35 anos do SUS, desafios atuais e futuros

Ana Luiza d'Ávila Viana*

Agradeço imensamente o prêmio recebido e, certamente, vou reparti-lo com inúmeros pesquisadores, colegas e alunos que caminharam comigo nesta longa trajetória de estudos e atuação. Espero contribuir com argumentos em prol da construção de um Estado social no Brasil que possa garantir padrões de vida digna para todos os cidadãos de nosso país.

Neste breve ensaio, vou tratar de assinalar questões de relevo na implementação do Sistema Único de Saúde – o nosso SUS que é, sem sombra de dúvida, o maior marco e a maior conquista do povo brasileiro na área da proteção social.

Na década de 1980, no Brasil, a área de saúde passou por uma profunda reforma do padrão de intervenção pública, culminando com a instituição, pela Constituição Federal de 1988, do nosso sistema público de saúde, integrando todos os serviços públicos e privados no território nacional, segundo um modelo organizativo que deslocava o lócus decisório e de gestão da política do nível central para as instâncias estaduais e municipais. O SUS emergiu como fruto de um intenso processo de mudanças na política, iniciado ainda nos anos de 1970, acelerado a partir da década seguinte. O capítulo constitucional da Seguridade Social afirma

o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros como dever do Estado, que, como tal, deveria prover ações e serviços de forma a garantir o cumprimento das necessidades de saúde dos cidadãos.

Esse movimento de mudanças na política de saúde esteve intimamente ligado aos contornos econômicos e políticos dos anos 1980; e foi impulsionado e limitado por uma conjuntura de crise econômica, sob um contínuo e gradativo processo de democratização – o que vem impondo reformulações importantes nas funções e nas modalidades de intervenção do Estado, tanto na área econômica quanto nas ações de caráter social. Obviamente, as resistências às mudanças foram enormes. E, por isso, é comum dizer que uma das características dessa década foi a postergação de reformas estruturais necessárias para um novo ciclo econômico, político e social.

Na área da saúde, a crise e a democratização impulsionaram a crítica e o questionamento do antigo padrão de intervenção do Estado. Este era, então, caracterizado, em breves traços, pela alta centralização de recursos e pelo poder decisório na esfera federal; pela privatização da oferta de serviços curativos; e pela exclusão de segmentos importantes da população dos benefícios da política (o acesso dependia da vinculação ao mercado formal de trabalho).

A crise econômica, ao provocar o encolhimento dos recursos públicos que financiavam o gasto em saúde, originados do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), colocou limites bastante rígidos para o tipo de parceria público-privada característico do modelo

* Graduada em economia, com mestrado e doutorado na mesma área, obtidos, respectivamente, em 1981 e em 1994, pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). É professora aposentada da Universidade de São Paulo, onde lecionou, de 2002 a 2015, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. Foi pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP-Unicamp), de 1986 a 1994; e chefiou o Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), de 1996 a 1998. Em 2011 atuou como diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT- SCTIE/MS). Atualmente é professora visitante do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

de saúde vigente nos anos 1970: financiamento público e oferta privada, por meio de contratos e convênios.

Por outro lado, ao enfraquecer e colocar em questão os modelos de atuação do Estado, o poder de regulação do nível central e as possibilidades de financiamento das ações estatais, inclusive dos serviços sociais, a crise também abriu espaço para a entrada dos níveis estaduais e municipais na oferta dos serviços, na regulação das atividades estaduais e municipais de provisão de serviços e, até mesmo, na formulação de políticas.

No caso da saúde, entretanto, esse processo de descentralização foi desencadeado pelo nível central. Em outras palavras, houve uma intenção deliberada do nível federal de continuar capitaneando a formulação mais geral da política, com a instituição, na década de 1980, do Sistema Único de Saúde: a proposta de descentralização para a área trazia embutida a ideia de criação de um sistema nacional. Outra influência da crise sobre a reforma do SUS foi a imposição de limites ao aumento dos patamares de gasto e inibição de uma mudança mais radical no perfil de financiamento (quantificação do mix de recursos de contribuição compulsória versus recursos de ordem fiscal).

Outro processo importante foi o da democratização que, por sua vez, ao restaurar as eleições para todas as instâncias governamentais, criou as condições políticas imprescindíveis para uma nova lógica de atuação dos governos estaduais e municipais. Tal lógica combina maior autonomia e independência frente aos níveis centrais com maior atenção às políticas que resultam em crescente fonte de legitimidade e de aceitação popular. A democratização também ampliou os espaços públicos, fomentou novos tipos de participação da sociedade, trouxe novas demandas, novos atores e novas agendas, principalmente na área social (como a do movimento sanitário), visando, substancialmente, descentralizar decisões, ampliar as coberturas e o acesso aos serviços públicos e incluir demandantes e usuários nos processos decisórios.

Todo o processo de mudança pode ser caracterizado, então, por uma tentativa de inverter as grandes características definidoras do modelo anterior de

intervenção do Estado na área social, em particular na saúde. Dessa forma, foi constituída uma agenda alternativa ao modelo de saúde vigente, que determinou a descentralização das decisões e da operação; aumentou o grau de participação do público na oferta de serviços e possibilitou a regulação mais eficiente das ações de saúde, de forma a racionalizar o gasto público e, por fim, incluiu a clientela e o aumentou o grau de participação dos usuários na formulação e implementação da política.

Muitas dessas questões presentes na agenda de reforma dos anos 1980 foram implementadas nas décadas seguintes. Porém, algumas em ritmo lento, outras simplesmente subvertidas, ou melhor, invertidas. O balanço dos 35 anos de implementação do SUS apresenta contradições. Por um lado, o direito à saúde continua como afirmação nacional, principalmente após a pandemia de covid-19, e as respostas que estão sendo construídas para o enfrentamento dos desafios dessa nova era de emergência ou de polícrises ou crises superpostas reafirmam o Estado como ator central nas ações de proteção social dos cidadãos. Por outro lado, ainda são inúmeros os percalços para a consolidação de um modelo universal de proteção social.

Que balanço pode ser feito depois de olharmos para a agenda proposta em 1988 e o resultado alcançado? Quais razões explicam o contraditório assinalado?

O longo ciclo de implementação do SUS atravessou períodos marcantes, com políticas de continuidades e rompimentos, entre os governos do PSDB (oito anos, de 1995 a 2002) e do PT (14 anos, de 2003 a 2016); e um período de crise política após o afastamento, em 2016, da presidenta que havido sido reeleita em 2015, ao qual se seguiu o governo de um presidente de extrema-direita, eleito em 2018.

A criação e a expansão do Sistema Único de Saúde, no decorrer dos últimos 35 anos, se deram justamente em meio a distintas, e por vezes contraditórias, concepções de Estado Social. De um lado, o SUS nasceu sob a égide da abrangente proposta de Seguridade inscrita na Constituição de 1988, baseada em um desenho integrado e universalista das políticas sociais e sustentada por intensa mobilização de atores

políticos e setoriais. De outro, sua implantação, nos anos 1990, ocorreu em um contexto desfavorável à expansão das funções do Estado, tanto na área econômica como na área social.

Na década seguinte, houve uma retomada da valorização do Estado, porém, sob um modelo de articulação entre o econômico e o social que conferiu pouco espaço às políticas sociais universais. Depois, tivemos o desmonte de inúmeras conquistas da saúde, que culminou na trágica atuação do Ministério da Saúde na pandemia de covid-19, na qual a ação de estados e municípios favoreceu uma melhor e eficiente defesa da vida e da saúde dos cidadãos brasileiros.

Apesar do cenário adverso, o SUS propiciou mudanças importantes. Em primeiro lugar, construiu-se uma estrutura de serviços descentralizada, calcada no desenho federalista, o que favoreceu a criação de uma base de apoio formada por líderes políticos e outros atores locais. O processo de descentralização ocorreu sob a progressiva redução da participação federal no financiamento e na maior assunção subnacional dos gastos, apoiada por arranjos assistenciais locais com ausência de uma visão regional e voltada para gestão do *mix* público-privado. E, mais importante, fincada apenas num padrão de extensão de cobertura.

Em segundo lugar, ocorreu uma expressiva expansão dos serviços de atenção primária em saúde no território nacional, propiciada pelo amplo consenso, dentro e fora do país, em torno do tema. Esse movimento teve repercussões positivas no acesso e na melhoria de alguns indicadores de saúde da população.

O Sistema Único de Saúde, no entanto, recebeu pouco investimento de forte conteúdo tecnológico no período, enquanto os serviços privados na área diagnóstica, terapêutica e hospitalar de alta complexidade se expandiram, principalmente nos maiores centros urbanos. Assim, se alastrou outro processo: o da intensa participação privada na assistência à saúde, de diversas formas: na oferta de serviços; na oferta e incorporação (muitas vezes acrítica) de tecnologias de ponta para todos os tipos de procedimentos médicos; na intermediação financeira no mercado de saúde; no estímulo à constituição de grandes grupos capitalistas

de caráter multinacional na área, envolvendo serviços, finanças e indústria. Essa expansão privada teve forte financiamento e subsídio estatal, o que explica, em parte, o fato de o gasto privado ser maior que o gasto público em saúde no Brasil. Explica, também, a existência de um mercado de saúde de natureza privada operando fora e dentro do SUS.

Essa coexistência entre o público e o privado tem produzido efeitos deletérios sobre a eficiência geral do sistema de saúde, tais como tendências à incorporação tecnológica e custos crescentes sob controle restrito (ou mesmo descontrole) e primazia na busca de lucros pelas empresas. Os efeitos são deletérios também sobre a equidade, visto que perpetuam as desigualdades de acesso, utilização e qualidade dos serviços entre os cidadãos, conforme a capacidade de pagamento e de usufruto da atenção disponibilizada nos distintos segmentos. Esse arranjo tende, ainda, a colocar os serviços públicos de saúde em situação de complementaridade aos privados, nos casos de “clientes” que não interessam aos mercados, como os idosos, pessoas com doenças crônicas ou que requerem tratamentos de alto custo.

O padrão de desenvolvimento fortemente assentado no consumo das famílias e nas exportações, que foi a marca dos governos petistas, favoreceu e necessitou de políticas voltadas à inserção de grandes massas no mercado consumidor e ao estímulo à formação de conglomerados para enfrentar a concorrência internacional na fase da globalização. Nesse novo padrão de desenvolvimento, a política social não foi direcionada para fincar as bases do Estado Social, com a finalidade de criar uma sociedade de iguais, protegida das forças do mercado; ela foi direcionada para operar políticas focalizadas de combate à desigualdade da forma mais rápida e impactante possível no consumo das famílias.

Chamamos a isso – sobrevalorizar uma atividade de forma a aniquilar outras – doença holandesa da política social. Isto é, promover uma acentuada ênfase estatal em ações e estratégias de forte impacto no aumento do consumo das famílias, de maneira a subtrair os recursos, a vontade e o apoio à criação das bases de uma seguridade social universalista e solidária.

Nesse modelo, o Estado Social, carecendo de recursos, desmorona ou é ativamente desmantelado, porque as fontes do lucro capitalista são levadas da exploração da mão de obra fabril para a exploração dos consumidores: os pobres precisam de dinheiro e de linhas de crédito para consumir e ter alguma utilidade na economia. Esses não são os tipos de serviços fornecidos pelo Estado Social.

Não se trata, aqui, de ignorar a relevância do aumento do poder de consumo das famílias como expressão da redução das desigualdades de renda e aumento da possibilidade de acesso de grupos sociais menos favorecidos a bens até então disponíveis para poucos. Trata-se, isso sim, de reconhecer que essa estratégia, isoladamente, não é suficiente. Na área social, a individualização dos riscos e da responsabilidade sobre a própria proteção – que é consequência do esvaziamento do Estado Social e da rarefação das políticas universais –, em médio e longo prazo reitera os padrões de estratificação e erode as possibilidades de construção de sociedades mais solidárias.

Como advertem vários autores, os novos Estados desenvolvimentistas deveriam conferir centralidade às políticas sociais de caráter universal – como educação e saúde – dada sua importância. E não somente na perspectiva dos direitos sociais, mas também na geração de empregos qualificados e na construção de novas capacidades cruciais na fase atual do capitalismo mundial, baseado nos setores de serviços e no peso das inovações tecnológicas.

A construção desse modelo passa pela condução estatal das políticas, pela definição de limites às forças de mercado e por uma nova forma de “autonomia inserida” do Estado. Essa autonomia que não se resume às relações com os grupos capitalistas, mas deve se caracterizar, também, num contexto democrático, pela permeabilidade às ações e demandas dos diversos grupos sociais existentes e atuantes na sociedade.

Desafios (permanentes) e atuais

No momento atual de implementação do Sistema Único de Saúde, os desafios mais urgentes podem ser agrupados em três grandes itens: 1) expansão,

qualificação e regionalização da oferta dos serviços e das ações de saúde; 2) financiamento estável e suficiente para dar conta de garantir o princípio da universalidade; 3) construção de estratégias e políticas de regulação, visando maior equidade nos processos de incorporação tecnológica e na relação público-privada.

Dado o limitado espaço para encerrar este ensaio, atendo-me ao primeiro tópico enunciado, fruto inclusive de minhas pesquisas atuais. Destaco a relevância e a necessidade de expansão, qualificação e regionalização da oferta de serviços e ações de saúde com o uso de critérios regionais para seu planejamento, da forma como se expressaram na história da conformação de sistemas nacionais e universais de saúde em vários países europeus, onde as regiões adquirem duplo significado: 1) bases territoriais para o planejamento e organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção com distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde; e 2) espaços geográficos vinculados à condução político-administrativa do sistema de saúde.

No Brasil, a regionalização da saúde é um fenômeno de enorme complexidade, tendo em vista as desigualdades e diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde e a multiplicidade de atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução e na prestação da atenção.

Por essas razões, propõe-se o entendimento da regionalização da saúde de forma ampla, como um processo técnico e político de múltiplas dimensões e que envolve: a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos em diferentes espaços geográficos; o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território; a incorporação de elementos de diferenciação e de diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde; e a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a redução das desigualdades regionais.

A política de saúde desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS. A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde por meio de normatização, consubstanciada pela edição de dezenas de portarias – em geral, associadas a mecanismos financeiros, que favoreceram a adesão e a implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais e o aprendizado institucional das secretarias de saúde.

A regionalização, porém, contou também com um ciclo (pós 2003) comandado pelos estados, com destaque para a ampliação de capacidade instalada, fruto de investimento em novas unidades para média e alta complexidade (ambulatorial, hospitalar e de serviços de

apoio, diagnóstico e terapêutico), da expansão de arranjos institucionais (de gestão intergovernamental), como a dos consórcios verticais, de aproximação e desenvolvimento de ações coordenadas entre o ente estadual e os municípios, o que possibilitou uma intervenção de grande envergadura no período da pandemia por estados e municípios.

Os desafios atuais estão ligados à criação de autoridade/inteligência compartilhada no espaço regional, de forma a cobrir diferentes dimensões da governança pública (territorial, assistencial, institucional e intersetorial); ao reforço das ações e espaços de coordenação do estado com os municípios; e, finalmente, estão ligados também à introdução de um novo patamar tecnológico (saúde digital) de maneira regulada e como fator impulsionador da integração entre serviços e ações no plano regional.



Saúde é direito de todos

Ana Maria Malik*

Mudou a população ou mudou o sistema?

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o acesso aos serviços de saúde no Brasil era subdividido em algumas categorias: havia os pacientes **particulares** (hoje em dia chamados pagadores *out of pocket*); os pacientes **previdenciários** (aqueles que recolhiam uma quantia para a previdência social, em decorrência de serem empregados formais, com carteira profissional assinada); alguns **segurados** (por institutos públicos, como o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo – Iamspe); outros **beneficiários** de alguns poucos planos de saúde privados então existentes (como a Samcil, a Amil, alguma Unimed ou vinculados a empresas como a CASSI, entre outros); os **rurais** (com algum grau de cobertura de saúde por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – Funrural); e os então denominados **indigentes**, impossibilitados de remunerar os serviços prestados de alguma maneira. Nas Santas Casas de Misericórdia, um tipo de serviço de saúde disponível no país logo após o descobrimento (anos 1500) até os dias de hoje, era possível para cidadãos de quaisquer dessas categorias serem atendidos.

Em alguns serviços públicos, principalmente universitários, havia classificação econômico-social,

o que permitia a entrada de pacientes particulares (sem outro tipo de cobertura) mediante o pagamento de taxas, devido à sua faixa de renda ou mediante interesse científico (casos que merecessem ser estudados) e, ainda, mediante interesse administrativo (se e quando a administração pública quisesse oferecer os cuidados tendo em vista características pessoais). Como a apuração de custos nesses serviços até os anos 1980 era muito incipiente e havia resistência a realizar cobranças em ambientes públicos, as taxas eram bastante baixas, principalmente diante dos custos dos serviços utilizados para realizar a classificação, fazendo com que, finalmente, esse tipo de cobrança fosse descontinuado.

No início da década de 1980 (a partir de 1982) foi criado o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais), uma iniciativa entre diferentes Ministérios (Saúde/Previdência/Educação), como maneira de unificar a assistência pelo menos aos pacientes sem cobertura privada. Em 1983, o Pais deixou de ser um programa para se tornar uma estratégia (renomeada **AIS**, Ações Integradas de Saúde). Ou seja, um programa é previsto para ter algum término, enquanto uma estratégia é mais abrangente, tanto no tempo quanto na dimensão espacial.

A partir desse momento, muitos dos profissionais da assistência se ressentiram do aumento da demanda: em vez de atender pacientes de uma única categoria, passaram a ser chamados a dar resposta a todo tipo de paciente, com outras características econômicas e sociais.

* Graduada em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (1978), mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGV-SP) (1983) e doutora em Medicina (Medicina Preventiva) pela USP (1991). Professora titular da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV, coordenadora do FGV saúde e diretora adjunta do Programa de Estudos Avançados em administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA) da FGV. Acadêmica da Academia Brasileira de Qualidade (ABQ) desde 2015. Membro do Comitê de Saúde do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) desde agosto de 2019. Acadêmica eleita para a Academy of Quality and Safety in Healthcare (IAQS) desde maio 2020.

A seguir, já durante os trabalhos da Constituinte, em 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Neste, além dos Ministérios trabalharem juntos, as instâncias estaduais e municipais também deveriam estar integradas. O princípio por trás dessa política era a distribuição da população pelo território nacional. Porém, a distribuição dos recursos de infraestrutura de saúde e de recursos financeiros não seguia o mesmo padrão. Dizia-se que cada estado e cada nível de governo contribuía com o que tinha, ou seja, a gestão (e necessariamente a governança) deveria ser tripartite, orientada pelas necessidades da população.

De maneira otimista, pode-se assumir o início de um privilégio ao compartilhamento de recursos e à valorização dos perfis epidemiológicos. A resistência dos profissionais da assistência continuava: além de reclamarem do aumento de demanda, ainda se ressentiam da sua percepção de continuada restrição de recursos. Essas reclamações não estão documentadas em produção acadêmica, mas são lembradas por gerentes de serviços da época.

Com a promulgação da Constituição Cidadã, em 1988, ficou estabelecido, em seu Artigo 196, a saúde como direito de todos. Nesse caso, saúde passou a ser entendida em relação ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, o termo saúde substituiu os conceitos de doença, enquanto o acesso universal e igualitário se sobrepôs a todas as diferenças de classificação entre os tipos de pacientes apresentada até então. Dessa forma, por exemplo, o conceito de indigente foi superado pelo de cidadão, assumindo o país o financiamento do sistema pelo orçamento fiscal e, portanto, proveniente de todo tipo de bem ou serviço consumido, além do Imposto sobre a Renda.

Sob os céus do SUS

O SUS está em implantação desde 1988. No entanto, como a realidade é extremamente dinâmica, ele dificilmente será integralmente implantado para toda a população brasileira, pois os serviços, a disponibilidade de tecnologia de todo tipo e as informações mudam

cotidianamente. Nesse mesmo ano, por exemplo, a existência da assistência médica suplementar era totalmente diferente da atual. A primeira grande mudança só ocorreria uma década depois, a partir da promulgação da Lei nº 9.656/98, com a tentativa de normalizar e regular as empresas desse mercado, e, desde 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As duas medidas foram tomadas com a intenção de proteger os cidadãos beneficiários dessa modalidade, suplementar em relação à assistência pública. A ANS é vinculada ao Ministério da Saúde, sendo a indicação de seu presidente referendada pelo Senado Federal.

Seja como for, o **SUS** é o maior sistema universal de saúde do mundo, responsável por mais de 200 milhões de habitantes, no que se refere a atividades para além da assistência médico-hospitalar, como a vigilância epidemiológica, sanitária e imunizações, além de pesquisa e inovação. Porém, como ocorre com todos os tipos de recursos de infraestrutura de assistência médico-hospitalar no Brasil, o número de beneficiários também varia de acordo com a região do país. É possível olhar para regiões e estados como um todo, onde as variações são grandes; olhando para alguns municípios, contudo, é possível observar concentrações maiores da população coberta por operadoras de planos de saúde (OPS) diante de pessoas integralmente dependentes dos serviços públicos, às vezes de mais de 50%.

A **renda** é um dos determinantes dessas variações: as regiões metropolitanas de São Paulo e Belo Horizonte, por exemplo, bem como o Distrito Federal, demonstram esse fenômeno. As estatísticas gerais mostram cerca de 30% da população brasileira com direito a planos de saúde. Falando em porcentagem, os 30% são pouco em relação ao total. Isso, contudo, torna os beneficiários da assistência médica suplementar brasileira um dos maiores contingentes dependentes de seguros privados do mundo (esse grupo populacional é maior do que o total de habitantes de diversos países que têm sistemas públicos de saúde, como Portugal ou Espanha). É importante lembrar, ainda, que no Brasil a aquisição de um plano de saúde privado –

seja por cidadãos individualmente seja pelos seus empregadores – é opcional, diferentemente do que ocorre em outros países.

Existe, portanto, a cobertura **universal** do SUS, a realizada pela assistência médica suplementar e aquela adquirida diretamente pelos cidadãos, mesmo pelos que não dispõem de muitos recursos financeiros. Ou seja, embora as categorias existentes antes da Constituição de 1988 não existam mais enquanto tal, a realidade se encarrega de mostrar as diferenças no alcance da cidadania plena. Por exemplo, em termos de incorporação de tecnologia, para a população que depende do SUS valem as orientações emanadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), órgão que desde 2011 assessora o Ministério da Saúde em sua tomada de decisões em relação à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias pelo SUS, das quais fazem parte protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas.

Já para a população beneficiária da assistência médica suplementar vale o disposto no rol de procedimentos e eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma lista de consultas, exames, cirurgias e tratamentos, atualizada periodicamente, que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a fornecer de acordo com o plano a que o segurado tem direito. Uma peculiaridade do SUS e dessas classificações é que, por vezes, beneficiários de planos de saúde usam os serviços públicos por facilidade ou por disponibilidade.

É conhecido que há muitas categorias de planos de saúde, com distintos graus de cobertura para procedimentos. Alguns dos quais de alta complexidade, financiados quase que exclusivamente pelo orçamento público. É frequente no planejamento municipal os gestores considerarem a população como um todo no momento de definirem as ações que pretendem realizar, não levando em conta quem teria direito a outras alternativas, considerando o princípio da **universalidade**.

Diante desses diferentes instrumentos de consulta/assessoria/informação, as tecnologias (procedimentos, medicamentos, protocolos) a que a população tem direito certamente não são homogêneas. Assim, entra

em ação um mecanismo de busca por direitos cada vez mais comum no sistema: a judicialização. Essa ideia comporta um tipo de demanda e de resultados quando a judicialização ocorre contra o SUS, setor público, e quando é voltada aos planos de saúde. Em primeiro lugar, entra em ação um novo ator, o poder judiciário. Uma das poucas coisas comuns aos julgamentos dos dois tipos de ação movidas é que o judiciário tende a favorecer o cidadão, por considerá-lo, usualmente, hipossuficiente.

Os recursos utilizados para cumprir as ordens judiciais desses processos são originários de diferentes fontes. No caso do setor público, o orçamento vem da instância federativa envolvida na ação; no caso dos planos de saúde são os recursos pagos pelos beneficiários que entram em questão. Indiscutivelmente, porém, cabe dizer que os recursos são provenientes do coletivo (em última instância, dos bolsos dos cidadãos pagadores de impostos e consumidores de quaisquer bens e serviços) para destinação de beneficiários individuais.

Dependendo do caso, muito poucos são os que recebem a autorização para consumo de tecnologias de alto custo, em detrimento de outros produtos ou serviços que poderiam servir à sociedade de maneira ampla. A judicialização, seja pelo prisma que for, consome cada vez mais recursos e isso interfere nos orçamentos, independente dos cálculos atuariais. A noção de risco entra na discussão atuarial e a de finitude de recursos faz parte das lógicas orçamentárias, deixando claro que, embora as necessidades (ou os desejos) sejam infinitas, os recursos têm um limite muito claro.

Uma solução para esses impasses pode estar na implantação de um modelo de governança mais transparente, no qual de fato – como previsto em lei – haja a participação dos diferentes níveis de governo, da iniciativa privada e de diferentes representantes da população, que fazem parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme a Lei nº 8.142/90.

Seguindo os pilares da governança corporativa (transparência, equidade, responsabilidade corporativa e prestação de contas) seria mais fácil compreender os processos decisórios que norteiam a implantação das políticas de saúde e suas estratégias, além

das populações a que elas se propõem beneficiar. Por exemplo, se por um lado a equidade (não a igualdade) é um dos princípios do SUS, a prestação de contas, juntamente com a transparência, sempre deveria ser considerada na utilização de recursos que visem ao bem comum (como é o caso de qualquer ação de saúde, que repercute na sociedade e na economia).

A implantação da Constituição não acabou, nem a do SUS

Ainda há direitos que o cidadão brasileiro não consegue usufruir, por mais que estejam garantidos constitucionalmente. Nem na educação, nem na saúde, nem na previdência, nem na segurança. No entanto, 2023 é muito diferente de 1988; 35 anos se passaram e imprimiram mudanças não só no Brasil, não só na forma de se entender o mundo, na disponibilidade de informações e nas fronteiras entre países e classes sociais. Há caso em que ficou mais fácil, outros, mais difícil. Algumas das ferramentas desenvolvidas, alegadamente para diminuir as distâncias, por vezes as aumentam, como é o caso da internet. Se não houver esforços, ela não chegará para todos e continuará concentrada.

Para conseguir afirmar que saúde é um direito de todos, é necessário no mínimo perceber, como diz o Artigo 196 da Constituição, que ela é um dever

do Estado e que requer políticas públicas sociais e econômicas. Assim como o SUS, essa implantação não pode ser de governo, mas sim de Estado e, nesse caso, o cidadão pode ser considerado uma força impulsionadora do bem comum.

Pelo menos perante a saúde, o Brasil e os brasileiros caminharam muito. Vacinas, atenção básica, água tratada, acesso a medicamentos essenciais, regulação para alta complexidade (principalmente voltada a transplantes, situação em que o país é um case de sucesso) mostram os avanços do século XXI em relação a três décadas atrás.

O que cabe buscar ainda? Mais conhecimento, para profissionais, gestores e cidadãos; mais senso de coletivo, mais literacia na saúde e até mesmo mais compromisso com a sua própria saúde. Mas muitos desses componentes não podem ser deixados apenas como responsabilidade do cidadão. Sua atuação tem limites. Os determinantes sociais são evidências dessas limitações. Há muito caminho pela frente. E, como dizia o poeta e diplomata João Cabral de Melo Neto, em *Morte e vida Severina*, poema dramático escrito nos anos 1950, quando não se discutia nem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nem os determinantes sociais, “muita diferença faz entre lutar com as mãos e abandoná-las para trás”.



Uma vida inspiradora: o engajamento e o legado de Elza Lobo nos movimentos sociais e humanitários

Claudia Vieira Carnevalle*

Ao comemorarmos três décadas e meia de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), é imprescindível reconhecer o impacto provocado pela professora Elza Lobo na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), bem como em todos os espaços que percorreu durante sua valorosa trajetória humanitária. Seu legado reitera seu irredutível compromisso com a edificação de um SUS resiliente e abrangente, ao longo de uma jornada inquebrantável de engajamento ativo e assentado na ideia de educação abrangente e na defesa apaixonada de todos os cidadãos.

A professora é uma figura de destaque na SES-SP pela brilhante atuação na implantação da Ouvidoria, assim como no Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, em que desempenhou um papel de extrema relevância em diversas áreas da saúde, sempre com foco no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida da população. Sua atuação incansável, seu conhecimento profundo e seu comprometimento com a consolidação do sistema de saúde a tornam uma referência inquestionável no cenário estadual.

Nascida na capital paulista, em 1937, no início do Estado Novo – último momento da Era Vargas, que se estendeu até 1945 –, começou sua participação na política pelo Centro Acadêmico da Faculdade Cásper

Líbero e no Diretório Central dos Estudantes da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), onde se graduou em jornalismo. Também fez parte do Grupo de Promoção Humana, que se envolveu em atividades educacionais e de saúde em Presidente Altino, quando ainda era um bairro periférico da cidade de Osasco, na Grande São Paulo. Essas ações ocorreram junto ao “postinho de saúde” da Igreja local, liderada pelo Padre Comaru.

Como militante da Ação Popular (AP), grupo criado no início dos anos 1960 por quadros políticos progressistas ligados à Juventude Universitária Católica (JUC), envolveu-se em cursos de capacitação de monitores para trabalhar com comunidades urbanas e rurais em várias cidades, adotando a metodologia freiriana. Elza Lobo também participou de atividades culturais promovidas pelo Centro Dom Vital, localizado no centro da cidade de São Paulo, que também abrigava o Movimento de Alfabetização de Adultos, vinculado ao Movimento de Cultura Popular (MCP), criado em 1961 por um grupo de intelectuais e artistas pernambucanos, que incluía Paulo Freire. O MCP preparava monitores envolvidos na Campanha Nacional de Alfabetização, com apoio da União Estadual dos Estudantes (UEE) e da União Nacional dos Estudantes (UNE).

No final de 1964, a professora integrou o grupo que, em colaboração com membros das Faculdades de Educação e de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), organizou a “Operação Ubatuba”. Com apoio da *Folha de S.Paulo*, da prefeitura local e da Associação Cristã de Moços, essa iniciativa alfabetizava

* Graduação em psicologia, mestrado em saúde coletiva pela Santa Casa de São Paulo; pós-graduação em violência na saúde (ENSP/Fiocruz) e em psicodrama pedagógico (Faculdade Padre Anchieta); doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD/SES-SP). Docente e pesquisadora na Universidade São Judas – ANIMA na área de psicologia e saúde pública; curadora da Core Currículum – Saúde Integral e Ampliação da Consciência e Subjetividade e Modernidade; consultora de projetos sociais nos temas de prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Servidora pública estadual há 26 anos, na área de gestão em saúde pública; atualmente é diretora técnica de saúde III, do Grupo de Planejamento e Avaliação da CCD/SES-SP

caixaras do Litoral Norte paulista. Essa ação redundaria na fundação do MOVA (Movimento de Alfabetização).

No ano seguinte ajudou a fundar o Teatro Universidade Católica de São Paulo (TUCA), com a encenação de *Morte e vida Severina*, de João Cabral de Melo Neto. Em 1966, a peça arrebatou o 1º Prêmio no Festival Mundial de Teatro Universitário, realizado em Nancy (França). Entre 1966 e 1968, a professora se envolveu com grupos de teatro popular em várias cidades, acumulando experiências com comunidades marginalizadas.

Em 10 de novembro de 1969, foi presa por “terrorismo” e subversão. Sob a repressão, sofreu torturas e ficou na prisão até 1971, quando partiu para o exílio. Durante seu tempo fora do país, trabalhou no Comitê Coordenador de Serviço Voluntário Internacional (CCSVI), ligado à Unesco, em diferentes nações latino-americanas, sempre focada em educação e saúde para as comunidades mais vulneráveis de Argentina, Peru, Chile, Equador, Venezuela, Bolívia e Panamá. Sua ação articulava o pensamento freiriano, em especial a pedagogia do oprimido e a comunicação popular, abordando questões de gênero, raça e etnia. A professora valorizava o saber popular e buscava constantemente formas de tornar o conhecimento científico acessível às comunidades.

Após retornar ao Brasil, em 1979, no lastro da anistia política, trabalhou como assessora de relações educacionais e de trabalho no grupo. Lecionou na pós-graduação na PUC-SP, onde organizou cursos de metodologia e prática de educação popular, com base em suas experiências na América Latina.

Na década de 1980, participou de avaliações de projetos como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), no Nordeste, e de urbanização de favelas, em Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Até 1984 contribuiu ativamente na organização dos Encontros de Movimentos Populares de Saúde em diferentes estados, construindo demandas que seriam levadas à 8ª Conferência Nacional de Saúde; e participou da Campanha Diretas Já, marco do processo de redemocratização do país. Em 1985, no 2º Congresso Brasileiro de Cuidados Primários e Pediatria

Comunitária, em contato com grupos de diversas regiões do país, acabou participando da organização de encontros sobre mortalidade infantil e materna.

Mais tarde, integrou o Núcleo de Educação e Saúde do Instituto de Saúde (IS/SES-SP) e conduziu atividades em encontros sobre pesquisa social em saúde, ministrando cursos de capacitação para profissionais da saúde coletiva. Também acompanhou reuniões científicas relacionadas a métodos e teorias de interesse para o campo. Nessa perspectiva, entre 1986 e 1992, participou de diversas atividades técnicas e científicas internacionais em atenção primária à saúde e medicina social – como o seminário e a jornada sobre atenção primária à saúde (APS), realizados em Havana e Buenos Aires.

Em 1991, ajudou a organizar o ato “Um grito contra a miséria”, que envolveu artistas, intelectuais e políticos e deu origem ao Movimento de Ação pela Cidadania contra a Fome e a Miséria, liderado pelo sociólogo Herbert José de Souza, o Betinho. Desempenhou um papel ativo na preparação da ECO-92¹, por meio da Rede Mulher, coordenando diferentes atividades e contribuindo para a inclusão de grupos infantis de teatro e música no desfile de abertura das atividades da conferência.

Integrou a Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul, sediada na Fiocruz e apoiada pelo IDRC do Canadá, coordenando projetos de pesquisa no Brasil e participando de reuniões nos países do Cone Sul. Além de seu trabalho acadêmico, organizou encontros com parteiras em Pernambuco e Maranhão e com quebradeiras de coco no Tocantins, visando a sustentabilidade. Promoveu discussões sobre responsabilidade na conservação da vida e garantia de direitos em saúde em diferentes regiões rurais e urbanas do Brasil, como Belém, Santarém, Goiânia, Cuiabá, Feira de Santana, Salvador e Recife. Apoiou comitês de solidariedade em prol de grupos

¹ Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada na cidade do Rio de Janeiro, que reuniu chefes de Estado e representantes de 179 países, organismos internacionais, milhares de organizações não governamentais e participação direta da população. Também chamada de Cúpula da Terra, a ECO-92 foi um marco nas discussões sobre a preservação ambiental e o desenvolvimento sustentável. Veja mais em <https://brasile scola.uol.com.br/geografia/eco-92.htm>.

marginalizados (negros, mulheres, índios, remanescentes de quilombos, camponeses, sem-terra, imigrantes e perseguidos políticos). Sua trajetória é marcada pelo pluralismo e pela crença na capacidade transformadora do ser humano. Nessa perspectiva, o internacionalismo foi uma característica importante em sua vida, marcada pelo apoio e carinho a militantes políticos em diferentes países latino-americanos e europeus.

Foi ela, também, quem criou as salas de leitura em hospitais públicos, por meio do projeto “Leia Comigo”. Realizado em parceria com as secretarias estaduais de Cultura e de Assistência Penitenciária, o projeto foi lançado em 2004.

Ao longo de sua carreira, a professora Elza Lobo tem se destacado pela expertise em políticas públicas de saúde, capacidade de articulação de diversos setores da sociedade e defesa incansável da saúde pública de qualidade e acessível a todos. Sua contribuição é valiosa não apenas em termos de conhecimento técnico, mas também pela habilidade em sensibilizar e mobilizar pessoas sobre a importância de uma saúde eficiente e justa.

Em 1996, no escopo da II Conferência Estadual de Saúde, com vistas à melhoria dos serviços, recomendou a regulamentação de dispositivos do Código de Saúde paulista. A partir de um grupo de trabalho coordenado por ela, foi desenvolvido um estudo para implementar a Ouvidoria do SUS, como canal de defesa dos direitos dos cidadãos. A iniciativa pioneira impulsionou a instalação de ouvidorias em todas as unidades de saúde do estado. Nesse caso, é importante lembrar que sua abordagem rejeita a ideia de saúde como mercadoria e enfatiza os direitos constitucionais, expressos principalmente no Artigo 5º da Carta Magna, que dispõe sobre as interações entre saúde, cidadãos e serviços. Por isso, a Ouvidoria Geral do SUS-SP, ancorada na noção de gestão participativa, permite aos usuários cidadãos se expressarem livremente, ao mesmo tempo em que se constitui como instância de controle da administração pública, diferenciando-se das instâncias legais e econômicas. Ela não tem poder coator, mas critica, aconselha e sugere, visando à transparência. Também identifica

críticas e reclamações sobre os serviços de saúde do SUS paulista, encaminhando-as aos responsáveis e acompanhando as medidas tomadas.

É importante dizer que a Ouvidoria foi antecedida pela Comissão de Auditoria, criada após a constatação de cobranças irregulares no SUS por parte de instituições privadas, o que levou à instalação do DISQUE-SUS, que é o canal pelo qual a população pode denunciar violações de direitos dos usuários do sistema público de saúde. A SES-SP, que segue as leis que regulamentam o SUS, está constantemente atenta ao cumprimento da gratuidade do sistema, proibindo quaisquer tipos de cobranças extras feitas por instituições privadas credenciadas. Assim, o DISQUE-SUS atua como *ombudsman* do SUS, seguindo os preceitos constitucionais de livre manifestação do pensamento e acesso à informação, bem como o Código de Saúde do estado de São Paulo, que se baseia na transparência, no controle social e na qualidade. Elogios, em que se destacam a assistência completa prestada pelo SUS, em comparação com seguros privados limitados, também são recebidos.

Ao promover o acesso universal, integral e equânime à saúde, o SUS é um dos pilares mais importantes do sistema de proteção social no Brasil. Essa conquista não seria possível sem a participação ativa da sociedade em sua construção e aprimoramento contínuo. A Lei nº 8.142, de 1990, regula a participação da comunidade na gestão do sistema, bem como o controle de seus recursos. Isso ocorre por meio de instâncias como as conferências e os conselhos de saúde. Nesse segmento, a professora Elza Lobo é uma figura de destaque. No Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CES-SP) sua atuação incansável, seu conhecimento profundo e seu comprometimento com a melhoria do SUS a levaram ao cargo de secretária executiva, o que a tornou uma referência incontestável no cenário paulista.

Expressando grande diversidade de interesses e perspectivas relacionadas à saúde – é integrado por representantes do governo, dos trabalhadores da saúde e usuários do SUS – o CES-SP é um fórum de discussão democrática, no qual são tomadas

decisões que influenciam diretamente o funcionamento e a qualidade do SUS no nível estadual. Nessa perspectiva, se destaca como um instrumento crucial para a efetiva participação popular, permitindo que as vozes dos cidadãos sejam ouvidas e incorporadas às políticas públicas de saúde. Garantindo a inclusão de diversos setores na tomada de decisões e no controle em todos os níveis de governo no âmbito estadual, o conselho é a instância fundamental para garantir a construção, a avaliação e o aprimoramento das políticas de saúde. Já as Conferências de Saúde são um dos pilares do trabalho do conselho. Esses eventos periódicos reúnem representantes de diversos segmentos da sociedade para discutir, avaliar e propor diretrizes para o setor. São momentos de diálogo e participação ativa da comunidade. A presença da professora Elza Lobo no CES-SP representa uma voz firme e embasada, capaz de influenciar decisões importantes e propor iniciativas para aprimorar o SUS. Seu compromisso com a participação ativa da comunidade, a defesa dos direitos dos usuários e a busca por soluções inovadoras foram e ainda são fundamentais para o desenvolvimento de políticas que atendam às reais necessidades dos usuários do SUS.

A trajetória e a dedicação da professora inspiram não apenas os membros do CES-SP, mas também todos os profissionais e cidadãos que se preocupam com a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente em São Paulo. Sua influência e liderança são fundamentais para a promoção de mudanças positivas e para a construção de um futuro em que a saúde seja de fato um direito de todos, com excelência e responsabilidade.

A participação social no CES-SP é vital por várias razões. Além de garantir a transparência das políticas de saúde, permite que a sociedade acompanhe de perto o processo de tomada de decisões, uma vez que assegura que as ações do governo estejam alinhadas com as demandas dos usuários, evitando desvios e abusos. Além disso, o conselho é um mecanismo de controle social na medida em que fiscaliza a aplicação dos recursos e a eficácia

dos programas de saúde. Isso contribui para o uso eficiente dos recursos públicos e ajuda a identificar áreas que precisam de melhorias. Para garantir a representatividade do conselho é fundamental considerar a diversidade da população. Só assim, diferentes grupos, como de idosos, crianças, pessoas com deficiência, indígenas e quilombolas, entre outros, têm suas vozes ouvidas, assegurando que o SUS seja verdadeiramente inclusivo. Sua atuação extrapola o nível estadual, pois suas decisões podem influenciar políticas de nível nacional. Isso destaca ainda mais a composição democrática e o compromisso de seus membros com o bem-estar da sociedade.

Um exemplo notável de participação do CES-SP foi a 8ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em 2011, quando foram discutidos temas relevantes para a saúde paulista, incluindo a organização dos serviços, a atenção primária, a promoção da saúde e a gestão do SUS. O evento resultou em importantes diretrizes que influenciaram as políticas de saúde em São Paulo. Assim, os conselhos são um exemplo vivo da democracia participativa brasileira, na medida em que permitem que a sociedade exerça seu papel de co-gestora do sistema de saúde.

Destacada a importância nessas instâncias de participação social, o SUS São Paulo tem na figura da professora Elza Lobo um farol de comprometimento e dedicação. Sua trajetória, destacadamente à frente da Ouvidoria do SUS e do Conselho Estadual de Saúde, é notável porque representa um elo vital entre a população e o sistema de saúde. Como líder do CES-SP, ela personificou a voz do povo, servindo como intermediária entre a comunidade e as políticas de saúde implementadas. No projeto da Ouvidoria, abriu um canal direto para os cidadãos expressarem suas preocupações, reclamações e sugestões sobre o Sistema Único de Saúde. Sua atuação incansável resultou em aprimoramentos nos serviços, na detecção de irregularidades e no estabelecimento de mecanismos para corrigir problemas, um farol de *accountability* que garante à administração pública transparência, responsabilidade e sensibilidade para as necessidades da população.

Na celebração dos 35 anos do SUS, sua importância transcende as esferas administrativas e se estende profundamente para a vida dos cidadãos e das cidadãs paulistas. Seu compromisso com a melhoria da saúde pública, sua defesa da participação cidadã e sua habilidade em traduzir as demandas sociais em políticas eficazes a tornam uma inspiração para todos aqueles que acreditam na construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo. Sua atuação notável em áreas tão

sensíveis ao SUS ilumina o caminho para um futuro, em que a voz do povo será ouvida e respeitada, contribuindo para um sistema de saúde mais humano e eficiente^{II}.

II Agradecimentos: À família afetuosa da professora Elza Lobo, representada por seu irmão Luiz Roberto Ferreira e sua esposa Eloide Castro Moreira Ferreira Lobo, que generosamente compartilharam parte do acervo que registra sua trajetória, enriquecendo sobremaneira este ensaio. Além disso, é importante destacar a figura da estimada Maria Palmira Moura Martins, profissional do CES da SES/SP que trabalhou durante uma década ao lado da professora Elza. Maria Palmira continua a honrar a amizade e a admiração que nutre por ela, fortalecendo ainda mais os laços que as unem.



Profissão vivida no SUS

Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda*

Minha trajetória como médica me permitiu vivenciar o Sistema Único de Saúde sob diferentes aspectos. O início da carreira foi em 1982, como residente na prefeitura de São Paulo, com programação reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e curso no Hospital Infantil Menino Jesus (HIMJ). Diferentes estágios no pronto-socorro e enfermaria no Hospital do Tatuapé; na enfermaria e ambulatórios de especialidades do HIMJ; no berçário da Maternidade Cachoeirinha; na atenção a intoxicações no Hospital do Jabaquara; na atenção básica no Centro de Saúde do bairro de São Mateus.

Esses espaços motivaram a minha continuidade no serviço público. E exerci atendimento pediátrico em diferentes unidades da Zona Leste da capital paulista. Frequentei encontros regionais dos pediatras para atualização de protocolos, tratamentos e fluxos de referenciamento definidos na organização municipal; compareci a módulos de capacitação para diferentes agravos; vivenciei a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); participei de atendimentos multidisciplinares dentro e fora da unidade de saúde.

Uma epidemia de doença meningocócica no início dos anos 1990 permitiu que eu conhecesse os colegas da Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São

Paulo (CVE/SES-SP), em decorrência de uma carta que escrevi a seu então diretor, Wagner Augusto da Costa. Nela, agradecia o envio do manual técnico, recebido em casa, que apresentava a situação epidemiológica do agravo, as definições de estratégias de controle e as orientações sobre a campanha de vacinação definida para o enfrentamento daquela crise. A convite do diretor da divisão, Glacus de Souza Brito, durante 40 dias apoiei atendimentos telefônicos recebidos no CVE para esclarecimentos de médicos atuantes na cidade de São Paulo, naquela ação.

No final dessa década, retornei à Divisão de Imunização convidada por Julio Cesar de Magalhães Alves, para exercer a chefia e coordenação do Programa Estadual de Imunização (PEI), função que ocupei até 2005. O início desse trabalho coincidiu com a implementação do SUS, sendo-me determinante olhar para a descentralização e atuação municipal. O PEI já apresentava estruturação importante, com regionais de vigilância epidemiológica estabelecidas territorialmente, liderança técnica estadual do CVE, instituído em 1985, e norma programática estabelecida desde 1968, atualizada em 1975, 1979, 1984, 1988 e 1991¹. Nesse sentido, apoiar o empoderamento das responsabilidades locais regionais e manter a função estadual de coordenação era o caminho já traçado. Nesse processo, destaca-se o papel relevante e essencial da Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações (CPAI), criada em 1987, sob a presidência de Gabriel Wolf Oselka, nas assertivas recomendações técnicas.

* Graduada em Medicina pela Universidade de Mogi das Cruzes (1981); residência em pediatria e mestrado em saúde coletiva pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005). Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em saúde pública, atuando principalmente nas áreas de imunização, epidemiologia, planejamento em imunizações e gestão pública de ações de vigilância em saúde. É membro da Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações no estado de São Paulo e consultora científica do BEPA.

¹ Deliberações SS-CTA-2/ 1975, SS-CTA-1/1979, SS-CTA-1/1984; Resoluções SS 181/1988, SS 247/1991.

A epidemia de sarampo, em 1997, exigiu esforços importantes para seu controle, sob comando de José Cassio de Moraes, que ocupava então a direção do CVE. Outros agravos e ações relevantes movimentaram o trabalho na Divisão de Imunização: introdução de novas vacinas no calendário de rotina e extensão das faixas etárias prioritárias, mantendo sempre atualizada a norma técnica programática^{II}; surtos de febre amarela selvagem em novas áreas do território paulista; novos procedimentos para armazenamento, distribuição e administração dos imunobiológicos; maior utilização de sistemas informatizados para registro de produção e apoio na avaliação de coberturas vacinais e notificação de agravos; complexa vigilância dos eventos adversos que mantivessem a confiabilidade da população no PEI; minha integração como membro da CPAI. O aprendizado foi imenso, e não só científico, uma vez que nesse percurso foi importante também articular, descentralizar, pactuar, propiciar capacitação para exequibilidade e êxito das ações programáticas das políticas de saúde. Daí ter sido esse período crucial para que eu pudesse conhecer, entender, defender e utilizar recursos financeiros destinados às ações estaduais, conforme as normas operacionais que se delineavam.

Oportuno mencionar que durante 2006 estive à frente do Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis (Fesima), órgão que desde 1968 financiou ações estratégicas de vacinação. Atualmente, a reformulação administrativa o manteve como fundo especial destinado a projetos de vigilância em saúde (VS), com gestão realizada pelo Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde (GAPPPS). Nesse momento, participei da consolidação da CPAI no âmbito da SES-SP, vinculada ao Gabinete do Secretário, reformulada e com definição de membros institucionais – Divisão de Imunização, CVE e CCD, representação do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e profissionais de reconhecido saber^{III}. Entre 2007 e 2016 atuei na CCD/SES-SP, órgão estatal de gestão da vigilância

em saúde, tendo sido sua coordenadora até 2011, e, depois, atuando na área de planejamento.

Além das atividades pertinentes à vigilância em saúde, a experiência de gestão com a implementação da regionalização da atenção à saúde trouxe-me a possibilidade de entender a grandiosidade e a importância de cada vez mais defender os três fundamentais princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Esforços foram realizados para integrar as diferentes áreas de vigilância em saúde (VS) – epidemiológica, sanitária, ambiental, laboratório de saúde pública – e entre esta e a atenção à saúde (AS) – básica, especializada e hospitalar. Considero que existiram avanços na integração entre ambas, mas foram tímidos.

A publicação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases)^{IV}, em 2012, embora explicitasse que a notificação, a busca ativa, a investigação de eventos de interesse de saúde pública e a vacinação atendendo ao calendário nacional eram de responsabilidade não só da vigilância em saúde, mas também da atenção primária, de urgência e emergência, da atenção psicossocial e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Em vários locais havia como que um “referenciamento” para que essas ações fossem realizadas “naquela outra sala”. Eu comentava que era uma “nova sala de especialidade”, com uma plaquinha “VIGILÂNCIA”. Também tinha percepção de que as gerências de unidades de saúde não contavam com profissional técnico especializado e permanente que pudesse, de fato, administrá-las como real porta de entrada do sistema e com capacidade resolutiva para a maior parte das demandas de saúde.

Vivenciei, naquela década na CCD, a definição de 64 Regiões de Saúde e Comissões Intergestoras Regionais (CIR), o que possibilitou a inserção no processo das diretorias regionais de vigilância epidemiológica e sanitária, bem como de laboratórios regionais do Instituto Adolfo Lutz. Importantes foram o relacionamento com o Cosems e a participação nas reuniões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) paulista. Essas comissões constituem canal permanente de negociação e decisão entre gestores, assegurando

II Resoluções SS 175/1997 e 28/1999.

III Resolução SS 56/2006.

IV Portaria GM 841/ 2012

organização e funcionamento da rede regionalizada e referenciada para atenção e vigilância em saúde. Posso demonstrar essa dinâmica com duas ações: a atenção e o controle da epidemia de influenza A/H1N1, com a importante campanha de vacinação de mais 20 milhões de paulistas, e a aprovação da Lei Antifumo^V, que exigiu atuação exemplar das vigilâncias sanitárias municipais, coordenadas e apoiadas pelo Centro de Vigilância Sanitária (CVS/SES-SP).

Menciono que durante um semestre daquela década na CCD (agosto/2010 a janeiro/2011) fui designada secretária adjunta da SES-SP. O chefe da pasta foi Nilson Ferraz Paschoa, diante do falecimento de Luiz Roberto Barradas Barata. Acredito que consegui apoiá-lo no encerramento do longo caminho percorrido por Barradas à frente do gabinete.

No campo da vigilância em saúde, a suspensão da vacinação antirrábica para animais foi crucial nesse momento. Ela decorreu da experiência e dados no estado de São Paulo apontando eventos adversos graves, o que motivou a investigação da composição e concentração da vacina rotineiramente utilizada.

Após 2017, retornei ao CVE como médica da Divisão de Doenças Ocasionalmente pelo Meio Ambiente. Local de aprendizado importante para o que defendo hoje sobre o “o planeta é nossa casa, cuidemos juntos”, ali permaneci até minha aposentadoria, em 2019^{VI}.

Entre 2007 e 2021 fui editora do *Boletim Epidemiológico Paulista* (BEPa), criado em 2004 por Luiz Jacintho da Silva. O periódico tem como missão disseminar informações, promover atualização e o aprimoramento técnico-científico dos profissionais e instituições de saúde. Incentivar a produção e divulgação dos trabalhos da rede pública é questão essencial para documentar relatos marcantes e contribuir para a narrativa histórica do SUS.

Nessa trajetória, debruçei-me sobre dados e informações que permitissem análises e avaliações para a tomada de decisões. Os planejamentos de saúde exigiam diagnósticos situacionais, estabelecimento

de ações e atividades para o alcance de metas com resultados de melhoria dos indicadores de saúde. Diferentes sistemas foram desenvolvidos, avanços certamente ocorreram, mas ainda avalio que não estão disponíveis relatórios programáticos e gerenciais, de fácil entendimento e acesso, que constituam ferramentas para o nível local monitorar em tempo real suas atividades e manter ou redirecionar estratégias de ação. Unidades de saúde e mesmo municípios parecem ser somente alimentadores de dados e informações e não conseguem protagonizar seu papel de garantir atenção e vigilância à saúde com qualidade.

Minha visão sobre o SUS, particularmente com a maior vivência na vigilância em saúde, aponta que:

- o financiamento, sem dúvida, necessita de maior aporte;
- a integração entre atenção à saúde e vigilância em saúde ainda demanda aprimoramento, visando promover e proteger, de fato, a saúde da população. Embora necessário, acho que se vislumbra muito que o melhor para a saúde é investir no pronto atendimento;
- a gestão das unidades de saúde exige fortalecimento, aprimoramento técnico e vínculos fixos de profissionais que realmente gerenciem as equipes e tornem exequíveis as ações programáticas das políticas de saúde – para isso, concursos públicos são necessários;
- a exemplo do que ocorreu com o técnico e o auxiliar de saúde bucal, definir uma carreira pública de técnicos de sala de vacina se faz necessário. Esse grupo seria constituído por profissionais de enfermagem, capacitados em normas e procedimentos em sala de vacina (hoje são inúmeros) para mantê-los fixos e sem removê-los para outras unidades ou exigir desdobramentos de atividades diferentes na sua unidade de saúde. Isso reduzirá inúmeros treinamentos para iniciantes e erros de procedimentos de administração, além de contribuir para melhor monitoramento de cumprimento de calendários vacinais; e
- os sistemas de informação precisam ser uniformizados, além de fornecer relatórios gerenciais que permitam monitoramento em tempo real, em cada

V Lei Estadual 13.541/2009.

VI Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Recursos Humanos. Memórias do Cotidiano. São Paulo; v. III; no prelo.

localidade, sobre o número, a caracterização e o acompanhamento da população existente, atendida, faltosa em procedimentos etc. Certamente os relatórios serão adequados e diferenciados para os níveis hierárquicos, mas não podem deixar de existir e ser acessíveis desde a unidade de saúde.

Concluo o relato da minha trajetória agradecendo imensamente a indicação para receber a Medalha de Honra ao Mérito “Walter Leser”. Ele, que sempre será um ícone da reforma sanitária paulista, esteve em nosso evento comemorativo de 30 anos do PEI, em 1998, presenciando homenagens que lhe fizemos e aos vacinadores mais antigos de cada regional de vigilância epidemiológica. Foi oportunidade ímpar!

Assim como referiu Eduardo Jorge, no seu texto *BR-101*, na premiação anterior, em 2008, “precisamos

manter o rumo apontado pelas constituintes de 1988, sem optar por atalhos duvidosos e sem sinalização”^{VII}.

Concluo convocando outro grande sanitarista do estado de São Paulo:

O desenvolvimento do SUS foi fruto de um trabalho intenso e apaixonado. Esse esforço deve agora ser acompanhado da ampliação das fontes de financiamento e de uma boa dose de choque de gestão, de maneira que o sistema possa continuar avançando na busca de melhor qualidade de saúde e de vida para todos os brasileiros (BARRADAS – artigo FOLHA DE S.PAULO, 02/02/2010).

VII BIS Edição Especial 20 anos do SUS. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/issue/view/2211/31>



Percepções de uma trajetória pelas frestas do passado

Fátima Palmeira Bombarda*

Aposentei-me em novembro de 2022, após 37 anos de trabalho: alguns poucos na Secretaria de Estado da Educação (SEE-SP) e o restante na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Foram muitas alegrias e realizações, muitos aprendizados e, também, muitas frustrações.

A minha vida profissional se confundia, o tempo todo, com minha vida pessoal. Sempre valorizei muito meu trabalho e, então, era fácil largar os compromissos pessoais para me dedicar aos compromissos profissionais.

Em se tratando da Secretaria da Saúde, trabalhei numa única instituição, mas ela foi se mostrando diversa para mim. A conjuntura econômica e política do país e de nosso estado ia dando cores para ela. Ora mais bonitas e favoráveis ao desenvolvimento de nosso trabalho; ora mais pesadas e penosas, impondo novas dificuldades ao já tão difícil caminhar no setor público de saúde.

Tive a felicidade de começar na carreira como enfermeira, pelo lugar que julgo certo: a atenção primária, porta preferencial do Sistema Único de Saúde. E comecei

em periferia, o que é um aprendizado à parte. Não sabia ler o contexto social, mas fui tateando e incorporando saberes que explicavam demandas e eventos que não estavam escritos nos livros. Era vivência “na veia”.

Mas eu gostava muito daquela dinâmica. Sempre correndo atrás de atender alguém que trazia queixas. Nem sempre legítimas, do ponto de vista médico, porém carregadas de subjetividades e necessidades que não se catalogavam nos registros da recepção do centro de saúde (nomenclatura da época). A demanda era grande, havia poucos funcionários e muitas criança. Era um período pré-SUS. A principal atividade era aumentar o número de vacinados, buscar faltosos dos tratamentos de tuberculose e atender gestantes. Tínhamos ainda as campanhas de vacinação, ao menos duas vezes por ano, aos sábados, o que virava uma verdadeira festa cívica. Graças a esse movimento tivemos grandes conquistas nas coberturas vacinais.

Não sabia que era ambiciosa, mas queria muito mais para mim. Sabia que tudo aquilo era muito pouco. Sonhava com um horizonte maior... Então, passados três anos, após a realização de um curso oferecido pelo Ministério da Saúde, fui convidada a trabalhar com prevenção dos cânceres ginecológico e mamário. Foi meu primeiro movimento na construção de minha trajetória profissional. Fui para uma instituição com atuação em todo território paulista e inaugurei minhas andanças pelo estado. Ao longo do caminho, também conheci pessoas de vários estados do Brasil e de fora do país.

Muitas coisas aconteciam naquele tempo. Eu me casei, a Constituição Federal foi promulgada, nasceu o SUS, começou todo um reordenamento federativo com

* Graduação em enfermagem e obstetrícia pela Faculdade de Ciências da Saúde Farias Brito (1983); especialização em saúde pública pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento – CSDAS (1987); direito sanitário pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2003); mestrado em saúde coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo-FCMSCSP (2008); especialização em educação médica com ênfase em metodologias ativas de ensino aprendizagem pelo Centro Universitário Max Planck (2022) e especialização em psicanálise pelo centro de estudos psicanalíticos-CEP (2022). Coordenou a área de planejamento e avaliação da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS/SES-SP) até 2014. Exerceu o cargo de gerente técnico de redes, de 2014 a 2021, no projeto “Fortalecimento da gestão estadual da saúde”, cofinanciado pelo BID, principalmente como foco na implementação da organização de Redes de Atenção em Saúde (RAS) de cinco regiões de saúde do estado de São Paulo. Atualmente exerce a função de professora/facilitadora no curso de graduação em medicina na Faculdade de Medicina de Jaguariúna – SP

impacto direto na gestão da saúde pública e no jeito de trabalhar. Os municípios tomavam vida.

Naquele novo local de trabalho, viajei por várias regiões de São Paulo e conheci muita gente comprometida com a saúde pública. Capacitei muitas colegas da enfermagem na prevenção do câncer ginecológico. Comecei a desvendar o universo feminino na perspectiva daquelas mulheres que buscavam o exame preventivo, repletas de medos, de vergonha, constrangidas. Conheci o significado da feminilidade na representação das mamas. Para as mastectomizadas, quanta urgência em colocar uma prótese mamária, ainda que de alpiste, sob a roupa, num esforço para esconder o corpo mutilado, pouco compreendido e aceito por seus companheiros e pela sociedade.

Foi nesse período que aprofundi meus estudos sobre a prevenção dos cânceres de colo de útero, de mama, de pele e de boca. Estreitei o espectro de ação e ganhei em profundidade de conhecimentos.

Percebi o quão difícil é aumentar a cobertura populacional – no caso, o preventivo de câncer de colo de útero. Tínhamos todo um grupo técnico especializado no tema e focado em implantar o serviço nos municípios, na expectativa de ampliar a cobertura. Mesmo assim, os resultados eram singelos. Entendemos que não bastava conhecimento técnico ou infraestrutura disponível. Era preciso que as mulheres se dispusessem a realizar os exames. Aí apareciam os aspectos culturais, calcados em crenças e valores, que funcionavam como verdadeiras barreiras, dificultando nossa luta para alterar os perfis epidemiológicos vigentes.

Outra barreira surgia no próprio bojo dos serviços. Os profissionais médicos não reconheciam a competência técnica dos enfermeiros para realizar esse exame e, por vezes, impediam sua implantação nos serviços municipais. De outra parte, não havia recursos laboratoriais em quantidade e qualidade suficientes para atender ao aumento de demanda que estávamos provocando. Foi preciso iniciar um treinamento para profissionais denominados à época de “citotécnicos” ou “técnicos em citopatologia”. Essa batalha foi continuada por mui-

tos que nos sucederam nessa instituição e eu, após a mudança de governo, segui rumo à sede da SES-SP, para atuar na Coordenação Estadual da Saúde da Mulher.

Naquele mesmo período engravidei e pude compartilhar minha gestação com profissionais que militavam no campo da saúde da mulher, fato que foi inspirador para mim. Uma amiga ginecologista me presenteou com um livro com a seguinte dedicatória: “Pé de galinha não mata pinto” – frase de que nunca me esqueci. Dava-me uma certa tranquilidade quando me via sem saber o que fazer com o bebê, talvez a maioria do tempo. Muito embora eu tivesse formação em saúde, ao ter um filho se inaugura em nós uma pessoa que não sabíamos que existia. Nasce uma mulher, uma mãe, uma nova companheira, cheia de dúvidas e incertezas, com sentimentos de incompetência gigantes. Se no trabalho eu tirava de letra os desafios, na maternidade deveria ter sido reprovada, ou pelo menos suspensa.

Foram cinco meses em casa, quatro de licença maternidade e um de férias, e eu estava sedenta por voltar a trabalhar. Acho que minha vontade mesmo era de reaver o domínio sobre a minha vida. Sim, porque desde que meu filho nasceu, algo em mim foi ficando sem rumo, a ponto de eu ficar tonta dentro de casa. Estava longe do trabalho que funcionava como meu esteio e havia perdido minha identidade de mulher independente, sem filhos, sem horários. Não entendia que uma nova identidade estava se formando.

Alguns dilemas começavam a povoar minha cabeça. Onde deixar meu filho? Quem vai cuidar dele? Não queria deixá-lo, mas queria voltar para meu mundo. Sentia falta de minha rotina, de meus compromissos, viagens, reuniões – tudo de repente se transformava em elementos vitais para eu continuar sendo quem eu era. Se tivesse feito uma terapia, teria saído mais barato... Provavelmente muitas mulheres passam por esses conflitos. E hoje vejo que as mulheres jovens, com carreiras promissoras, adiam e até decidem não ter filhos porque anteveem a dificuldade de lidar com a situação.

O amor que nasce com o filho, porém, só cresce. E isso faz a confusão ir aumentando. Entendo também

1 CNCT – Catálogo Nacional de Cursos Técnicos – Ministério da Educação / Resolução CNE/CEB nº 2, de 15/12/20, acesso pelo link: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2-de-15-de-dezembro-de-2020-294347656>

mulheres que largam tudo para criar seus filhos. A cada momento difícil no trabalho, uma decepção ou contrariedades, lá vinha o desejo de largar tudo e voltar para casa. Mas, superados os desafios, retomava o gosto pela profissão e seguia o baile.

De todo modo, o trabalho sempre me preencheu muito. Reconhecia que ao realizar meu trabalho com responsabilidade, eu estava ajudando a construir um sistema público digno, de qualidade, para toda a população. E isso sempre me encorajava a continuar minha luta diária.

Por outro lado, a maternidade também me preencheu muito. Meu filho foi crescendo, se tornando um menino inteligente, autônomo e eu sentia muita falta dele. Procurava aproveitar todos os momentos que passava com ele – que, para mim, nunca pareciam suficientes. Quando viajava, sempre trazia algo do local que visitava. Era um jeito de demonstrar-lhe o quanto o amava. Não percebi que eu estava em construção e transformação constante, a partir dos movimentos da maternidade e da profissão.

Naquela época, eu era assistente técnica e fui migrando para outras áreas até chegar ao planejamento, área em que passei o maior tempo de toda a minha trajetória na SES-SP. Foi também a área com que mais me identifiquei depois de me afastar da assistência direta. O planejamento na área pública era, sem dúvida, semelhante a cavar um túnel na areia. Não me refiro aqui às peças orçamentárias que, por serem obrigatórias, são construídas e aprovadas conforme a legislação (ainda que sua execução às vezes seja insuficiente). Falo de planejamento da assistência à saúde, com cenários complexos, poucos recursos financeiros, interesses viesados, parâmetros de necessidades falhos e pouca tecnologia envolvida nos processos de trabalho. Esse planejamento era desgastante, porque desprovido de possibilidades reais de acontecer; significava um enorme esforço intelectual e braçal, para se esvaziar em revisões, abandonos na prática e troca de projetos por algo imediato.

Fazíamos muitos cursos, tentativas de nos aperfeiçoarmos no desenvolvimento do trabalho. E isso devo deixar bem registrado: fiz ótimos cursos patrocinados

pela SES-SP, inclusive o mestrado em saúde coletiva. Entretanto, na hora da aplicação do conhecimento, nem sempre havia ressonância dentro da casa. Demandas nos atravessavam e tudo se perdia. No fundo sempre pareceu que não fazíamos planejamento, porque ele nunca aparecia. Devo dizer que, quando se está vivendo a situação, é difícil ter clareza do quanto somos desviados de nossos objetivos para atender as demandas de ocasião – algumas legítimas, diga-se de passagem. Fato é que os resultados não se mostram compensadores e nos perdemos nas rotinas, que mais parecem teias de aranha a nos prender em questões secundárias, e o que é estruturante não conseguimos implantar.

Na vida pessoal e familiar, ao contrário, é importante dedicar tempo à demanda do momento. A vida passa e as crianças crescem, deixam de ser crianças. Um olhar atento às mudanças pelas quais um filho passa faz muita diferença no resultado. Tentei, não sei o quanto consegui. Quando se cria um filho para ser independente, ele pode ficar tão independente que a gente perde um pouco o contorno. Será mesmo que ele está bem? Pergunta que sempre rondou minha cabeça.

Mas, dentro do planejamento, participei de inúmeras iniciativas na direção de aperfeiçoar o SUS. Entre elas, as mais significativas foram a de revisitar o desenho da regionalização, a programação pactuada e integrada (PPI) e a regulação da atenção. Aqueles foram movimentos intensos, tensos, compartilhados com profissionais de muita competência, representantes dos municípios, além dos amigos dedicados dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Cada tópico citado daria um livro de recordações e histórias vividas. Passados bons anos no planejamento, tive a honra de participar da execução de um projeto de investimentos, cofinanciado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em cinco regiões de saúde, com equipe técnica e coordenação, igualmente competente e qualificada, que muito me orgulhou.

Foi uma experiência de intensa produção técnica, vibrante e desafiadora. Deixamos prédios instalados pelos municípios, obras escritas, vivências compartilhadas e muito apreço e agradecimento a todos que nos permitiram as intervenções. Obrigada SES-SP. Obrigada SUS.

Enfim, fazendo esta retrospectiva, vejo claramente a inclinação e a paixão que tive pelo meu trabalho. Não sei se fiz o certo, mas sei que fui feliz. Guardo ótimas lembranças e muitos amigos espalhados pelo estado. E tenho vontade de continuar escrevendo minha história, porque a partir dela, me reencontro e resgato minha identidade.

Quanto a meu filho, poderia escrever diversos livros. Sei dizer que tenho muito orgulho e paixão por ele. Hoje um homem, um pouquinho mais jovem que o SUS, conquistando seu espaço profissional, muito competente, corajoso, autêntico. Aprendi com ele a ser forte, a não temer os desafios, a ser criativa, ousada e muito mais. Obrigada, filho!



Butantan e o SUS: uma história de luta a serviço da vida de todos os brasileiros

Esper Georges Kallás*

No Brasil, não importa quem você é, quanto dinheiro tem no banco ou quão grave é sua condição física: você receberá atendimento médico gratuito e na hora que precisa. Isso só é possível porque contamos com o SUS, nosso Sistema Único de Saúde, o maior programa público de saúde do mundo e referência internacional em política pública. Ele nasceu em 1988, junto com nossa Constituição Cidadã, e foi atingindo maioridade, expressão e capilaridade ao longo de 35 anos.

Na pandemia de covid-19 mostrou toda sua potência. Foi graças a ele que conseguimos enfrentar o SARS-CoV-2 com a principal defesa que temos até hoje contra esse vírus mortal, a vacina, e com o trabalho dedicado de centenas de milhares de profissionais de saúde. Outros exemplos de eficiência e eficácia são a fila de transplantes de órgãos do Brasil, outra iniciativa do SUS que conta com a medicina mais avançada disponível no mundo, e o programa de enfrentamento de outra pandemia, de HIV e aids. São dois importantes exemplos entre muitos.

Minha carreira, como de vários outros colegas de minha geração, é indissociável da própria trajetória do Sistema Único de Saúde. Concluí a faculdade de medicina um ano após sua criação, em 1989,

passando por diversos hospitais públicos, inclusive que acolhem um grande número de profissionais na formação de médicos residentes no país. A consolidação da carreira de muitos médicos também se faz em hospitais que servem ao SUS. Não é diferente de minha trajetória, que culminou no Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) como professor titular. Também como muitos brasileiros atuei no enfrentamento da pandemia de covid-19 no Hospital das Clínicas da faculdade.

Hoje, como diretor do Instituto Butantan, órgão ligado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), trabalho lado a lado com cerca de 4 mil colaboradores em prol da saúde pública brasileira. Afinal, o Butantan é uma das principais organizações de pesquisa de todas as esferas de governo que contribuem para levar vacinas, medicamentos, tecnologia de ponta, profissionais de qualidade, equipamentos e tantos outros recursos para os hospitais, postos de saúde e demais estruturas de atendimento vinculadas ao SUS.

Atender as necessidades da população brasileira, aliás, está no DNA do Butantan. Na virada do século XIX para o XX, quando foram estabelecidas as bases para a criação do instituto, se abatia sobre o Brasil a peste bubônica, que se propagava pelo estado de São Paulo a partir do porto de Santos. Em 1899, a administração pública estadual decidiu criar um laboratório capaz de produzir um soro para combater a doença. Na época, o Serviço Sanitário de São Paulo, órgão que precedeu a SES-SP, era dirigido pelo médico Emílio Ribas, enquanto o Instituto Bacteriológico de São Paulo, atual Instituto

* Graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de Itajubá (1989); mestrado (1996) e doutorado (1999) em infectologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com cotutela na Universidade de Rochester (EUA). Professor titular do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da FMUSP onde é livre-docente desde 2009. Durante a pandemia de covid-19, atuou na linha de frente do atendimento clínico e foi um dos integrantes do Centro de Contingência do Estado de São Paulo, organização que monitorava e coordenava ações contra a propagação do SARS-CoV-2. Participou como investigador principal de diversos ensaios clínicos, como o da vacina da dengue e a fase 3 da CoronaVac. Entre suas linhas de pesquisa estão o tratamento da infecção pelo HIV, vacinas, estudo dos efeitos do ciclo celular sobre a variação genética do HIV-1, imunologia em doenças infecciosas, relação hospedeiro-parasita e imunologia clínica.

Adolfo Lutz, estava a cargo do próprio Adolfo Lutz. E o médico convidado para dirigir o novo laboratório foi ninguém menos que o sanitarista Vital Brazil. Apoiado por esse time de peso surgiu, na Fazenda Butantan – um lugar então totalmente afastado da capital, do outro lado do Rio Pinheiros –, o Instituto Serumtherápico.

Em junho de 1901, quando a peste bubônica já havia chegado à cidade, o instituto, que mais tarde se tornaria o Butantan, começou a produzir o soro antipestoso. Na época, essa imunoglobulina era considerada pelo Instituto Pasteur, da França, o principal recurso para enfrentar a doença. A situação do surto, porém, só mudaria no ano seguinte, quando o Serumtherápico começou a investir no desenvolvimento de uma vacina antipestosa, seguindo as pesquisas do italiano Camillo Terni, do Instituto de Messina, e do médico russo Waldemar Haffkines. O resto, todos sabemos, é história.

Essa pequena anedota ilustra a múltipla vocação do Instituto Butantan, preservada até hoje: produzir imunobiológicos que atendem às demandas do SUS, adaptando nosso foco para as necessidades de cada tempo e para os problemas que as grandes indústrias não têm tanto interesse em atacar.

Foi isso que orientou Vital Brazil em sua decisão de estudar uma questão de saúde para a qual ninguém olhava: as picadas de cobras. Vencido o surto de peste bubônica, o médico sanitarista direcionou seus esforços para ajudar a combater esse grave e esquecido problema de saúde pública – um “comichão” que ele trazia desde a juventude, quando observava os agricultores de sua Minas Gerais natal serem vítimas de envenenamentos ofídicos. As pesquisas de Vital Brazil no Butantan o levaram a uma relevante descoberta: o princípio da especificidade dos soros antipeçonhentos. Em outras palavras, Vital entendeu que era preciso produzir um antiveneno para cada tipo de acidente: para tratar um envenenamento por jararaca, por exemplo, deve-se utilizar um soro feito com o veneno da jararaca; o soro contra picada de cobra-coral não vai fazer efeito. Fiel a seu compromisso com a saúde pública, o fundador do Butantan doou todo conhecimento gerado por essa pesquisa ao governo do estado de São Paulo, permitindo, em essência, que qualquer organização

do planeta pudesse produzir soros antiofídicos sem precisar pagar qualquer preço por isso.

Esse avanço científico mudou para sempre a indústria de produção de soros e trouxe prestígio mundial a Vital Brazil e à saúde pública brasileira. A tradição do Butantan na produção de soros é mantida até hoje, acrescida de 100 anos de evolução tecnológica e pesquisa científica. Atualmente, o instituto é um dos poucos parceiros brasileiros do Ministério da Saúde e, por extensão, do SUS, capazes de fornecer soros elaborados conforme boas práticas de fabricação (BPF) – conjunto de processos, controles e padronizações que comprovam que um medicamento ou imunizante atende aos mais altos padrões de qualidade industrial. Em 2022, o Butantan forneceu ao governo federal 556 mil frascos de 12 tipos de soros – contra o envenenamento por serpentes, aranhas, escorpiões e lagarta do gênero *Lonomia*, e também contra raiva, difteria, tétano e botulismo.

Para entender a importância dessa produção e da parceria entre Butantan e SUS, basta lembrar que em 2021 foram notificados 257.178 acidentes por animais peçonhentos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan/MS), o que coloca esses relatos entre os mais numerosos do sistema. Por outro lado, o botulismo, o tétano e a difteria são doenças pouco recorrentes devido às boas práticas de fabricação de alimentos (botulismo) e vacinação (difteria e tétano). Mas, quando ocorrem, têm altas taxas de mortalidade: todas as formas de botulismo matam, e podem causar envenenamento grave em questão de horas; em 2022, a taxa de letalidade do tétano acidental foi de cerca de 20%; e a letalidade esperada da difteria varia entre 5% e 10%, atingindo 20% em certas situações.

A produção de soros do Butantan é encaminhada a toda a rede do SUS com abrangência e força suficientes para chegar aos rincões do Brasil, onde os soros – especialmente os antiofídicos – são mais necessários. Mas uma pequena parte fica aqui no Butantan mesmo e é fornecida diretamente a quem mais precisa, por meio do Hospital Vital Brazil (HVB). Ligado a essa rede, e com serviço exclusivamente gratuito,

o hospital fica localizado dentro do complexo Butantan e abriu suas portas em 1945. Referência na atenção a pacientes acidentados com animais peçonhentos, o HVB mantém um serviço de pronto-atendimento e dispõe de dez leitos para observação ou internação. Os profissionais do hospital são especialistas em reconhecer os sintomas associados à picada de um animal, se ele é venenoso ou não e qual soro deve ser administrado. Essa experiência faz com que trabalhadores de saúde do Brasil inteiro e até de outros países procurem o hospital em busca de informações para o diagnóstico de pacientes ou para encaminhá-los ao HVB para receberem o soro. Nesses 75 anos, mais de 100 mil pessoas foram atendidas no estabelecimento.

Outra frente de enorme confluência entre a atuação do Butantan e o SUS envolve as políticas públicas de vacinação do Brasil, outro assunto em que somos referência no mundo. Tanto que a relação entre imunização e saúde pública é anterior à própria criação do Sistema Único de Saúde. O Butantan, novamente, tem papel relevante nesse contexto. Antes de haver uma estrutura de saúde pública unificada, o instituto já produzia e fazia o controle de qualidade dos imunizantes adotados na vacinação do estado de São Paulo. Além disso, como aconteceu durante a epidemia de peste bubônica no início do século XX, o Butantan sempre esteve na vanguarda da pesquisa e da produção de vacinas.

Os pesquisadores do Butantan estudaram vacinas contra gonorreia (1918), meningite (1920), tuberculose (conhecida como BCG, em 1926) e difteria (1927), além de imunizantes contra bactérias que causavam pneumonia e diarreia e contra a febre tifoide até a década de 1940. Nos anos seguintes, o instituto iniciou o desenvolvimento de uma vacina contra influenza (1948), a vacina antirrábica (1949), um imunizante contra a febre amarela (1953) e outro contra coqueluche (1955). Nas décadas de 1960 e 1970, atuou na distribuição e no controle de qualidade de vacinas que mudaram a realidade das doenças infecciosas no Brasil. A vacina oral contra a poliomielite (VOP) foi oferecida em campanhas estaduais em São Paulo e no Rio de Janeiro a partir de 1962 e, em 1963,

o Butantan iniciou a produção da vacina tríplice bacteriana (difteria, tétano e pertússis). Nos anos de 1980, passou a produzir a vacina BCG intradérmica liofilizada e a vacina contra o sarampo.

É mais ou menos nesse ponto da história que entra em cena o Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde. Fundado em 1973, ou seja, 15 anos antes do próprio SUS, o PNI centralizou as campanhas de vacinação no Brasil, antes feitas separadamente por estados e municípios para combater surtos. Desde então, o programa tem levado mais de 20 tipos de imunizantes aos braços da população e acumulado conquistas louváveis, como a erradicação da varíola e da poliomielite, consolidando-se mundialmente como um dos mais bem-sucedidos exemplos de política de saúde pública. E, é claro, a operacionalização dessas campanhas de vacinação tão importantes acontece por meio do SUS.

É uma extensa rede de atores dos mais diversos espectros trabalhando juntos para levar saúde, proteção e prevenção a brasileiros e brasileiras de todos os quadrantes. Tomemos como exemplo a vacina da gripe: anualmente, o Butantan produz mais de 90 milhões de doses, em uma produção incansável que começa em setembro e se estende até abril do ano seguinte, envolve centenas de pessoas e dezenas de milhões de ovos – a matéria-prima da vacina do Butantan. A partir de março, os carregamentos com as doses começam a deixar o complexo do instituto em São Paulo em direção aos armazéns do Ministério da Saúde. De lá, são distribuídas aos postos de saúde de todo o país. Pouco antes de começar o inverno, começa a divulgação da campanha de vacinação na imprensa e nos canais oficiais do governo.

Essa engenharia complexa e cuidadosa raramente é vista, mas é essencial para salvar vidas: de acordo com recente Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, 9.457 brasileiros foram hospitalizados no primeiro semestre de 2023 em decorrência da gripe, e 828 morreram. Isso ocorreu devido a uma cobertura vacinal abaixo do esperado, ainda em 57%. Em todo o ano de 2021, quando 89% da população se vacinou

contra a doença, os números foram bem mais baixos: 1.389 e 162, respectivamente.

Alinhado ao PNI e ao SUS, o Butantan segue em frente com sua missão de se antecipar e responder às demandas de saúde da população brasileira. Foi assim com a covid-19, quando investimos esforços para trazer uma vacina em tempo recorde ao Brasil que mudou o cenário da pandemia e deu as bases para que começássemos a vencer o SARS-CoV-2. Está sendo assim com a gripe aviária H5N1, doença que poderá se tornar uma epidemia nos próximos anos, e para a qual o Butantan já está desenvolvendo um imunizante. E continuará sendo assim nos próximos

anos, quando finalizarmos o ensaio clínico da nossa vacina da dengue, que poderá proteger contra os quatro subtipos do vírus e ser utilizada inclusive por quem já teve a doença – um produto muito superior aos atualmente disponíveis e que foi desenvolvido aqui, no Brasil.

Para o Butantan e todos os seus colaboradores, é um conforto e uma alegria trabalhar e viver em um país que conta com uma estrutura eficiente, sofisticada, democrática e sempre pautada pelo mais alto rigor científico, como é o SUS. Parabéns ao Brasil e ao Sistema Único de Saúde por seus 35 anos. Continuaremos trabalhando para que o SUS fique ainda melhor.



A Construção e a consolidação do SUS com gestão e responsabilidade

Geraldo Reple Sobrinho*

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa, em 2023, 35 anos de existência e, entre a maturidade e a resiliência, escreve sua história como direito constitucional pétreo da população brasileira. Um verdadeiro terreno vivo de atores diversos que se movimenta de forma contínua ao longo de três décadas e meia e enfrenta os desafios de tornar a saúde pública um dos maiores legados aos brasileiros, em ritmo ousado e desafiador. Como médico, afirmo literalmente: *sem saúde, somos nada*. E mediante essa responsabilidade que adjetiva minha trajetória pessoal e profissional, escolho falar do lugar que ocupo hoje, como gestor municipal de um município de grande porte.

Essa posição me desafiou a reescrever caminhos fora de minha zona de conforto, capilarizando o olhar para onde as necessidades de saúde realmente ocorrem: aonde moram as pessoas. Dediquei-me a construir novas pontes, e destaco aqui que uma delas me trouxe ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems/SP), cuja presidência ocupo há três gestões, em busca de fortalecer a representatividade municipal horizontalizada na sustentabilidade do SUS no qual acreditamos.

Essa experiência peculiar de presidir os caminhos do SUS paulista e pautar cotidianamente 644 outros gestores para a construção de consensos e avanços, mereceu um registro especial, publicado este ano e

disponível no site institucional da entidade na forma de um caderno¹. O documento relata a convergência do SUS e do Cosems/SP, em uma trajetória histórica (e paralela) de lutas coletivas narrada pelos seus assessores. Reproduzo aqui seus principais fatos em uma linha do tempo que serve para mantermos viva a memória da construção coletiva do maior sistema único e público de saúde do mundo.

Começo falando um pouco dos marcos temporais do SUS. O movimento municipalista foi importante pelo engajamento de gestores no processo da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que contou com mobilização nacional e participação de municípios e estados para discutir as propostas de um novo sistema de saúde para o país. Anterior ao Sistema Único de Saúde, prevaleciam naquele momento as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, depois, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Com a redemocratização, o país inteiro articulou-se para discutir a nova constituição, que incluiu os artigos da Saúde no capítulo da Seguridade Social. O contexto político era de mobilização e esperança de mudança com o fim da ditadura.

Um pequeno e combativo grupo de secretários municipais de Saúde começou a se articular para criar uma entidade que os reunisse. A ideia era ter um espaço para discutir o papel dos municípios sob o sistema que estava sendo criado e para ter uma interlocução com as Secretarias de Estado da Saúde (SES). Ainda, para trocar experiências sobre o trabalho e enfrentar o desafio de iniciar a implantação das novas diretrizes

* Graduado em medicina pela Faculdade de Medicina do ABC (1981) e mestre em ciências da saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (2003), onde hoje é professor auxiliar. Com experiência nas áreas de saúde materno-infantil e de gestão e administração hospitalar, presidiu a Fundação do ABC, foi superintendente do Hospital Estadual Mário Covas de Santo André e coordenador da Coordenadoria de Serviços e Saúde da SES-SP. Atualmente é secretário de saúde de São Bernardo do Campo (SP).

¹ Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/jornal/cadernos-cosems-sp-no-9/>

da saúde em seus territórios. Esse processo decorria do esforço e militância desse grupo de gestores, num tempo em que não existia internet e, por isso, a articulação dependia sempre de contatos pessoais, visitas e encontros com os demais secretários em seus municípios, envio de informações pelo correio, entre outras ações.

Esse movimento também acontecia em outros estados e, de 1986 a 1989, foram criadas 12 entidades, inclusive em São Paulo, com os mesmos objetivos. Aconteciam articulações para criação de uma entidade nacional que representasse os gestores na interlocução com o Ministério da Saúde. Essas entidades/associações dos secretários municipais, anos mais tarde, seriam denominadas Cosems e Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). A criação do Cosems/SP, em 1988, ocorreu no II Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, em Bauru, ainda no formato de associação – Associação “Dr. Sebastião de Moraes” de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (ASEMS-SP).

Pode-se dizer que a história da construção do conselho paulista se deu no processo de construção do SUS, haja vista que a promulgação da Constituição de 1988 e a aprovação das leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas em 1990, ocorreram nos primeiros anos da entidade como frutos do movimento de secretários e de diversos outros atores engajados na luta pela democratização política do Brasil e no escopo do movimento sanitário. Foi no cenário político-econômico da década de 1980 que o tema das políticas públicas de saúde adquiriu maior centralidade e amplificação, principalmente com a realização, em 1986, da VIII CNS.

O relatório final dessa conferência, um conjunto de propostas que já expressavam o ideário do SUS, chegou à Assembleia Constituinte por meio da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. As lutas e as negociações giraram em torno das definições das bases jurídicas para o novo sistema de saúde, que culminou com a Constituição Federal e instituiu o marco legal do SUS, de direito universal, descentralizado e dotado de controle social participativo.

O tema da “municipalização da saúde” mostrava-se ainda controverso entre os gestores, que temiam a transferência de responsabilidades para os municípios. Nesse momento, eles não contavam com estrutura para as novas atribuições, sendo considerados prestadores de serviços e tendo, muitas vezes, uma atitude de dependência em relação aos estados.

O grande desafio era mudar a forma de pensar dos gestores municipais e levá-los a assumir a gestão dos serviços de saúde. Entre outros aspectos, o processo exigia que o poder local tivesse acesso a condições logísticas, estruturais e financeiras para gerir autonomamente o sistema.

Em 1991, o Ministério da Saúde editou a primeira Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, instrumento normativo que operacionalizava preceitos legais, estabelecendo critérios para a gestão municipal da saúde. A NOB nº 01/91 definiu recursos para o custeio dos serviços hospitalares e ambulatoriais, ainda por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), para o financiamento de programas especiais em saúde e investimentos no setor. Para tanto, foram criados o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), mecanismos de organização e operacionalização de pagamentos dos serviços hospitalares e ambulatoriais.

Vários documentos foram elaborados para municipalizar as entidades nos embates com o ente federal. Nesse escopo, destaca-se o documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, cujos princípios orientariam a formulação da NOB-01/93, normatizando os papéis das três esferas de governo, conforme a Lei nº 8.080, que apontava a necessidade de reformulação das práticas sanitárias, enfatizava a importância do controle social, sugeria redistribuição do poder entre os entes nacional e subnacionais e propunha novos mecanismos de repasse dos recursos financeiros.

Desde então houve avanços na proposição de uma nova forma de relação entre os governos federal, estaduais e municipais, com a extinção do Inamps e de suas funções e atividades, que passaram a ser

absorvidas pelas três instâncias do SUS. Esse arcabouço definiu para a coordenação, o gerenciamento e o controle do processo de descentralização as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), fóruns permanentes de negociação, articulação, deliberações e integração entre gestores. Com a instituição dessas comissões, o papel do Conasems e das entidades estaduais representativas dos gestores municipais, entre elas o Cosems/SP, experimentaram um significativo fortalecimento político.

Ainda em 1993, o Congresso Nacional recebeu o primeiro projeto de regulamentação das fontes de financiamento definitivas do SUS, por meio da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169.

Com a NOB nº 01/96, teve continuidade o processo de organização do sistema na esfera municipal e houve um salto quantitativo na municipalização dos serviços de saúde. No final dessa década, praticamente todos os municípios paulistas haviam assumido algum tipo de gestão. Além das ações de atenção à saúde, medidas para a organização da vigilância sanitária e epidemiológica e o controle de doenças foram estabelecidas e foram criados instrumentos importantes do financiamento dos municípios habilitados em qualquer das modalidades de gestão, com a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB). Com repasse automático, direto e regular, estabelecendo recursos *per capita* proporcionais à população dos municípios para custeio da atenção básica (AB), o PAB foi implementado em 1998 e extinto em 2019, com a criação do Programa Previde Brasil.

Essa importante modalidade de cofinanciamento do SUS foi fundamental para os municípios custearem a AB e expandirem a cobertura em seus territórios. E estabeleceu incentivo financeiro para instituição do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – que estruturaram o atual modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), prioritário para a consolidação e a ampliação da cobertura da atenção primária no país –, com apenas duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde. Além disso, o PAB ampliou os instrumentos gerenciais para que

os municípios superassem o papel de meros prestadores de serviços e efetivamente assumissem a gestão do SUS.

Apesar das pressões contrárias da área econômica do governo federal, a mobilização nacional dos defensores do SUS deu resultado: em setembro de 2000 foi sancionada a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), responsável pela definição do processo de financiamento da saúde pública brasileira.

A mobilização também experimentou avanço importante com a constituição dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Já em 1990, a Lei nº 8.142 determinou que em cada esfera de governo deveriam existir instâncias colegiadas formadas por esses conselhos e propôs a realização das Conferências de Saúde. Pela primeira vez na história, um setor público brasileiro teve a possibilidade de construir a gestão com participação direta ou mesmo indireta da população. Os conselhos ampliavam a democratização da gestão da saúde no país.

A criação do Cosems/SP e seus primeiros anos de existência foram um exercício de militância em defesa da saúde pública, de sua municipalização e do SUS, visto que dependia mais da vontade e do compromisso de alguns gestores locais, que exerceram importante papel de liderança na defesa dos municípios no movimento da reforma sanitária. A entidade foi se estruturando ao longo do tempo e passou a ter presença política crescente nos movimentos pela descentralização, municipalização e regionalização, posicionando-se sempre em relação aos temas mais importantes do SUS, em especial na defesa dos interesses dos municípios nos espaços de pactuação, como na CIB.

Após quase duas décadas de luta do Cosems/SP, em 2013 foi publicada a Resolução SS nº 57. Ela estabeleceu o PAB estadual, com transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de forma direta e regular.

Ao longo dos anos, o conselho elaborou suas diretrizes de ação nos congressos anuais, com a publicação de sua Carta do Congresso do Cosems/SP. Desde 2000, esses documentos apontam a

necessidade da regionalização, tema de destaque permanente no cenário nacional do SUS.

A entidade também completa 35 anos em 2023. E é hoje, sem dúvida, um ator político de peso no SUS paulista e nacional, tendo se legitimado no papel de representante dos secretários municipais de saúde paulistas, além de sua representatividade no Conasems, como membro de sua diretoria e assento na CIT.

Em 2020, assumi de forma inédita a presidência do Cosems/SP, após a saída do então presidente de sua gestão municipal. Também de forma inédita, fui eleito presidente em 2021 no primeiro congresso virtual do conselho, por conta da pandemia de covid-19. Posso afirmar que, se não fosse o Cosems/SP estruturado ao longo de sua trajetória, o desafio posto não seria viável, pela quebra de todos os paradigmas até então conhecidos.

Nos últimos dez anos, o maior impacto no SUS foi, sem sombra de dúvida, a maior crise sanitária da história, com 35 milhões de casos confirmados de covid-19 e quase 700 mil mortes no Brasil. Para o seu enfrentamento, foi fundamental a articulação dos municípios na realização dos testes RT-PCR para confirmação dos casos, no atendimento de casos leves e moderados na atenção básica, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nos centros de atendimento a covid-19, no cuidado de casos em isolamento domiciliar e também de casos graves hospitalizados, em enfermarias e leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), criados em caráter de emergência. Importante lembrar que, no estado de São Paulo, mais da metade desses leitos especializados foi criada pelos municípios. Aqui, o destaque e a gratidão são voltados a todos os profissionais de saúde que, em meio à crise sanitária e de informações, enfrentaram todos os desafios e demonstraram que a saúde se faz com pessoas.

A instituição do comitê científico, em 2021, pelo governo do estado, possibilitou a participação do Cosems/SP nas grandes discussões para o enfrentamento à pandemia de maneira assertiva e com decisões conjuntas, sempre considerando a realidade dos 645 municípios paulistas. Igualmente, a efetiva participação do conselho no Programa Estadual de Imunização possibilitou um olhar engajado no combate a covid-19, com base na estruturação dos protocolos de acesso e definição dos públicos-alvo.

Desse impacto, que não esqueceremos jamais, nasceram novas necessidades e rumos para o SUS. Entre eles, destaco a saúde digital, que acelera os movimentos de literacia digital e ampliação do acesso aos serviços de saúde e, entre outros objetivos, quebra o paradigma que separa a saúde pública e a saúde suplementar em nosso país. Temas como telemedicina, teleconsulta, telematriciamento e interoperabilidade tornaram-se realidade nos cenários da saúde, demonstrando que a tecnologia, a informatização e a integração de sistemas interagem com as habilidades profissionais, criando uma sinergia em favor da assistência e fortalecendo o SUS.

Hoje, a regionalização é pauta contínua da SES-SP e de todos os seus municípios. A construção dessa pauta, que vem sendo discutida em encontros temáticos que objetivam a consolidação de um modelo almejado pelos gestores, requer a modernidade da saúde digital para se consolidar.

São 23 gestões dentro do Cosems/SP que fazem a história resumida neste texto carregado de intensidade e emoções. Hoje, sinto-me honrado por poder falar desse espaço e dessa representatividade, da trajetória do SUS, de seus passos cotidianos, da defesa incondicional da democratização da saúde, desse direito constitucional e continental que temos como patrimônio e de um time que constrói caminho para mais 35 anos.



A tecnologia pode ajudar o SUS a salvar vidas

Giovanni G. Cerri*

As novas tecnologias em saúde avançaram muito e estão disponíveis também na rede pública. Mas só nos grandes centros. As periferias das metrópoles ainda estão longe de um atendimento médico ágil, quase tão distantes quanto as populações dos rincões mais remotos da Amazônia. A inovação pode mudar essa realidade.

Lá se vão quase cinco anos que a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou sua Estratégia Global de Saúde Digital – um desafio para os esforços nacionais de todo o mundo, troca de conhecimento, inovação, entre centros de pesquisa, empresas e organização não governamentais –, a fim de promover a saúde para todos, em todas as geografias. A proposta da ONU unificou, sob a expressão Saúde Digital, todos os conceitos das tecnologias disponíveis em e-saúde, telemedicina, telessaúde e saúde móvel, definindo uma nova área de conhecimento e de prática que incorpora os avanços da tecnologia, novos conceitos, aplicações de redes sociais, internet das coisas (IoT) e inteligência artificial (IA).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), maior sistema de assistência médica gratuita do mundo – que atende mais de 190 milhões de pessoas num País de 203 milhões de habitantes –, desenvolveu uma

estrutura e metodologias de atendimento respeitadas, constituindo como exemplo para outros países. A Inglaterra, que também tem seu serviço gratuito universal, recentemente adotou as visitas de profissionais da saúde à residência de idosos, inspirada na estratégia brasileira de saúde da família (ESF).

A estrutura da rede pública do SUS mostrou, mais uma vez, sua importância durante a pandemia da covid-19, ao possibilitar assistência aos afetados e a aplicação quase imediata das vacinas em todas as regiões do País, assim que ficaram disponíveis. Uma experiência inigualável!

Ao mesmo tempo, embora já tenha se alinhado aos objetivos da ONU em projetos de saúde digital, ainda há muito o que fazer. O SUS, com pouco mais de 30 anos de idade desde que foi regulamentado para chegar à configuração atual, tem gargalos históricos, alguns agravados exatamente durante a crise sanitária, quando foram reduzidos os procedimentos não urgentes e, assim, emergiu outro desafio gigante. Há mais de um milhão de cirurgias de todos os tipos atrasadas além do prazo razoável para garantir a cura de pacientes, o que obrigou o Ministério da Saúde a liberar, em 2023, recursos extras para garantir aos estados a realização de pelo menos metade desses procedimentos.

Mas os problemas na rede pública incluem também a demora na marcação de consultas, na triagem de pacientes e no encaminhamento para especialistas. Prontos-socorros são congestionados com o fluxo de casos não urgentes, porque as pessoas não conseguem acesso rápido a um generalista na unidade de saúde próxima de sua casa. Com isso, um simples

* Graduação pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em 1976, doutorado e livre-docente na mesma instituição. Presidiu a Sociedade Paulista de Radiologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e o World Federation of Ultrasound in Medicine and Biology. Foi diretor científico da Associação Médica Brasileira, presidente do conselho e diretor-geral do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), presidindo ainda os conselhos da Fundação Faculdade de Medicina e do HCFMUSP, onde atuou também como diretor por dois mandatos. Participou de conselhos de outras entidades, entre elas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para a Saúde (Abimed), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), Hospital Sírio-Libanês, Dasa e da Fundação Zerbini. Foi secretário de Estado da Saúde de São Paulo de 2011 a 2013.

resfriado concorre com um infartado. Ora, as consultas por videochamada já são viáveis há pelo menos cinco anos ou mais, desde a popularização dos telefones móveis com tela. Empregar esse recurso em larga escala facilitaria a triagem prévia, reduzindo deslocamentos de pacientes, desafogando os prontos-socorros, otimizando as horas de trabalho de profissionais da saúde e aumentando a produtividade.

O promissor, entretanto, é que o interesse pelas tecnologias vem aumentando em todos os setores da administração da saúde. As ferramentas para a melhoria do atendimento já existem e a universidade e os institutos públicos de pesquisa vêm contribuindo ativamente para a criação e o aperfeiçoamento de novas aplicações, unindo os esforços de seus talentos aos recursos da iniciativa privada.

É hora de aproveitar o frescor das descobertas e os benefícios que elas podem trazer para a comunidade, sem mais perda de tempo. Temos todas as condições para dar um salto de qualidade na saúde pública do Brasil. E o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) é um dos principais parceiros dos governos para garantir que o País esteja entre os mais desenvolvidos, sintonizado aos objetivos da ONU.

Inovações prontas para uso

A emergência da covid-19 levou cientistas e autoridades, aqui e lá fora, a apostar em todas as alternativas possíveis para superar as dificuldades que se multiplicavam naquele momento. A urgência levou à adoção de tecnologias já existentes, como a teleconsulta, e apressou a adoção de soluções baseadas na inteligência artificial, como na análise de exames de imagem para detecção do vírus pandêmico em pacientes com afecções pulmonares. A mesma tecnologia agora está sendo desenvolvida para identificar rapidamente tumores no fígado. Com o trabalho desenvolvido desde então, ficou claro que já é possível expandir a aplicação dessas tecnologias para todas as áreas da saúde e transformar o SUS num sistema mais inclusivo e abrangente, em benefício de toda a população. O que falta é acelerar a implantação dessas inovações e criar

polos regionais que possam atender as pessoas em todos os pontos do Brasil.

O desafio é para todos, universidades, iniciativa privada e governos. E não só da área da saúde, mas também do setor de educação, telecomunicações e infraestrutura. É imprescindível dotar todas as regiões do Brasil com internet de qualidade. Na era do 5G, ainda há regiões sem nenhum tipo de comunicação sem fio.

É preciso potencializar as oportunidades existentes e incentivar os centros de experimentação. O próprio SUS, entre seus vários programas de inovação, mantém o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), que visa promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde para reduzir as desigualdades regionais com as inovações. Essa área representa 30% da produção científica nacional, mas ainda há uma forte concentração nas regiões Sudeste e Sul do País, segundo o Ministério da Saúde, que tem outros programas em saúde digital para incentivar a troca de experiências e o fortalecimento de pesquisas com o objetivo de reduzir as desigualdades. O telessaúde, criado para expandir e melhorar a atenção primária à saúde, é um deles. Em 2020 surgiu o Conecte SUS, para informatizar e integrar órgãos de gestão, estabelecimentos públicos e privados de saúde para garantir o acesso à informação dos cidadãos, seu histórico de atendimento, vacinação, exames realizados, internações, medicamentos utilizados etc. O HC-FMUSP também colabora nessa área, num projeto de prontuário eletrônico. A expansão do sistema ajudará profissionais e gestores a tomar decisões e a melhorar o atendimento.

Ou seja, há muitos planos, mas é preciso celeridade, recursos e a manutenção de metas e prioridades, independentemente do governante da vez.

Parcerias como resultados

Há bons sinais para acreditar que estamos dando passos largos a caminho dessa necessária inovação da saúde pública brasileira. A USP, o HCFMUSP e seus institutos, como o Instituto de Radiologia (InRad), estão juntos na linha de frente em projetos com o governo paulista, que colocou a saúde digital como uma das suas prioridades, e com o Ministério da Saúde, que se esforça para aumentar a eficiência do SUS.

Afinal, todos somos o SUS e fazemos parte da sua gigantesca rede de atendimento.

O Brasil fez imenso progresso nos últimos anos ao regulamentar a relação entre o ensino público e a iniciativa privada. Já vai longe o tempo em que uma universidade colaborar com uma empresa era quase um pecado. Ainda bem! Na área da saúde, essa colaboração abriu um amplo horizonte para a pesquisa clínica e para o desenvolvimento de novas tecnologias em várias áreas da medicina. Agora mesmo, o HC vai iniciar a construção de um novo prédio, em seu complexo na rua Doutor Enéas de Carvalho Aguiar, exclusivamente para pesquisas clínicas em convênios com organizações privadas.

Sem falar em outros centros de pesquisa da USP e outras universidades brasileiras, nos últimos quatro anos, só o InRad firmou parcerias com dezenas de empresas fabricantes de equipamentos médicos e de telecomunicações, de serviços de conexão sem fio, de redes 5G e desenvolvedores de aplicações em medicina e saúde. Muitos dos projetos já passaram da fase de maturação e estão prontos para serem aplicados massivamente.

A expansão da saúde digital e do atendimento remoto a pacientes e o aperfeiçoamento da operação à distância de equipamentos médicos já vêm sendo experimentados em alguns dos principais hospitais da rede pública no País, não só na rede privada. A radiologia já está na era digital há mais de dez anos. Só nessa especialidade o emprego sistemático desses recursos disponíveis ajudaria a reduzir atrasos no atendimento em muitas regiões, salvando vidas. Aparelhos de tomografia e de ressonância magnética podem ser operados remotamente e laudos podem ser emitidos por especialistas de qualquer cidade distante, sendo possível otimizar o funcionamento de equipamentos subutilizados em horários de menor movimento onde haja carência de profissionais.

A teleconsulta, a inovação mais básica em saúde digital, há muito poderia se expandir para todas as áreas cobertas por internet. É de 2019 a criação do Programa Telessaúde, integrante da Estratégia e-Saúde (Saúde Digital) do SUS. É do programa, conforme

descrição no site do Ministério da Saúde, o objetivo de reduzir filas de espera e o tempo para atendimentos, apressando diagnósticos especializados e evitando deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde.

O HCFMUSP e o InRad já têm projetos-piloto nesse sentido, prontos para serem replicados e, como parte da rede de atendimento do SUS, participam dos esforços para a melhoria do sistema como um todo de maneira mais rápida e eficiente. Está em andamento um acordo com o governo do Reino Unido pelo programa de cooperação Better Health Programme (BTH) para desenvolver soluções que aumentem a eficiência no atendimento dos pacientes, e que possam ser implantadas em toda a rede de saúde pública brasileira. Atualmente, no HC são realizadas 9.880 teleconsultas por mês. Ao todo, o acordo prevê 20 iniciativas, entre elas um reforço para o projeto de TeleUTI do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina (InCorFMUSP).

As conquistas do HC

Para descrever algumas das conquistas do HCFMUSP em inovação nos últimos quatro anos, é preciso falar do InovaHC (Núcleo de Inovação do HC), cuja proposta é conectar centros de pesquisa, universidades, empreendedores e recursos para criar soluções mais eficientes para gestores, médicos e pacientes. No guarda-chuva do InovaHC estão: o In.cube (incubadora de ideias), In.pulse (aceleradora de negócios) e In.pacte (apoio aos negócios desenvolvidos). Com suas iniciativas, o InovaHC formou a maior plataforma de inovação em saúde, com mais de 60 empresas e startups e quase 200 projetos.

Em 2020, com a Siemens Healthineers do Brasil, foi criado o In.Lab, moderno Centro de Inovação e Pesquisa Aplicada em Inteligência Artificial, com equipes multidisciplinares e que conta com o Data Lake do Brasil, um dos maiores bancos de imagens médicas disponíveis à pesquisa.

Foi com o InovaHC que o programa IdeiaGov, do governo do estado de São Paulo, escolheu, há três anos, parceiros para o projeto RaVid-19, que rapidamente desenvolveram algoritmos para auxiliar radiologistas

em qualquer hospital a diagnosticar a covid-19 em exames de imagem de tórax e pulmão. A inovação foi utilizada por cerca de 60 hospitais no auge da crise da pandemia, quando os testes de detecção ainda eram escassos e demorados – e desenvolvida em parceria entre o MICLab e FEEC da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e as empresas Neuralmin, Ottawa Health e Visibilia.

Outros projetos estão, hoje, em andamento. Entre eles, o IA Idade Cerebral, que busca identificar padrões por meio da análise de imagens de ressonância magnética de cérebros de 1.600 indivíduos acima de 35 anos sem deficiência, e o IA e Posicionamento em Mamografia, que utiliza algoritmos para analisar a melhor posição para a realização de exames, baseando-se em 900 casos.

A mesma tecnologia de algoritmos e inteligência artificial empregada no RaVid19 vem sendo utilizada agora em outro estudo para detectar mais eficientemente tumores no fígado. Os pesquisadores pretendem aperfeiçoar ferramentas de triagem automática de cirrose e câncer nos exames de imagem. O objetivo é obter diagnósticos mais rápidos para apressar o início do tratamento e agilizar, por exemplo, os preparativos para um transplante hepático. A ferramenta faz parte da tese de doutorado do médico radiologista Bruno Aragão, em parceria com o InRad, o Departamento de Gastroenterologia do HCFMUSP, o InovaHC e a startup de tecnologia Machiron, com financiamento Pipe-Fapesp.

UTI remota

As iniciativas de inovação do HCFMUSP também abrangem a formação profissional e o aperfeiçoamento de pessoal especializado. O núcleo de telemedicina, que foi criado há dez anos no InCor, em 2020 recebeu um aporte do Banco Mundial que possibilitou à Divisão de Pneumologia do instituto implementar a rede TeleUTI. Esse programa, que passou a auxiliar remotamente os médicos do SUS de vários estados nos atendimentos dos casos de coronavírus, rapidamente tornou-se referência mundial.

No primeiro semestre de 2023, foram tão bons os resultados de uma extensão da TeleUTI no Conjunto

Hospitalar do Mandaqui, na Zona Norte da capital paulista, que ela será ampliada para outros 19 hospitais do estado. O programa consiste na troca diária de informações da equipe de UTI com uma equipe especializada do HCMUSP, principalmente sobre os casos mais graves e que podem levar mais tempo para ter alta. Na prática, é como se o paciente estivesse recebendo visitas de vários especialistas ao mesmo tempo, enquanto os profissionais também se beneficiam com a troca de informações.

No Mandaqui, hospital geral e de ensino referência no atendimento a politraumatismos, entre março e julho de 2023 foram atendidos 242 pacientes, com uma média de 16,5 conversas remotas por dia entre os especialistas das duas instituições. A iniciativa promoveu uma redução média de 10 para 5 dias na permanência do paciente da UTI, enquanto a taxa de mortalidade caiu de 28% para 7% na primeira semana de julho.

É um projeto pronto para ser replicado em dezenas de outros hospitais públicos de todo o País, em parceria com centros universitários de pesquisa e faculdades de medicina.

A revolução da velocidade

A conexão 5G permite transmissão de dados até 100 vezes mais veloz que a do 4G (em condições ideais), possibilitando a conexão de muitos mais dispositivos ao mesmo tempo. Nessa área de conexão rápida, o OpenCare 5G é uma das iniciativas mais recentes do InovaHC, coordenada pela Deloitte, com participação do Itaú Unibanco, Siemens Healthineers, NEC, Telecom Infra Project (TIP), Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Poli USP).

Um dos braços do OpenCare é o OpenRAN (do inglês *open radio access networks*, ou rede de acesso de rádio aberto). Seu objetivo é construir uma rede privada de comunicação para testar a conectividade entre equipamentos médicos.

Duas soluções da Siemens Healthineers foram incluídas no OpenCare 5G: a AI Rad Companion, para aumentar a produtividade e a acurácia nos diagnósticos de exames de imagem, com a redução do tempo e

aumento da qualidade na transmissão; e o syngo Virtual Cockpit (sVC), apto a controlar à distância equipamentos de ressonância magnética e tomografia computadorizada e que se beneficiará com a velocidade maior.

A ABDI, que já atua com a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) na realização de testes do 5G, tem a missão de estimular novos modelos de negócio com a adoção dessa tecnologia. A Telecom Infra Project (TIP), associação internacional de empresas provedoras de equipamentos e serviços, entrará com a infraestrutura do sistema Open RAN. O ItaúUnibanco empregará seu conhecimento em tecnologia e disponibilizará seu DataCenter para ajudar a testar as possibilidades do Open RAN. A NEC será integradora de sistemas, instalação e configuração da rede. A Poli USP se encarregará da arquitetura do sistema e da metodologia de pesquisa, de olho em como essas inovações

impactarão o desenvolvimento de novas soluções. Além de coordenar o trabalho, outra missão da Deloitte será atrair mais investimentos para os projetos.

Todos esses projetos demandam um tempo de planejamento, exigem financiamentos, têm uma fase de experimentação até chegar a algum resultado, passando pela etapa de aperfeiçoamento e de maturação até estarem prontos para a aceleração. Para que resultem em benefícios práticos, é preciso manter um ritmo constante de interesse e apoio das políticas públicas durante os próximos anos.

As condições estão postas. Com vontade e liderança, as inovações chegarão ao cidadão comum e novos projetos e parcerias serão possíveis, num círculo virtuoso que contribuirá para melhorar a vida de milhões de brasileiros e garantir os seus direitos à saúde previstos na Constituição.



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 unificados 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.



Santa Marcelina Saúde, gestão administrativa e assistencial, um modelo integral e eficiente a serviço do SUS

*Ir. Rosane Ghedin**

A Santa Marcelina Saúde^I celebra os avanços significativos na área da saúde pública proporcionados pelos 35 anos de história do Sistema Único de Saúde. Desde sua implantação, em 1988, o SUS tem desempenhado um papel fundamental na promoção, prevenção e assistência à saúde da população da Zona Leste da cidade de São Paulo, com a presença marcante em virtude das parcerias governamentais celebradas com as secretarias de estado e municipal de saúde. Nessas três décadas e meia, tem se consolidado como um sistema que busca a equidade e o acesso universal aos serviços de saúde.

Em nosso território não tem sido diferente. A instituição, que possui a maior força de trabalho da região^{II}, alocada nas diversas modalidades de baixa, média e alta complexidade, tem trabalhado incansavelmente para garantir que todos os cidadãos tenham direito a um atendimento integral e de qualidade, executando as políticas públicas por meio de seus diferentes programas, projetos e demais iniciativas.

Nessa perspectiva, é sempre bom lembrar o sanitário Sérgio Arouca, para quem o SUS não era o fim, mas sim o começo da transformação das condições de vida da população brasileira. Um dos principais teóricos e líderes da Reforma Sanitária Brasileira, Arouca

participou ativamente do movimento que possibilitou a inserção da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição de 1988, e que abriu um vasto campo de lutas para que aquilo que estava na Carta Magna não fosse esquecido.

De tão relevante significado e importância, a abrangência do sistema hoje não se limita à dinâmica assistencial. Mais que isso, o SUS fortalece a vocação de crescimento em articulação com as exigências atuais, que impulsionam a busca pela continuidade de um modelo focado na atualização. Por isso é importante ultrapassar barreiras que permitam o alcance e a aplicação de novas tecnologias, com vistas à integração e à construção de ferramentas que viabilizem o reforço da gestão por meio de dados confiáveis que possibilitem o gerenciamento dos serviços e das equipes, bem como o monitoramento da produção. Daí resulta uma visão mais ampla sobre a performance das equipes, a segurança do paciente e o alcance dos objetivos terapêuticos e epidemiológicos nas mais diversas realidades.

Historicamente, a construção de um modelo de assistência em saúde pública não nasce de um dia para o outro. A realização e concretização de uma política de Estado de saúde, muito menos. Em particular no caso do sistema brasileiro, isso só é possível quando identificadas as demandas dos territórios, sob variáveis que emergem primeiro a partir da luta dos movimentos populares. E que deve considerar a permanente e indispensável garantia de financiamento para o custeio das atividades, o que passa pela revisão da tabela de remuneração de procedimentos, exames e consultas,

* Graduação em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Cidade de São Paulo (1996), com especialização em administração hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas – São Paulo (1997). Atualmente é diretora-presidente da Casa de Saúde Santa Marcelina.

I Santa Marcelina Saúde é a designação para citar a rede de serviços geridos pela instituição.

II A força de trabalho direta da Santa Marcelina Saúde nos serviços situados em São Paulo conta com cerca de 22.000 funcionários diretos, sendo 11.000 na atenção primária à saúde. Em Sapezal, Porto Velho e São Bernardo do Campo são cerca de 1.000 colaboradores diretos e indiretos.

defasada em mais de 20 anos, sem reajustes que acompanhem os índices comerciais e principais indicadores inflacionários. A economia da saúde é um ramo da ciência que ganhou destaque pela absoluta e indispensável visão que os gestores devem ter para a maximização dos recursos, otimização das receitas e busca do equilíbrio financeiro diante de uma demanda permanente, contínua e crescente.

Os avanços nas políticas públicas de saúde no país diminuíram a mortalidade infantil em mais de 70%, aumentaram a expectativa de vida do brasileiro, ampliaram o acesso à atenção pré-natal, mudaram os tratamentos para doentes mentais, melhoraram as condições de vida da população em geral. É inquestionável o reconhecimento internacional das ações do SUS na atenção básica baseadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo. Atualmente, é por meio do sistema público que essa iniciativa atende mais de 120 milhões de brasileiros regularmente. As equipes dessa modalidade, que é a porta de entrada do SUS, atuam conhecendo a realidade dos pacientes, prestando orientações frequentes e acompanhamento constante. O reconhecimento da eficiência e dos resultados, em que se destacam os aspectos preventivos e de promoção, vem da própria Organização Mundial da Saúde, que incluiu a estratégia entre as melhores iniciativas do planeta na área.

A esses exemplos, soma-se um complexo de atenção secundária e terciária prestada pelo SUS, formada por milhares de hospitais, mais de 50 mil ambulatorios, equipamentos móveis, operacionalizado por uma infinidade de profissionais da saúde. São cerca de 2 bilhões de procedimentos a cada ano, entre cirurgias, tratamentos, internações, vacinas, campanhas e outras atividades inerentes ao Sistema Único de Saúde. Esse desempenho gigantesco representou, e ainda representa, em termos globais, uma revolução de inclusão social sem precedentes.

Nesse contexto, a Santa Marcelina Saúde se destaca pela excelência dos serviços de saúde que oferece. Suas seis unidades hospitalares, referências em suas áreas de abrangência e influência, são equipadas com tecnologia de ponta e contam com

equipes médicas altamente qualificadas, capazes de atender às demandas mais complexas da população: Hospital Santa Marcelina de Itaquera^{III} (704 leitos), Hospital Santa Marcelina de Sapezal^{IV} (53 leitos) e Hospital Santa Marcelina de Porto Velho^V (156 leitos); Organização Social de Saúde Hospital Cidade Tiradentes^{VI} (245 leitos), Organização Social de Saúde Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista^{VII} (286 leitos) e Hospital Santa Marcelina de Itaquaquecetuba^{VIII} (289 leitos). Essa estrutura é total ou parcialmente destinada à assistência de pacientes cujas necessidades de saúde são recorrentes e têm como única alternativa as políticas públicas.

A estrutura da matriz (Santa Marcelina Itaquera), com 62 anos de atividades, é comparável à dos melhores centros médicos do Brasil, sendo a principal referência hospitalar de alta complexidade da Zona Leste paulistana. Ela atende a uma população de mais de 4,5 milhões de pessoas, ofertando 87% de seus serviços pelo Sistema Único de Saúde – mais de 1,8 milhões de atendimentos em 2022. Com grande reputação devido a sua resolutividade, dispõe das mais modernas tecnologias para realizar atendimentos de urgência, emergência, consultas, cirurgias, exames (laboratoriais, imagens etc.) e partos. Destaca-se, ainda, como principal centro de ensino e pesquisa da região, oferecendo 42 programas de residência médica, multiprofissional e especialização, em mais de 40 especialidades.

Além disso, ressalta-se o constante investimento em capacitação profissional, tecnologia e educação corporativa. Esse aspecto é recorrente no planejamento e na estratégia institucional, motivado pela vocação e missão de formar as pessoas para um melhor desempenho profissional, sempre com vista a um atendimento de qualidade e humanizado.

III Hospital Santa Marcelina de Itaquera, São Paulo (SP).

IV Hospital Santa Marcelina de Sapezal, Mato Grosso (MT).

V Hospital Santa Marcelina de Porto Velho, Rondônia (RO).

VI Hospital Santa Marcelina de Cidade Tiradentes (SP).

VII Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista (SP).

VIII Hospital Santa Marcelina de Itaquaquecetuba (SP).

Os avanços do SUS nas últimas três décadas e meia não foram simples, meramente triviais. A existência de um sistema de saúde de desenho público e universal em um país populoso e economicamente relevante da América Latina tem importância internacional. Porém, para a permanência e adequação do SUS enquanto política de saúde de Estado e garantia da universalidade com equidade e integralidade é necessário que muitos desafios sejam vencidos. Para nós, boa parte das respostas aponta na direção da melhoria da gestão e do financiamento do sistema, assim como dos avanços nas políticas intersetoriais e de valorização, qualificação e melhoria da formação profissional em saúde.

A Santa Marcelina Saúde tem como diretriz de suas ações no SUS “integrar para evoluir”, slogan que se consolida na atenção primária à saúde. Nesse nível, em 2022, foram realizados mais de 6,6 milhões de atendimentos só na Zona Leste de São Paulo, nos mais de 136 serviços compostos pelas mais variadas modalidades, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamentos menos complexos. Em sua ampla rede formada pela estratégia saúde da família, presta atendimentos médicos ambulatoriais, serviços de pronto atendimento, especialidades e apoio às pessoas com deficiência. Mantém, ainda, centros especializados de reabilitação, o Programa Melhor

em Casa, hospitais-dia, programa de apoio ao idoso, centros de atendimento psicossocial, residências terapêuticas e centros especializados de odontologia.

Nosso desafio institucional é promover a integração dessa estrutura com o SUS, tanto dos serviços hospitalares, ambulatoriais e de atenção primárias quanto para a operacionalização em uma rede de serviços mais eficiente. Essa meta busca estimular o engajamento das equipes e o uso da tecnologia como aliada para aprimorar ainda mais o atendimento, proporcionando a melhor experiência ao usuário.

Em apertada síntese, buscamos constantemente o fortalecimento da gestão administrativa e assistencial, mantendo uma ampla articulação em torno de uma agenda de luta cotidiana pela garantia da equidade, integralidade e universalidade do sistema público. Esse trabalho, pautado por princípios democráticos, é caracterizado pelo acesso qualificado e pela participação popular, na construção e protagonismo de forma ativa. A partir de um modelo integrado e eficiente de desenvolvimento, a Santa Marcelina Saúde assume a plena efetivação do SUS como pilar da concretização dos direitos, da justiça e do bem-estar social, atendendo às necessidades da população SUS-dependente que acessa nossos serviços diariamente, realizando nossa missão e valorizando a vida, todos os dias.



Sistema Único de Saúde: avanços e desafios

Jorge Harada*

Neste ano, celebramos 35 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política pública em defesa da saúde e da vida dos brasileiros, garantida na nossa Constituição Cidadã de 1988, é fruto de um processo de muita luta e disputa que ocorreram na sociedade brasileira a partir da década de 1970, com o Movimento da Reforma Sanitária e a Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Tal disputa permanece até os tempos atuais, no que se refere às garantias das políticas sociais, incluindo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

A reforma sanitária e a conferência foram importantes pelas teses e propostas surgidas e aprovadas, mas também pela forma como foram constituídas, com participação de trabalhadores e gestores, estudantes e professores do campo da saúde e, principalmente, de representantes dos movimentos sociais e da sociedade civil, em busca de um sistema que fosse universal, equânime e integral. Todos esses movimentos foram imprescindíveis para a criação do SUS e o processo do restabelecimento da democracia no Brasil. Assim, saúde e democracia são bens indissociáveis e temos de lutar para defendê-las permanentemente!

Conforme estabelecido na Constituição de 1988, a saúde não deve ser entendida como a simples ausência de doença, mas de forma mais ampliada, que depende de uma série de condicionantes como emprego, renda, moradia, saneamento, alimentação,

educação, lazer e garantia de acesso às ações e serviços de saúde. Ela deve ser entendida como direito social universal, de cidadania, que se confunde com direito à vida. É nesse sentido que foi criado o SUS, como direito social que precisa ser assegurado como dever do Estado. O grande desafio é que todos esses aspectos saiam do papel e passem a ser garantidos: a saúde como direito a todos os cidadãos que habitam o território do nosso país.

O SUS estabelece uma série de princípios doutrinários e diretrizes para a sua organização e desenvolvimento. É dizer, não basta que os princípios da universalidade, integralidade e equidade estabelecidos constitucionalmente sejam conhecidos; é preciso que a sociedade acredite e busque formas efetivas para que eles estejam em nossas ações cotidianas, para garantir uma melhor qualidade de vida aos cidadãos. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo que se propõe a garantir atenção integral e gratuita para a totalidade da população.

Ao longo do período de sua existência muitos foram os avanços conquistados. Entre os principais, podemos citar: a atuação do controle social e a participação da comunidade; a área de pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas; o Programa Nacional de Imunização (PNI); a política antimanicomial e de desospitalização da saúde mental; o enfrentamento às infecções sexualmente transmissíveis, aids e hepatites; o programa de transplantes; a política de sangue e hemoderivados; a assistência farmacêutica; as vigilâncias em Saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador); redes de cuidado

* Graduação em medicina pela Escola Paulista de Medicina (EPM) (1983) e mestrado em pediatria pela mesma instituição (1993). Foco nas áreas de pediatria e saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: escola, saúde, promoção de saúde, criança e cidadania e gestão em saúde. Experiência em gestão pública da saúde, sobretudo do Sistema Único de Saúde (SUS).

(materno-infantil, psicossocial, pessoa com deficiência, urgência e emergência, doenças crônicas); o modelo de financiamento, com transferência fundo a fundo; a relação interfederativa; o Programa Mais Médicos; a Política Nacional de Atenção Básica etc. Todos esses avanços acima citados também se constituem em desafios a serem implementados, além de tantos outros, para que o SUS seja consolidado como política pública social que atenda às necessidades e em tempo oportuno da população.

A pandemia de covid-19 evidenciou as qualidades existentes no sistema público de saúde, mas também suas fragilidades. Não fosse a existência do SUS como política social e sanitária, a sua organização em ações e serviços, o engajamento e o compromisso por parte dos trabalhadores, a tragédia teria sido muito maior, no que se refere à morbimortalidade, ao sofrimento e todas as demais consequências no âmbito individual, familiar, social, econômico e político. Por outro lado, a pandemia evidenciou os desafios, as contradições que temos a enfrentar para a consolidação do SUS no país, e como ela está atrelada aos condicionantes sistêmicos de financiamento do sistema, sociais, de iniquidades, de postura e decisões ético-políticas que vivemos naquele momento histórico. Poderíamos ter tido um número muito menor de mortes e minimizado o sofrimento, no âmbito individual e coletivo, pelo qual passamos e ainda sofremos as consequências. Cuidar das pessoas e da comunidade é um ato político, em constante disputa na sociedade.

Outro aspecto a ser considerado na atenção à saúde prestada à população é o modelo organizacional. Nesse campo devemos levar em consideração o atual cenário epidemiológico brasileiro no âmbito demográfico, nutricional e epidemiológico. Para atuarmos nesse cenário precisamos considerar o envelhecimento populacional; o aumento dos índices de obesidade e sobrepeso; e a tríplice carga de doenças – infecciosas, crônicas não transmissíveis e causas externas (acidentes e violências). O arranjo em Rede de Atenção à Saúde (RAS) constitui-se a estratégia necessária e prioritária para atender os cidadãos e a comunidade de forma articulada, integrada, que minimize ou rompa

com a fragmentação do cuidado historicamente existente no Brasil. A produção de cuidado em rede deve incluir ações e serviços da atenção básica, atenção especializada ambulatorial, atenção especializada hospitalar, urgência e emergência e vigilâncias em saúde. A valorização e o reconhecimento da atenção básica como eixo transversal na RAS, com atuação em todas as redes de cuidado, é um desafio permanente para que ela tenha as condições necessárias para cumprir suas atribuições e responsabilidades sanitárias, previstas de forma resolutiva.

Considerando-se a complexidade que temos no país, de extensa dimensão territorial, diversidades regionais culturais, sociais, econômicas, políticas e epidemiológicas, é necessário trabalharmos num processo de regionalização adequado e que respeite os aspectos supracitados, para a conformação da RAS. A conformação das regiões de saúde e da RAS tem de ser pensada e existir a partir das demandas da população de um determinado território, e não somente de capacidade instalada. Isso garante um maior grau de acesso, resolubilidade, integralidade e equidade à comunidade.

A regionalização da RAS também possibilita que os atores do território – gestores, trabalhadores e usuários – possam explicitar, reconhecer e debater as suas divergências, conflitos, interesses. Acima de tudo, assegura que eles tenham capacidade de construção de consensos e propostas para desenvolver um planejamento regional integrado, solidário e singular ao território, permitindo a identificação dos vazios assistenciais, o aprimoramento do processo de gestão, a otimização dos recursos existentes e até mesmo a elaboração de um plano regional de investimentos, quando houver os recursos financeiros para tal. Além das ações e serviços assistenciais, a RAS deve estar contemplada por ações de apoio e logística, com suporte de informática e informação em saúde, prontuário eletrônico, telessaúde, transporte sanitário, assistência farmacêutica, regulação (do sistema, de serviços e de acesso), instrumentos de programação e planejamento.

A RAS não é composta somente por espaços físicos, equipamentos e logística, mas, principalmente,

por pessoas, pelo desenvolvimento de processos de trabalho que promovam o fortalecimento do vínculo entre trabalhadores e usuários com dispositivos de cuidado humanizados. A valorização dos trabalhadores do SUS deve fazer parte da agenda prioritária dos gestores. Não há como implementar o SUS sem o devido reconhecimento dos profissionais, investimentos na sua qualificação e valorização do trabalho prestado à população. Nesse sentido, a educação permanente é componente fundamental do processo de gestão e qualificação do trabalho, na medida em que possibilita que a reflexão, a revisão e o aperfeiçoamento dos vários processos de cuidado ocorram em ato.

O reconhecimento, a valorização e o desenvolvimento do trabalho interprofissional em todos os pontos da RAS, como estratégia que potencializa o cuidado e aumento da resolubilidade do serviço, além de produzir a melhoria de qualidade de vida ao usuário e à comunidade, é também um desafio de implantação a ser superado pelo SUS. A promoção da integração ensino-serviço-comunidade com ações de extensão, pesquisa e ensino tem de ser aperfeiçoada para que a formação dos profissionais da saúde atenda às necessidades da população e não voltada predominantemente para a lógica de mercado.

No âmbito da integralidade, equidade e promoção da saúde, há de se desenvolver um conjunto de ações que estejam organizadas e articuladas e sejam desenvolvidas de forma intersetorial, voltadas para ações no âmbito individual e coletivo, atuando nos condicionantes sociais do processo saúde-doença, constituindo uma rede de proteção que garanta maior qualidade de vida aos cidadãos que habitam o território.

A ampliação da governança e o fortalecimento do Pacto Interfederativo nos âmbitos federal, estadual e municipal como espaços de pactuação, definição das responsabilidades e atribuições sanitárias têm de ser potencializados. Nesse sentido, o fortalecimento das instâncias de pactuação – comissões intergestores Regional (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) –, como instâncias de pactuação técnica, administrativa e política, devem ocorrer como espaços de gestão compartilhada do SUS.

É necessário que os governos estaduais e federal participem do sistema com maior aporte de recursos financeiros e prestem apoio técnico aos municípios. A participação da gestão estadual na coordenação do processo também é imprescindível.

O financiamento é outro grande ponto desafiador para a existência do SUS, na medida em que sempre houve subfinanciamento do sistema. As conquistas obtidas nessa área, inclusive com definição de pisos financeiros pelos entes federados, foram colocadas em risco, com enormes retrocessos, em 2016, quando ocorreu o congelamento dos recursos federais para as políticas públicas pela Emenda Constitucional nº 95. Essa emenda provocou um grande desfinanciamento do SUS e, conseqüentemente, com sérios riscos de fechamento de serviços e assistência prestados à população. Fica a expectativa de que, com a aprovação do novo arcabouço fiscal e da reforma tributária, ora em curso, o financiamento da saúde seja retomado de forma a atender às necessidades dos brasileiros.

O controle social e a participação da comunidade, que foram fundamentais para a criação do SUS exerceram importante papel de resistência às várias tentativas de retrocesso que o SUS sofreu nos últimos anos, denunciando os vários ataques e colocando-se sempre em defesa da saúde e da vida dos cidadãos. É nesse sentido que o nosso maior desafio, mantermos o nosso permanente estado de vigília, de mobilização social e capacidade de articulação política em defesa do SUS, se faz necessário e tem de ser mantido. Isso porque, apesar dessa conquista no ano de 1988, o processo de permanente disputa se mantém, sempre com riscos de retrocessos dessa política social.

Muitos interesses econômicos, políticos, ideológicos, corporativos e na relação público-privada estão em disputa e vão de encontro ao SUS que acreditamos e defendemos, um movimento que promove a justiça social, um processo civilizatório e que atende às demandas e interesses maioria da população. A saúde não é bem de consumo ou mercadoria. Permanecemos na luta em defesa do SUS, que é um direito social, de cidadania e em defesa da vida!



35 anos de SUS – Perspectivas

José Dínio Vaz Mendes*

Ao completar 35 anos, o Sistema Único de Saúde tornou-se a maior e mais longeva política social pública do Brasil. E pode comemorar avanços importantes na ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde, seja na atenção básica, seja naquela de maior complexidade.

Persistem, contudo, inúmeros desafios e prioridades para que o SUS atinja plenamente suas metas de atendimento universal, integral e equitativo aos brasileiros. Enfrentá-los, portanto, é imprescindível para o avanço contínuo do sistema.

Origens e (sub)financiamento do SUS

Por vezes o Sistema Único de Saúde é objeto de críticas por falhas verificadas nos atendimentos, as quais são frequentemente atribuídas apenas à gestão pública ineficiente. Em defesa do SUS, profissionais e gestores apontam o subfinanciamento crônico das políticas públicas de saúde. Ambos os pontos de vista têm suas verdades, mas a gestão não pode, por mais eficiente que seja, corrigir isoladamente distorções históricas.

É inegável que o sistema público é subfinanciado, e este fato é relevante para uma discussão racional para solucionar seus problemas. Concebido como uma generosa política pública que objetivava reduzir as iniquidades anteriormente verificadas na atenção à saúde dos brasileiros, o SUS garante atenção universal por meio da arrecadação de recursos pelo Estado, tal como já ocorria, com bons resultados, em países como a Grã-Bretanha ou os escandinavos, entre outros.

O Brasil não dispõe de situação econômica e social dessas nações desenvolvidas. Mas certamente a direção política apontada pelo Sistema Único de Saúde era justa e correta.

Até 1988, a maior parte da população brasileira não tinha garantia de acesso às suas mínimas necessidades de saúde. Somente obtinham formas de atendimento ambulatorial ou hospitalar aqueles que tinham meios próprios para pagar a atenção privada (grande minoria) e os trabalhadores formais, que eram assistidos pelo sistema previdenciário federal ou por planos privados empresariais (menos da metade das pessoas que viviam no país). Todos os demais ficavam na dependência da rede filantrópica existente e dos poucos serviços de saúde estaduais e municipais – centros de saúde, prontos-socorros e hospitais para certas doenças crônicas (tuberculose, hanseníase, doenças mentais), que não tinham estrutura ou meios para garantir os atendimentos. E isso significava a completa desassistência ou atrasos na atenção, com graves consequências para o estado de saúde da população.

Em 1988, o SUS foi criado com obrigação de incluir a massa de desassistidos. Para tanto, herdou a estrutura de saúde da previdência social (bem como seus serviços conveniados/contratados, principalmente a rede filantrópica, majoritariamente formada por pequenas Santas Casas), e parte de seu orçamento, sem perspectivas de ampliação real. Essa rede previdenciária, originalmente voltada apenas para uma parcela da população, acrescida dos recursos estaduais e municipais já existentes (atores incluídos na organização do SUS), não teria meios estruturais ou

* Médico especialista em saúde pública. Atuou na Coordenadoria de Planejamento em Saúde, no Grupo Técnico de Informação em Saúde da SES/SP.

financeiros para atender satisfatoriamente todos os brasileiros, ainda mais considerando-se as grandes desigualdades regionais do país.

Empreendeu-se então uma contínua busca por recursos pelos gestores, com ampliação gradativa do financiamento, especialmente dos municípios e dos estados (que aumentaram proporcionalmente seus recursos em relação àqueles do Ministério da Saúde), com o progressivo incremento da estrutura e atenção do SUS, ainda com incapacidades relevantes. Ainda assim, esses recursos permitiram um crescente acesso dos cidadãos às ações de saúde.

Encarecimento da saúde, novas necessidades e novos meios

De forma geral, observa-se o aumento de gastos públicos em saúde em todos os países nos quais a atenção adquire caráter universal, tornando-se atribuição financeira do Estado. Tal fato decorre não somente do maior acesso oferecido, mas também de mudanças demográficas e do avanço tecnológico da área de saúde.

Há muitos anos as nações desenvolvidas já enfrentam o processo de envelhecimento de suas populações. Países como o Brasil também apresentam proporções cada vez maiores de idosos, com a modificação dos padrões epidemiológicos de morbimortalidade (ampliação das doenças crônico-degenerativas e suas complicações), seguida por maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e com ampliação dos medicamentos de uso contínuo (mais custosos). A taxa de internação dos maiores de 60 anos no SUS é bem superior a de outras faixas etárias mais jovens, tendendo a pessoa idosa a ter mais de uma doença associada, condição que onera sobremaneira o sistema público.

Simultaneamente, o desenvolvimento de novos (e mais caros) medicamentos, processos diagnósticos e intervenções complexas, ao lado do benefício que trazem para a saúde individual, adiciona novas demandas e gastos para o setor. Ao contrário de outros setores industriais, a introdução de novas tecnologias de assistência médica não costuma baratear as ações de saúde –

com a possível exceção de ações preventivas, como a vacinação. A propósito, a estratégia de vacinação, que tem longa história de sucesso no Brasil, iniciada ainda antes da criação do Sistema Único de Saúde, tornou-se, tristemente, objeto de rejeição por falácias divulgadas pelas “novas” redes sociais (internacionalmente, mas com repetidores nacionais). Essas falácias reciclaram velhíssimos preconceitos, colocando em risco uma das poucas políticas preventivas do país que sempre foi um modelo para todo o mundo e motivo de orgulho para aqueles que trabalham no setor público.

O alto uso de tecnologias médicas modernas e o modelo centrado em hospitais tornaram os Estados Unidos a nação com o maior gasto percentual da saúde em relação ao PIB (e sempre em elevação), com sua população atendida majoritariamente por seguros e serviços privados de saúde. Saliente-se que o Brasil gasta proporcionalmente muito menos em saúde no setor público que os demais países com sistemas semelhantes.

Os planos privados nacionais que atendem parcela de nossa população fora do SUS enfrentam o mesmo crescimento de despesas, prenunciando severas crises que, no futuro, poderão ampliar as demandas ao sistema público. Na verdade, o sistema público brasileiro sempre atendeu aos clientes de planos privados, nos procedimentos não cobertos, no fornecimento de medicamentos de alto custo (inclusive por meio de ações judiciais) e no atendimento de emergências, além das tradicionais ações coletivas, como as imunizações, que beneficiam a todos.

Gestão, planejamento e recursos humanos

No Brasil, as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) são autônomas e corresponsáveis pelo financiamento e gestão do SUS, o que torna a divisão de competências e responsabilidades tarefa bastante complexa, com desafios técnicos, administrativos e políticos para a gestão e para a gerência dos serviços. Acrescente-se a grande proporção de municípios bastante pequenos no país, com menos de 10 mil habitantes, com enormes diferenças em suas capacidades econômicas, de recursos humanos, técnicas e gerenciais, e que acabam se refletindo no

modelo de atenção à saúde praticado. Embora existam foros colegiados para discutir as prioridades, as diretrizes políticas de cada esfera na área são por vezes desintegradas e pouco partilhadas com os demais parceiros, podendo sofrer influência desorganizadora de governos ocasionais.

Os planos de saúde (plurianuais) exigidos e elaborados pelos gestores públicos são frequentemente pouco efetivos, empregam metodologia inadequada, negligenciam sistemas de informação, empregam poucos parâmetros assistenciais para programação, não trazem metas e processos de avaliação realistas. Além disso, o processo de planejamento é parte integrante da mentalidade/cultura de grande parte dos políticos e dirigentes responsáveis pelas decisões no país, tornando os planos irrelevantes. As mudanças de governo frequentemente implicam o abandono de “marcas” da antiga gestão e substituição por novos *slogans*, sem qualquer processo claro de avaliação e planejamento.

A baixa valorização desses processos impede a implementação de mudanças nos diferentes planos de saúde, ao longo do tempo – o que é uma pena, pois eles poderiam corrigir ineficiências verificadas e/ou valorizar aquelas iniciativas de sucesso. Também poderiam otimizar as insuficiências, tanto nos processos de gestão (mais abrangentes e que envolvem diferentes serviços de saúde em rede) como na gerência dos serviços de saúde específicos (nos quais efetivamente se dá o gasto dos recursos financeiros).

Especialmente importante é a atenção básica (AB), também nomeada atenção primária de saúde (APS), porta de entrada do sistema, componente fundamental para a eficiência e a estruturação do cuidado em saúde. O SUS garantiu a rápida ampliação de acesso por meio da extensão do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje estruturado como política, sob a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF), com resultados promissores, principalmente em comunidades carentes.

A AB, porém, pode apresentar deficiências funcionais e estruturais. Por exemplo, modelos de atenção inadequados à realidade local; falta de priorização de riscos, de definição de protocolos e de implantação de

linhas ou guias de cuidado; acompanhamento deficiente das condições crônicas mais frequentes; inadequações na infraestrutura, na tecnologia de comunicação; e déficits de recursos humanos (por exemplo, dificuldade na contratação de médicos nos pequenos municípios e naqueles mais afastados dos grandes centros); entre outros fatores. Isso reduz a capacidade da APS para resolver os problemas de saúde locais, bem como o acesso aos necessários procedimentos, o que induz a busca espontânea de serviços de urgência, ambulatorios de especialidade e de internação de referência, ocasionando internações desnecessárias, retardando o acesso dos casos que realmente precisam de atendimentos mais complexos. A integração entre as unidades de atenção primária e aquelas de atenção secundária e terciária é bastante precária, com sistemas de referência e contrarreferência incipientes. Dessa forma, os serviços acabam funcionando como pontos isolados de atenção à saúde, reduzindo a qualidade e a eficácia das ações.

A formação e alocação dos médicos e outras categorias profissionais de saúde é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde. Uma questão crítica é, sobretudo, a fixação de médicos nos pequenos municípios, para atuação na APS e na ESF. A formação médica, sem deixar de lado os avanços tecnológicos, deve estimular e valorizar a participação do profissional no atendimento e na resolução dos problemas mais comuns da área da saúde, tal como ocorreu em outros países com sistemas universais, como a Inglaterra e o Canadá, que valorizam o médico generalista.

Por outro lado, estudo de 2013 do Banco Mundial já apontou que a maioria dos hospitais brasileiros (tanto públicos como privados) opera com baixa eficiência. Um hospital médio poderia produzir até três vezes mais se fosse tão eficiente quanto o hospital mais eficiente. Os principais fatores apontados para essa ineficiência foram a pequena escala de operações, a alta utilização de recursos humanos, a baixa utilização da capacidade instalada e de recursos técnicos, o modelo de gestão e os mecanismos de pagamento. De fato, no SUS existe proporção considerável de pequenos hospitais (isto é, serviços com menos de 50 leitos), unidades de saúde

com baixa eficiência, baixas taxas de ocupação, qualidade de assistência normalmente precária, cenário que torna difícil a sustentabilidade econômica.

A ausência de política adequada para o desenvolvimento e a manutenção da rede hospitalar e seu financiamento inconstante (com orçamentos públicos imprevisíveis e muitas vezes “congelados”) provocam o envelhecimento de seus equipamentos e impedem a manutenção de estoques de insumos essenciais. Isso reduz o desempenho das unidades (sua eficiência) e dificulta sua sustentação econômico-financeira e de recursos humanos. Formas arcaicas, lentas e desorganizadas de administração pública agravam essas questões. Modelos de gestão exitosos no setor saúde, como as parcerias público-privadas por meio de organizações sociais, iniciadas em São Paulo e hoje adotadas em inúmeros estados e municípios, podem colaborar com a modernização da gerência, mas também precisam ser continuamente acompanhadas, avaliadas e modificadas. Caso contrário, apresentarão os mesmos desvios já verificados em outras modalidades de serviços no Brasil.

Recursos humanos qualificados para a gestão do sistema, com profissionalização e respeito pelas instâncias políticas, também são insuficientes. Há uma falta crônica de técnicos que possam pensar, adaptar, executar e acompanhar as políticas de saúde nas diferentes regiões do país. Muitas vezes, a mudança repentina de quadros ocasiona a perda de experiência e memória sobre as políticas de saúde já testadas, com repetição de erros por novas equipes.

Perspectivas

A implantação de redes de atenção de saúde é uma das soluções discutidas no setor, mas sua implementação é difícil e depende do acordo tácito de todos os atores do sistema. Além disso, necessita de desenvolvimento de metodologias que aperfeiçoem o modelo de atenção e que sejam adequadas à realidade brasileira, que permitam a integração de serviços e promovam linhas de cuidados, entre outros instrumentos

para condutas clínicas baseadas em evidências científicas. Também é imprescindível dispor de logística para a rede (incluindo o transporte), financiamento, planejamento, tecnologia de comunicação (integrando serviços distantes de atenção básica, evitando assim o isolamento que afasta os profissionais) e informação (para regulação, monitoramento e avaliação), entre outros aspectos. Qualquer avanço nesse sentido passa necessariamente pela capacitação, remuneração adequada e fixação de um corpo de recursos humanos na saúde pública, seja na execução direta de ações, seja na coordenação, no planejamento e no acompanhamento regional dos serviços.

Os recursos para o SUS precisam ser acrescidos, mas deve-se reconhecer que existem limites para o crescimento das despesas de saúde em um país com muitas dificuldades econômicas. Assim, o necessário aumento de recursos públicos para a saúde só poderá ocorrer de forma lenta e gradativa, exigindo simultâneo desenvolvimento de estratégias para melhorar a eficiência das alocações desses recursos. Ou seja, para superar os desafios do Sistema Único de Saúde é preciso aumentar os recursos e mudar e otimizar práticas do sistema, buscando ganhos de escala e de qualidade.

Apesar dos problemas apontados, o SUS continua sendo uma das poucas políticas públicas brasileiras que tem persistido mesmo com governos antagônicos. E, atualmente, não existe corrente política ou de pensamento séria na área da saúde no país que proponha qualquer alternativa diferente e viável que não inclua seu aperfeiçoamento. O sistema público de saúde se consolidou definitivamente junto aos brasileiros e demonstrou sua enorme importância quando todos precisaram, como ocorreu na pandemia de covid-19, na qual destacamos o valor, a dedicação e o esforço de inúmeros profissionais de saúde do setor público.

O SUS foi uma conquista dos brasileiros e seu aperfeiçoamento é interesse de todos. Os valores humanistas que o embasaram continuam válidos e necessários para desenvolver uma sociedade mais justa.



O SUS em São Paulo: breve contexto

Luiza Sterman Heimann*

Ao ser convidada para contribuir com um texto no Boletim do Instituto de Saúde (BIS) comemorativo dos 35 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), prontamente aceitei, sentindo-me honrada com a oportunidade de tratar de um tema tão vasto e complexo como o SUS e seus 35 anos – tempo que quase totaliza minha vida profissional como médica sanitarista das Secretarias de Saúde do estado e do município de São Paulo.

Optei por compartilhar com os leitores alguns momentos dessa história que considero relevantes para o nascimento, crescimento e desenvolvimento do SUS em São Paulo, bem como meus desejos para seu futuro.

Está no DNA do SUS-SP a marca de tecnologias inovadoras, aqui entendidas como saberes e práticas que provocaram mudanças. No campo acadêmico, em particular na área da Saúde Pública, destaco pelo menos dois modelos de explicação da saúde e doença, cujos fundamentos irão sustentar práticas políticas, técnicas e administrativas distintas: o chamado modelo médico-preventista, que busca alterações anatomofisiopatológicas para diagnosticar, evitar, tratar e curar doenças e doentes, e o modelo de determinação social do processo saúde/doença, que busca identificar condições econômicas, ambientais (físico/natural e social), culturais e biológicas para solucionar problemas de saúde de indivíduos, grupos e sociedades.

* Graduação em medicina pela FCMSCSP (1973), mestrado em saúde pública pela Harvard University (1978) e em medicina preventiva pela FMUSP (1984). Médica sanitarista do estado de São Paulo desde 1976, atuou na Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC/SES-SP) até 1983, quando se transferiu para o Instituto de Saúde, concentrando suas pesquisas em equidade, descentralização, regionalização e avaliação de sistema de saúde. Dirigiu o IS em dois períodos, entre junho de 1985 e junho de 1987 e entre 2008 e 2023.

No âmbito internacional, um intenso trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS), sobretudo de seu braço latino-americano, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), difundiu as ideias de saúde como um “bem-estar biopsicossocial”, tendo como meta “saúde para todos no ano 2000”.

Em São Paulo, no fim da década de 1960, por meio de uma ampla reforma administrativa do aparato estatal, foi criada a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), tendo à frente o professor Dr. Walter Leser. Em sua formulação, nas escolas médicas, essa proposta teve apoio dos Departamentos de Medicina Preventiva, também chamados de Medicina Social ou Medicina Geral e Comunitária, por meio de seus cursos de graduação e pós-graduação, bem como da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Com seus Centros de Saúde Escola, todos experimentavam novos modelos de atenção e gestão em saúde.

Assim, a SES-SP passou a contar, entre outras estruturas, com a Coordenadoria de Serviços de Saúde da Comunidade, composta por uma rede de serviços ambulatoriais (os antigos postos de saúde e os serviços de laboratório do Instituto Adolfo Lutz das unidades sanitárias), organizados em distritos sanitários e regiões com bases territoriais definidas; com a Coordenadoria de Serviços Hospitalares, formada pelos antigos hospitais especializados, como os de tuberculose, hanseníase e outros que passaram a ter perfil de hospital geral; e com a Coordenadoria de Saúde Mental, constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares (antigos manicômios) de saúde mental,

além da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, composta basicamente pelos Institutos de Pesquisa (Instituto de Saúde, Butantan, Adolfo Lutz, Pasteur, Dante Pazzanese, Lauro de Souza Lima e Clemente Ferreira).

Para dar vida a essa reforma, criou-se a carreira de sanitarista, para conduzir os trabalhos tanto na rede de serviços de saúde quanto nas instâncias de gestão locais (distritos), regionais (departamentos) e central da SES-SP.

Uma situação marcante com que me deparei na direção de um Centro de Saúde III, na região leste da cidade de São Paulo, foi quebrar a resistência dos funcionários em mudar o processo de trabalho centrado no atendimento à demanda espontânea (os usuários do antigo posto de saúde para vacinação e consultas médicas de pediatria, obstetrícia e odontologia) para ações programáticas definidas segundo o perfil epidemiológico.

Na época, um dos problemas prioritários da SES-SP era a redução da alta taxa de mortalidade infantil. Só consegui quebrar essa resistência quando, após um tempo atendendo crianças, as mães pediam aos funcionários para passar seus filhos em consulta só comigo. Intrigados, vieram me procurar para saber o porquê dessa situação. O que eu fazia de diferente dos outros pediatras do centro?

Assim, consegui demonstrar que, para além da prática médica de queixa/conduita, baseada em exames de apoio diagnóstico e tratamento medicamentoso, muitas vezes só de alívio sintomático, o paciente adoece de acordo com suas condições de vida, o que exige um olhar diferenciado, apesar de terem as mesmas alterações anatomofisiopatológicas.

Foi assim que passamos a conhecer nossa área de abrangência e a implementar ações programadas de promoção e proteção da saúde, bem como tratamento e recuperação de doentes.

Acompanhando as mudanças na política pública de saúde brasileira, a SES-SP passou então a implantar as Ações Integradas de Saúde, cujo objetivo era incorporar a assistência médica previdenciária nos centros de saúde, rumo à universalização e à integralidade da

atenção. Posteriormente, também foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que avançou na organização de um sistema de serviços de atenção hierarquizado e de base territorial.

Já o setor privado foi incorporado a esse movimento por meio do setor econômico-financeiro (os planos e seguros de saúde) ou pelo setor privado prestador de serviços (hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios e outros serviços). Assim, a população de São Paulo passou a ser portadora do direito à saúde por meio de políticas públicas, que impactaram direta ou indiretamente em suas condições de vida e saúde, e consumidora de produtos e serviços oferecidos no mercado para seu bem-estar.

Contudo, ao nos defrontarmos com lógicas tão distintas de atenção à saúde, quais seriam os sentidos do termo “único” no sistema público de saúde brasileiro?

Avançando na consolidação do estado de direito em uma democracia participativa

O SUS nasceu com a nova Carta Magna de 1988, que reconstituiu o Estado democrático de direito no Brasil após longo período de ditadura militar. As forças sociais que atuaram na redemocratização do país, em particular as da área da saúde, como o movimento pela reforma sanitária brasileira, o movimento popular de saúde, o movimento sindical, as associações de classe, os partidos políticos, entre outros, tinham como bandeira comum que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Mas de qual saúde estamos falando?

Na Constituição Federal, em seu Art. 196, Seção II, saúde é um direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Da mesma forma, o SUS-SP foi inserido na Constituição Estadual e nas Leis Orgânicas Municipais.

Ainda sob a euforia da democratização, avançou-se em São Paulo a descentralização do SUS. Isso só foi possível à medida que decisões políticas, técnicas e administrativas permitiram a necessária

desconcentração de recursos humanos, materiais e financeiros do Governo Federal para os governos estaduais, e destes para os municípios.

Após a regulamentação do SUS pelas Leis 8.080 e 8.142, o novo sistema de saúde passou a contar com instâncias intergestoras de decisão: a Comissão Intergestores Tripartite (gestores federal, estaduais e municipais) e Bipartite (gestores estaduais e municipais) em igualdade de poder, bem como os conselhos de saúde nacional, estaduais, municipais e locais, com representação paritária de gestores, trabalhadores e sociedade civil.

Para se ter uma ideia de como a administração pública era centralizada e como deveria se adequar a esse novo momento histórico, cito como exemplos fatos que presenciei, como o de um município de grande porte, em que o secretário de Saúde solicitou ao prefeito autorização para compra de algodão para os serviços de saúde, e o de um município de pequeno porte, onde foi criada uma área própria da administração para a saúde, pois esse setor recebia mais recursos de transferência do SUS do que era arrecadado por todo o município.

Com a capilarização do sistema público de saúde, sua maior visibilidade pela realização de ações de assistência médica (consultas, exames, dispensação de medicamentos), entra em cena a relação público-privada desse setor, a qual deixará marcas importantes no crescimento e desenvolvimento do SUS-SP.

Isso porque o campo de prestação de serviços privados de saúde se organiza não por um conjunto de serviços articulados por princípios, como é o caso do SUS, mas é classificado pelas diferentes formas de pagamento utilizadas pelos consumidores.

Quando o pagamento pelos serviços prestados é feito diretamente ao profissional, é chamado de particular. Quando mediado pelo setor financeiro, é intitulado plano e/ou seguro-saúde. E quando mediado por uma organização de prestação de serviços, é denominado de serviços privados de saúde, filantrópicos ou não.

Assim, saúde e doença são transformadas em mercadorias, bem como seus meios diagnósticos

(exames) e de tratamento (medicamentos e outros). Todavia, vale ressaltar que, de acordo com a Constituição de 1988, o setor privado de serviços de saúde deve atuar de maneira complementar ao SUS. Isso significa que, mediante contratos ou convênios, o sistema público pode comprar serviços do setor privado para atender às suas necessidades.

Inicialmente, o SUS-SP passou a comprar leitos e exames laboratoriais complementares para diagnósticos e tratamentos clínicos. Com o avanço do desenvolvimento socioeconômico no país e melhora das condições de vida da população, criaram-se, na área da saúde, condições propícias para o fortalecimento de forças políticas que reivindicavam uma mudança constitucional, excluindo o dever do Estado de prover esse direito social.

Dessa forma, o SUS se tornaria não mais um sistema universal, mas um sistema de serviços de saúde pobre para os pobres. Assim, enquanto algumas propostas foram inviabilizadas politicamente, outras surgiram, no ir e vir do crescimento e desenvolvimento do SUS em São Paulo. A compra de serviços pelo SUS foi regulada por uma tabela de preços e por meio de mecanismos e procedimentos padronizados pela administração pública.

Vista pelo mercado como grande compradora, a gestão do sistema público passa a ser objeto dos mecanismos de pressão normalmente utilizados na compra e venda de produtos, em que a propaganda é a alma do negócio.

Ao mesmo tempo que pesquisas mostravam um alto grau de satisfação pela utilização dos serviços do SUS, os meios de comunicação enfatizavam a baixa capacidade e qualificação do SUS para o atendimento da saúde da população. Assim, a alternativa dada foi a compra de planos de saúde, uma vez que uma melhor assistência acaba sendo direcionada para quem pode pagar por planos de saúde, que oferecem melhor cobertura assistencial.

Em entrevistas que realizei com gestores públicos e de serviços contratados/conveniados do SUS em São Paulo, ficaram evidentes os diferentes interesses que permeiam a relação público-privada.

Por exemplo, um secretário municipal de Saúde afirmou que, como profissional formado e qualificado em Economia, não via justificativa para pessoas com boas condições socioeconômicas comprarem planos de saúde, pois, apesar do pagamento mensal do plano, a necessidade do uso de serviços só ocorre eventualmente e, em caso de urgência médica, praticamente só existem serviços do SUS.

Por outro lado, um diretor de hospital contratado pelo SUS afirmou que a diferença entre o público e o privado seria que o público, embora pagasse menos, pagava, enquanto o privado necessitava de meses para pagar, quando o fazia. Uma saída encontrada para os conflitos gerados nessa relação público-privada dos serviços de saúde foi a “judicialização”. Porém, é preciso iluminar essa relação público-privada, pois ela vai muito além de uma simples dicotomia.

Poder regulatório do Estado

Dando um salto no tempo, a pandemia de covid-19 mostrou como a condução do poder regulatório estatal consegue imprimir o andamento do setor privado. Isso porque o Estado é o único regulador em todos os níveis de gestão do SUS, inclusive quanto às parcerias, que não são mera compra de serviços.

Vale destacar que nem o SUS existe sem os prestadores privados, nem o setor privado de saúde existe sem o SUS. Por isso, neste momento em que a SES-SP está pensando numa reestruturação, acredito que seja uma ótima oportunidade para se recriar a carreira de sanitaria do SUS no estado de São Paulo.

Não se trata de uma reivindicação corporativa, mas de uma maneira de atuar na qualificação dos trabalhadores, inclusive na capacidade de comunicação com a sociedade, que precisa ainda entender a

importância do SUS nessa relação complementar entre os setores público e privado.

Nesse sentido, faço aqui um pequeno depoimento pessoal. Meu neto mais velho tem 13 anos de idade e cursa o ensino fundamental. Em uma atividade escolar, ele escolheu um tema para fazer um trabalho de avaliação. Ele gosta muito da área de exatas, entende de informática, mas escolheu como tema o SUS e me entrevistou. Estávamos no fim da pandemia, e logo voltariam as aulas presenciais.

Ao fim da entrevista, perguntei para ele: por que você escolheu esse tema? E ele respondeu: “Sabe, vó, quando a gente começou a falar sobre a pandemia, tinha que andar de máscara e meus colegas só sabiam que o SUS vacinava, mas eu falava pra eles que o SUS não é só vacina. O SUS é mais que vacina, minha vó já esteve internada em um hospital que é SUS”. Durante a entrevista, ele pediu que eu contasse sobre as outras atividades, como é feita a atenção no SUS, que não se resume à vacina.

O depoimento serve para destacar que essa comunicação precisa ser feita também em outras instâncias, para que haja investimento nas carreiras no SUS, na conscientização e compreensão da sociedade sobre a grandiosidade desse sistema, para que avancemos como sociedade na solução de problemas prioritários de maneira coletiva.

Como perspectiva futura, acredito que, mesmo o SUS dependendo de diferentes variantes em nível nacional, ao menos no estado de São Paulo, a SES-SP precisaria criar condições de organizar a articulação dessas diferentes frentes que compõem o sistema. Isso para que o SUS-SP reflita, cada vez mais, o papel constitucional para o qual foi criado e desenvolvido e, em breve, se efetive em suas bases cidadãs de universalidade, equidade e integralidade, abrindo espaço para a tão almejada participação popular.



SUS 35 anos: contexto e perspectivas

Neide Miyako Hasegawa*

O SUS, sistema de saúde brasileiro, é um dos mais complexos e arrojados do mundo, por tratar a saúde como direito essencial, à qual é garantido o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. As políticas públicas formuladas na Constituição de 1988 são traduzidas em reconhecimento da saúde como direito público de eficácia imediata, operacionalizado por meio de um sistema único de acesso integral que abrange desde a atenção primária até o transplante de órgãos. Esse modelo garante a todos os brasileiros, por toda a vida, os cuidados essenciais, a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão dessa política, formulada para o cumprimento dos direitos constitucionais, deve ser solidária e participativa entre os três entes da federação, cujas atribuições, competências e abrangências são definidas por esfera governamental. O funcionamento das políticas de saúde inclui a participação da sociedade, por meio dos Conselhos de Saúde, e representações político-administrativa de gestores em colegiados – no âmbito federal, o Conselho Nacional de Saúde (CSN), no municipal, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), vinculados ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems), e no estadual o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que se pauta pelos princípios que regem o direito público e congrega os Secretários de Estado da Saúde. As ações e os serviços são operacionalizados por meio do Sistema Único de Saúde, a partir

de uma rede integrada, articulada e organizada que engloba a atenção primária, média e de alta complexidade, a atenção hospitalar, as urgências, a vacinação, a assistência farmacêutica e as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.

Foi a Constituição de 1988 que trouxe o desafio da universalidade, um princípio que dá direito à saúde para todos, e impôs ao País o desafio de cumprir a base desse compromisso modelando os caminhos e a trajetória do SUS constitucional para o SUS real. Para tanto, ao longo dos anos foram construídas normativas, pactos, orientações, diretrizes, protocolos, estruturas e práticas. No mesmo sentido, foram implementados a descentralização, as estratégias programáticas e os controles que, hoje, garantem a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro. Nesse percurso, o SUS também enfrentou uma sucessão de políticas de desmantelamentos, em que se destaca a grave redução do financiamento, que comprometeu seus resultados.

Sua força operacional, entretanto, pode ser avaliada pela resposta assistencial que prestou à população quando o país foi atingido, em 2020, por uma pandemia, a de covid-19. Diante de uma situação praticamente desconhecida, sem vacinas ou tratamentos específicos, os ensinamentos da epidemiologia foram imprescindíveis para o enfrentamento da doença. O SUS precisou se expandir rapidamente para atender as pessoas em todo o território nacional. E a intervenção eficaz e imediata do sistema só foi possível justamente pela consolidação conceitual do SUS: universalidade, integralidade, hierarquia e equidade. Foi intensa a mobilização da rede pública,

* Enfermeira de saúde pública pela Escola de Enfermagem e especialista em economia da saúde pela Faculdade de Saúde Pública, ambas instituições da Universidade de São Paulo. Atual diretora do Centro de Planejamento e Avaliação do Departamento Regional de Saúde I – Grande São Paulo.

com protagonismo das equipes de saúde, em particular dos profissionais que atuaram diretamente na prevenção e no combate à doença.

Se a crise sanitária mostrou a capacidade de resposta do SUS, mostrou também as condições de trabalho, o adoecimento e a morte de enfermeiras e enfermeiros que atuaram na linha de frente. Dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) indicam que cerca de dois milhões de profissionais da enfermagem atuam nos municípios em todos os níveis de atenção. Até junho de 2023, 65.029 enfermeiras e enfermeiros foram acometidos pela covid-19 e 872 morreram. Os dados mostram o protagonismo da enfermagem no enfrentamento da pandemia, mas apontam também para a importância e contribuição da força de trabalho desses profissionais na sustentabilidade do sistema público de saúde. Nesse sentido, para continuar a trajetória do SUS constitucional, a saúde para todos, é preciso reconhecer a imprescindibilidade das condições dignas de trabalho e da educação permanente direcionada para a integralidade da atenção primária, assegurando a existência do SUS real.

Se o combate à crise sanitária deu notoriedade aos profissionais de saúde e mostrou as fortalezas do SUS, expos também suas fragilidades. Entre elas, as necessidades insatisfeitas e a persistência de problemas de saúde, a demanda excessiva, a sobrecarga de trabalho, as desigualdades no acesso aos serviços e a descontinuidade de programas, e outros entraves estruturais, como a fragmentada informatização do SUS. Daí a importância de se aprofundar a reflexão

sobre como ajustar o caminho para a integralidade da assistência, mediante planejamento e financiamento epidemiologicamente orientados para uma atenção básica mais inclusiva, resolutive e de qualidade.

Nesse sentido, é inadiável a universalização do Sistema de Informação em Saúde, com a plena informatização dos processos de trabalho. Esses são recursos indispensáveis para apoiar o planejamento, a avaliação, a regulação e o monitoramento das ações das equipes de saúde e da gestão nas três esferas administrativas.

Desde sua criação, o SUS evoluiu de forma notável no acesso universal aos cuidados de saúde. Esses avanços podem ser observados por meio de indicadores como a redução da mortalidade infantil, entre outros temas vitais. Porém, são identificadas situações de estagnação e mesmo de retrocessos evitáveis, como a redução de investimentos e descontinuidade de programas de saúde essenciais.

Na saúde a constância é mais inovadora do que qualquer transformação, pois permite a criação de uma cultura organizacional consolidada. A continuidade é fundamental, tendo em vista que a inovação deve ser perene, sem rupturas, um caminho rumo ao futuro.

Ao longo de 35 anos o Sistema Único de Saúde foi forjado em práticas e procedimentos fortemente enraizados. Esse fato revelou sua condição de sustentabilidade frente ao desafio da pandemia, mas os desafios futuros, como assegurar o SUS constitucional, a saúde para todos, a equidade e a integralidade, só podem ser realizados com mentalidades inovadoras e com novas e transparentes práticas de gestão.



Trajatória do SUS em São Paulo e atuais desafios

Nelson Ibãñez*

Receber o Prêmio Medalha de Honra e Mérito da Gestão Pública em Saúde Walter Leser, outorgado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), e escrever um depoimento sobre os 35 anos do Sistema Único de Saúde com foco na trajetória paulista, me fez rever, como num filme, minha vida e memória profissional. São fragmentos, passagens e momentos singulares que percorreram minha história na saúde pública.

Devo revelar que completei 50 anos de formado como médico e sanitarista, tendo a felicidade de viver esse período muito rico de transformações na rede de saúde, no estilo de direção, nas inovações e melhoria das condições de vida da população, pertencendo a um grupo de profissionais que ajudaram na construção do SUS. Acrescento que durante essa trajetória tive apenas dois vínculos empregatícios, um como docente da Medicina Social da Santa Casa e outro na SES-SP, ambos com início no ano de 1975. E assinalo que continuo docente até hoje.

Outro ponto que gostaria de introduzir diz respeito à minha convicção de que, no Brasil, o papel da esfera estadual foi fundamental para a estruturação do Sistema Único de Saúde. Atuando como instância federativa implementadora junto com a esfera municipal, a secretaria estadual foi indutora de políticas públicas

inovadoras, as quais conduziram o SUS a diferentes caminhos ao longo de sua história e no País.

Os resultados de uma recente pesquisa¹ sobre as estratégias de gestão regional em São Paulo no enfrentamento à pandemia de covid-19, coordenada por mim, não apenas reforçam muito a ideia do papel da esfera federal na implementação do sistema público de saúde. Apesar de termos vivido, nos últimos anos, um relativo desmanche do Ministério da Saúde e de termos sido afetados por uma visão negacionista da ciência, esses resultados também destacam a importante participação do nível estadual em todo processo de implementação e adensamento das ações e dos serviços de saúde em território paulista.

O objetivo central deste ensaio é propor uma linha de enfrentamento aos desafios atuais do sistema, olhando para suas diretrizes iniciais numa perspectiva histórica da trajetória da SES-SP na construção do SUS.

O SUS em São Paulo na pandemia

O protagonismo dos governos subnacionais, com maior participação de movimentos da sociedade, que passaram a se envolver ativamente no combate à pandemia, é um dos aspectos relevantes do processo de busca de recursos e de fomento à coordenação entre os atores estatais e os inúmeros setores que atuavam, até então, de forma atomizada no dia a dia do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, houve uma ampliação da governança assistencial, cujo saldo acabou se mostrando positivo.

* Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba (1972), mestre e doutor em saúde pública pela Universidade de São Paulo (1981 e 1990). Médico sanitarista do governo do estado de São Paulo, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; pesquisador da Universidade de São Paulo, do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea e do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Coordenador do Laboratório de História das Ciências no Instituto Butantan. Suas áreas de interesse são avaliação de serviços e sistemas de saúde, história da medicina e da saúde pública, regionalização.

¹ *Mudanças das estratégias de gestão regional: o enfrentamento à pandemia da covid-19 e suas implicações nas Regiões de Saúde do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no estado de São Paulo* (PPSUS 2020/2022).

No entanto, sem soluções programadas para situações imprevistas, durante a crise sanitária, a realidade ditou os caminhos possíveis para essa resiliência demonstrada pelo SUS. No caso específico de São Paulo, a atuação do sistema público incrementou uma melhor apropriação da vigilância, como também as ações intersetoriais e entre estado e municípios, promovendo regionalmente ações sinérgicas de coordenação, mesmo que em caráter conjuntural. Tal movimento apontou inovações do sistema, com a incorporação de tecnologias já existentes para o fortalecimento de trabalho remoto.

Com base nos relatos apresentados pelos gestores e profissionais em oficinas que visavam garantir a ampliação da governança assistencial, percebeu-se uma maior valorização das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, bem como a importância das ações de promoção e prevenção, além da disseminação de informações científicas. Tudo isso provocou um impacto positivo sobre a segurança das decisões de saúde nos municípios e sobre a busca por melhores estratégias de enfrentamento à covid-19.

Ainda a respeito dessa maior coordenação, foi destaque também a proximidade entre as ações da vigilância epidemiológica e a atenção primária à saúde (APS), especialmente nas unidades básicas de saúde (UBS). Entre elas, destaco o telemonitoramento, o acompanhamento domiciliar de casos positivos, as adaptações das estruturas físicas para o atendimento de sintomáticos, início e prontidão das ações primárias de vacinação, além de ações intersetoriais com as áreas da justiça, segurança e educação. A vacinação da população aconteceu de forma rápida e houve planejamento das estratégias a partir do controle das vigilâncias de Departamentos Regionais de Saúde^{II}.

Com relação ao objetivo geral do projeto, a análise das estratégias regionais diante da pandemia, e seu papel no fortalecimento das regiões de saúde da SES-SP, permite dizer que os investimentos feitos pela pasta nas áreas estudadas foram essenciais para o combate à pandemia, com a incorporação dos equipamentos

e transformação em centros de referência para a covid-19. É importante dizer que isso evitou a sobrecarga e/ou colapso dos sistemas regionais de saúde.

Com base nesses relatos atuais e nas diretrizes estratégicas do SUS – descentralização/regionalização, integralidade e participação social –, meu objetivo é rever a trajetória da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Dado o espaço deste ensaio, não comentarei o subfinanciamento/desfinanciamento do SUS, com certeza uma questão central nesses apontamentos.

Trajétória histórica da saúde paulista: descentralização/regionalização, integralidade e participação social

Este é o *caput* da reforma administrativa da SES-SP, de 1969:

Criar condições que assegurem a centralização normativa, a descentralização executiva mediante regionalização e a integração, em centros de saúde, das atividades de atendimento em nível primário, até então dispersas por várias unidades; foram também reorganizados os serviços hospitalares e de saúde mental.^{III}

Cabe ressaltar dois aspectos dessa reforma que vão na direção da descentralização/regionalização e da integralidade. O primeiro trata da criação, na Coordenadoria de Saúde da Comunidade, dos Departamentos Regionais de Saúde e das estruturas intermediárias (distritos sanitários), instâncias responsáveis pela coordenação dos centros de saúde no território. O segundo aspecto trata da integralidade dos sistemas de atenção básica, que criou uma horizontalidade das ações dos centros de saúde, incluindo os programas de saúde materno-infantil e mental, de tuberculose e hanseníase e de vigilância/vacinação, hierarquizando essas unidades com as ações das mais complexas às mais simples.

Na direção específica da gestão, a questão dos recursos humanos foi contemplada pela criação da

II A divisão administrativa da SES-SP feita por 17 DRS, foi instituída pelo Decreto nº 51.433/2006, que delegou a essas estruturas a coordenação das atividades da pasta no âmbito regional, promovendo a articulação inter-setorial com municípios e organismos da sociedade civil.

III Reforma administrativa estabelecida pelo Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969.

carreira de médico sanitário (1966), que seria o profissional encarregado da direção da rede de centros de saúde. Nesse momento, os movimentos sociais iniciam sua atuação em prol da saúde, com presença na periferia da capital paulista e intensa participação da Igreja, por meio da Pastoral da Saúde, e de políticos de oposição ao regime militar. A agenda: o acesso da população aos serviços de saúde e melhorias no setor.

Na gestão de Adib Jatene na SES-SP, entre 1979 e 1982, houve a incorporação, na agenda paulista, dos movimentos populares, de suas reivindicações, culminando num diagnóstico/estudo sobre a Região Metropolitana de São Paulo. Isso resultou, na gestão de João Yunes (1983-1987), na implementação do Programa Metropolitano de Saúde, que criou *módulos integrados* por unidades básicas e hospitais e uma nova proposta de descentralização, por meio de Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS).

A implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), políticas federais, ampliou o escopo de integralidade na rede de serviços. A municipalização da rede de centros de saúde, a partir de 1993, aumentou a capacidade de gestão das esferas locais e das coordenações regionais com as comissões bipartites. Os demais passos nessa trajetória foram a criação de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), na gestão de José da Silva Guedes (1996-2002) e 62 Regiões de Saúde, sendo posteriormente implantadas as 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

Ainda no campo da gestão, a criação das organizações sociais de saúde (OSS), na década de 1990, como iniciativa paulista pioneira, possibilitou colocar em funcionamento os equipamentos de saúde nas áreas hospitalar e de atenção básica. Tal iniciativa permitiu ao estado de São Paulo fazer frente à restrição imposta pela austeridade fiscal. Já a implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME) regionais, em meados dos anos 2000, ampliou o potencial de acesso e a integralidade no sistema estadual, com mecanismo de regulação em nível central para toda a rede de consultas, exames e procedimentos, em especial na emergência médica.

Desafios atuais

O aumento da complexidade do sistema e as mudanças no perfil de atenção, tanto demográficas e epidemiológicas quanto tecnológicas, impuseram os desafios para o período atual na esfera estadual. Hoje, estamos de certa forma restabelecendo uma retomada do SUS a partir do maior protagonismo dos estados. Destacarei sinteticamente os pontos que julgo mais relevantes para enfrentamento desses desafios.

Descentralização/regionalização

Os pontos centrais desse processo são o fortalecimento da capacidade de coordenação e implementação da atenção com a criação de uma regulação regional, descentralizando a Central de Regulação de Ofertas de Serviço de Saúde (CROSS) e sustentando equipes que atuem e articulem melhor a oferta e a demanda; a integração das atividades de vigilância e assistencial, hoje comprometidas pelas divisões centrais de competência; a definição de uma política estadual de cargos e carreiras que efetive estrutura e organização estaduais competentes para os novos desafios; e a incorporação de tecnologias de informação que sejam capazes de estabelecer uma nova forma de planejamento regional.

Integralidade

A real implementação das redes de saúde, processo ainda incipiente nas regiões, deve conter mecanismos de interação permanente. Isso implica dizer que devem participar do planejamento e da implementação não somente os gestores da esfera pública, mas também os prestadores privados, bem como as organizações sociais atuantes na área regional, utilizando instrumentos assinalados no item anterior.

Participação social

Aqui coloca-se o desafio de rever a composição dos conselhos. Seu foco deve ser não apenas a participação direta dos usuários, mas também as ações intersetoriais, com a participação permanente em eventos emergenciais.



Desafios para o SUS ao completar 35 anos

Olímpio J. Nogueira V. Bittar*

Muito se tem escrito a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de seus 35 anos de vida, evidenciada sua capacidade de atenção, principalmente durante a fase da covid-19, quando o sistema demonstrou vitalidade e poder em assistir 200 milhões de habitantes.

Este artigo visa a enfatizar os desafios de implementação de ações que permitam aumentar a efetividade e a eficiência do SUS, corrigindo distorções, falhas e suplantando as mudanças que já acontecem devido a inúmeros fatores que interferem na sua atuação. As correções de algumas delas estão diretamente ligadas ao próprio sistema de saúde; outras independem dele. Seja como for, é dever de manifestação aos setores responsáveis solicitar e sugerir mudanças. Nesse sentido, o texto é curto e claro, não totalmente inclusivo, deixando outros e importantes itens para futuras discussões.

Nesse exato momento, a necessidade do sistema público de saúde passa pela utilização de uma das funções da administração, a **avaliação**, valendo-se de suas subdivisões, **controle, monitoramento, auditoria e fiscalização**, empregáveis cada uma delas dentro do tipo, conteúdo e tempo de ocorrência dos itens citados a seguir.

a) Regionalização

É fato que ao longo de 35 anos mudanças significativas ocorreram no Brasil, sendo uma das

principais a demográfica, pela qual algumas regiões perderam habitantes e outras ganharam, entre outras alterações no perfil populacional. Além disso, condições econômicas e sociais foram transformadas, instituições de saúde foram criadas; outras vivem precariamente, outras fechadas, o que remete a uma revisão das atuais regiões e, certamente, de um novo ordenamento. O estabelecimento de regiões de saúde não é um processo restrito aos profissionais da área, mas sim uma questão multiprofissional, que deve envolver categorias como geógrafos, demógrafos, atuários, economistas e administradores. Importa, que hoje, com o desenvolvimento tecnológico, facilidades de comunicação, teleconferência, telessaúde e educação a distância, o número de regionais pode ser diminuído, atendendo mais municípios e populações, com base em critérios técnicos. Isso, seguramente, melhoraria e agilizaria os processos decisórios, economizando recursos empregados nos cuidados direto dos pacientes.

b) Demografia

O Censo de 2022 trouxe uma realidade inesperada, que foi o número menor de habitantes no país do que as projeções indicavam. Mais idosos, menos filhos por mulheres, o que resultará em mais pacientes com doenças crônicas, e, por conseguinte, a necessidade de investimentos em tecnologia para o seu acompanhamento, entre outras providências. Tal cenário sugere, ainda, a diminuição da mão de obra disponível, inclusive para o sistema de saúde, e outras consequências.

* Graduação em medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (1973), mestrado em saúde pública e especialização em administração hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública (1983) e doutorado em medicina social pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (1992). Assessor na SES-SP desde janeiro de 2007, tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em administração de serviços de saúde.

c) Epidemiologia

Aspectos epidemiológicos também mudaram: aumento dos usuários de drogas, das causas externas, mormente acidentes de moto e pessoas com sobrepeso e obesidade mórbida, resultando em maior procura por programas e serviços de saúde. E, é importante lembrar, a possibilidade de novas epidemias e pandemias.

d) Profissionais de saúde

O país já se está quase atingindo 40 mil vagas para estudantes de medicina nas faculdades que foram criadas, resultando em mais de três centenas delas atualmente em funcionamento, muitas sem hospitais, sem profissionais com titulação acadêmica em várias áreas. Isso redundou em problemas para o sistema de saúde e para o paciente, como eventos adversos, iatrogenia, desperdício com testes e exames complementares. Outra consequência é o desequilíbrio entre a oferta e a demanda por profissionais, com danos operacionais e socioeconômicos. Estudos merecem ser feitos e revistos periodicamente para estabelecimento desse equilíbrio. Aqui, cito somente o caso dos médicos, mas há situações semelhantes em outras 13 categorias profissionais de saúde, o que trará ainda mais problemas para o sistema.

e) Entidades formadoras de pessoal de saúde

As faculdades de medicina precisam ter contato maior com o SUS, buscando verificar continuamente a incidência e a prevalência de doenças, locais e regionais, disponibilizando conhecimento e habilidades para seus alunos. Fato curioso é a concentração de 40% a 60% de todo o volume de internações em algo como 60 diagnósticos e procedimentos. Esse dado indica que os alunos desses cursos deveriam ter pleno conhecimento do diagnóstico e do tratamento, o que certamente evitaria parte daquelas internações consideradas sensíveis à ação da APS. Reforço, dever-se-ia dar maior foco para prevenção e promoção da saúde, principalmente no que se refere ao comportamento e aos hábitos culturais, que influenciam a dieta

inadequada, o tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, sedentarismo e sexo sem proteção, a automedicação e o tratamento descontinuado (doenças crônicas). Devem atentar, ainda, para as causas externas (segurança do trabalho, violência, acidentes) e a degradação ambiental (lixo, esgoto, água não tratada). Esses comportamentos e hábitos são responsáveis por oito doenças – câncer, diabetes, cardíaca, infectocontagiosa, renal, cerebral, mental e lesões –, de alto custo, que juntas geram sérios problemas na provisão dos cuidados.

f) Estabelecimentos de saúde

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os hospitais necessitam de integração de informações para segurança e conforto dos pacientes e dos profissionais que, durante seu relacionamento, precisam de segurança clínica. É imperioso repensar a atuação dos hospitais de pequeno porte, uma vez que eles são ociosos pela baixa resolubilidade e, conseqüentemente, baixa ocupação. Mas, certamente, alguns poderiam servir de retaguarda para pacientes em recuperação cardíaca, ortopédica, atendimentos de emergência, quando conectados a serviços de telessaúde, bem como para pacientes crônicos em acompanhamento. Isso permitiria ao sistema reservar leitos em hospitais gerais de maior porte, complexidade e caros para pacientes agudos. Apoio deve ser provido aos hospitais de ensino para que possam melhor atender o paciente, a pesquisa e o ensino. Os hospitais públicos merecem uma mudança radical em sua forma jurídica, o que lhes permitiria ter estrutura administrativa adequada, autonomia de gestão e financiamento suficiente para suas despesas, a exemplo das organizações sociais de saúde.

g) Qualidade do atendimento

Uma forma de garantir o financiamento das unidades deveria ser a demonstração da qualidade do atendimento prestado, o que de início pode ser feito com dados existentes no DataSUS, como mortalidade por procedimento. Outros dados devem ser coletados dentro das unidades, como

reinternações, iatrogenia, eventos adversos, sequelas e procedimentos desnecessários. Todos eles acarretam aumento dos custos. Programas de qualidade visando à acreditação deveriam ser incentivados. Falar em qualidade do atendimento é reforçar a humanização da saúde.

h) Produtividade

A produtividade tem de ser medida em todas as oportunidades, como giro do leito, atendimento por profissional, operação por sala cirúrgica e exames por equipamento, sempre considerando determinado período de tempo. Surpresas aparecem quando os números são levantados, momento em que se verifica ociosidade na maioria das unidades em suas áreas e subáreas.

i) Listas de espera

As listas de espera têm como problema principal, além da própria lista, a confiabilidade. Isso porque, entre outras circunstâncias, em alguns locais os pacientes se cadastram em várias delas ou não é dado baixa a pacientes que resolveram seus problemas em outras unidades ou quando vêm a óbito. Assim, a unidade não tem conhecimento do que está ocorrendo na prática. Sistemas informatizados regionais poderiam ajudar nessa tarefa.

j) Informação e informatização

As informações e a informatização das unidades e do sistema como um todo ainda falham pelo excessivo número de sistemas que não conversam entre si. Mesmo o DataSUS tem cerca de 60 sistemas, que não se comunicam entre si. O desenho e a padronização da coleta de dados e de informações podem levar a ganhos de operação nas unidades, com a formulação de indicadores que meçam a qualidade, a produção e a produtividade dos programas, dos serviços e das ações de saúde. Centrais de vagas e de logística de órgãos para transplante, por exemplo, dependem de informações e informatização não só operacional, mas também para registro com valor legal.

k) Financiamento

É preciso rever o porquê de alguns estados e municípios colocarem entre 12% e 15% dos seus orçamentos em saúde. Avaliar programas, serviços e ações baseados no custo-benefício da gestão é essencial. Um melhor conhecimento dos financiadores da qualidade e produtividade dos serviços prestados permitiria ao gestor ver e evitar desperdícios, erros de ação e reduzir custos dos procedimentos.

l) Investimentos e custeio

Revisar periodicamente os investimentos e custeios de programas, serviços e ações de saúde, levando em consideração o custo-benefício, possibilitar à gestão de saúde embasar a decisão de sua manutenção ou não. O impacto causado nos indivíduos, nas comunidades, na resolubilidade dos órgãos saúde públicos e privados de saúde é fundamental às decisões de criação, manutenção ou interrupção desses investimentos.

m) Relacionamentos

Um dos relacionamentos que devem ser mencionados é com a Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável por legislar e fiscalizar as operadoras privadas de saúde, algo em torno de 900 entidades que dão cobertura a 25% da população brasileira. As informações epidemiológicas e demográficas, entre outras, poderiam ser usadas na formulação de políticas para esse setor. Além disso, entidades sociais são importantes para retaguarda de idosos e demais casos não elegíveis para hospitalização e que ocupam leitos em Hospitais de Agudos. Os relacionamentos são externos, mas também internos, sendo a **comunicação** ferramenta-chave para a boa negociação e viabilização da prestação de serviços de saúde.

n) Novos procedimentos, drogas, tecnologias

A incorporação mais rápida de processo e insumos, com foco na melhor relação custo-benefício na atenção a pacientes e para o próprio sistema, poderia

trazer resultados em termos de menores despesas, além de, muitas vezes, evitar ações judiciais.

o) **Inovação**

Hoje, as oportunidades de inovar estão presentes, desde as mais simples às mais complexas, com a participação da matemática, da estatística, da inteligência artificial, da física. Muitos dos itens ora citados são resolvidos com inovação. É preciso despertar a perspectiva da inovação em todos que trabalham com saúde, sejam os técnicos da ponta, sejam da infraestrutura. Momentos que propiciem diálogos entre eles certamente contribuem para um ambiente inovador.

p) **Campo de pesquisa**

Pesquisas como avaliação de condições de saúde e diagnóstico situacional, técnico ou administrativo são essenciais para nortear políticas públicas e a as unidades de saúde na implantação de programas, serviços e ações. O volume da atenção prestada, as múltiplas doenças e os procedimentos atendidos pelo SUS fazem dele um excelente campo de pesquisa. Daí ser primordial a criação de bancos de dados que sirvam de fonte para os pesquisadores, porém, atentando-se quanto ao provimento de receitas por agências de fomento, indústrias farmacêuticas e outras fontes, e não tirando recurso da assistência à saúde.

q) **Imagem**

O Sistema Único de Saúde nem sempre é lembrado pela parcela da população que não o utiliza. De alguma maneira, contudo, o SUS atende 100% das pessoas que estão no território nacional, mesmo aquelas cobertas por planos de saúde. É o caso das vacinas e do resultado das externalidades obtidas pela atuação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e dos laboratórios de saúde pública.

r) **Profissionalização da gestão**

Há ainda, nesta terceira década do século XXI, carência de profissionais com conhecimento de administração de unidades e serviços de saúde. Até porque, principalmente na rede pública e parte da filantrópica, as remunerações não são condizentes com as responsabilidades e dificuldades inerentes à área. Valorizar os profissionais que trabalham no setor é fundamental. Há também pouca participação de pesquisadores focados em administração, principalmente no que diz respeito aos serviços e às políticas de saúde, o que dificulta o ensino. A familiarização dos profissionais com a utilização de **indicadores de saúde e de administração** leva à operacionalização efetiva das unidades visando a sustentabilidade social, econômica e ambiental. A continuidade da **avaliação** é o **planejamento**, a **organização** e a **direção** dos programas, serviços e ações.

s) **Mudanças climáticas**

Ações devem ser adotadas para estimar as consequências das mudanças climáticas, desde os acidentes causados por enchentes, vendavais e incêndios até o aparecimento de novas doenças, epidemias e mesmo pandemias.

O bom sucesso da operação para atender aos desafios e atenuar os riscos dependerá de boa integração entre ministério, secretarias e entidades representantes da saúde – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) –, bem como de outros entes políticos e técnicos que podem contribuir com conhecimento, ideias e outros recursos capazes de alimentar o processo. A visão de todos os participantes para uma **negociação** constante trará bons resultados para a coletividade.



Sistema Único de Saúde – presente, passado e futuro

Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka*

O Sistema Único de Saúde está completando 35 anos desde sua criação. Ao longo desse percurso, muito se avançou, mas grandes desafios para sua completude ainda terão de ser suplantados.

O SUS foi e é a política pública de inclusão social mais efetiva que o setor da saúde teve nestes últimos tempos. Ele foi o resultado de uma pactuação política efetiva na qual se envolveram diversos atores sociais, com relevante participação da comunidade nas instâncias de decisão. Distintas estratégias foram implementadas para seu desenvolvimento, demandando a conciliação de interesses legítimos, mas por vezes contraditórios.

Para garantir a consecução da universalidade, um de seus princípios doutrinários, a melhor alternativa foi a implantação dos serviços de atenção básica pelo município. Este emergiu como um gestor fundamental dessa política, e uma autoridade ávida por assumir um papel mais significativo.

A opção de trabalhar pela universalização para garantir o acesso e o aumento da cobertura foi efetiva e levou os gestores federais, estaduais e municipais ao cumprimento de decisões políticas inerente às funções desses níveis de poder. Isso possibilitou a realização das tarefas de forma descentralizada e de acordo com as variáveis de contexto. Para os gestores locais, a universidade representou uma abertura à adoção de respostas factíveis, tendo como resultado a diversidade da oferta de acordo com suas realidades.

A implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, viabilizada por recurso financeiro disponibilizado

pelo Piso de Atenção Básica (PAB), teve como resultado a esperada uniformidade da prestação de serviços na comunidade, principalmente com foco na assistência médica. Porém, não alavancou a implementação de ações de prevenção e promoção de saúde, diretriz tão almejada para a assistência holística à população.

O SUS, após esse período de implantação, está na etapa de concretizar a integralidade do cuidado à saúde. Para tanto, porém, é preciso rever as trajetórias percorridas até aqui. Esse movimento é importante porque nos permitirá avançar nesse outro princípio pétreo do Sistema Único de Saúde.

O lócus estruturante da integralidade é a região de saúde, materializada pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ela visa ao compartilhamento do poder entre gestores municipais e estadual na qual estão inseridos.

A lógica da regionalização também é eixo estruturante do terceiro princípio doutrinário do SUS, a equidade. E o grande desafio será organizar os serviços para que, em cada nível de atenção, a necessidade de saúde do usuário possa ser atendida, referida e referendada. É dizer: que ele possa transitar por todos os níveis de atenção existentes nesse novo território, sendo encaminhado para outras estruturas fora de sua área de abrangência apenas se a região de saúde não dispuser de equipamento capaz de atendê-lo.

Nessa etapa será importante a harmonia entre os distintos serviços disponibilizados regionalmente, buscando, portanto, o equilíbrio nos processos de trabalho e a revisão das tecnologias de acolhimento. De certa maneira, será um trabalho quase artesanal,

* Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

em que a equipe de cada lócus de atenção terá de apoiar outro serviço no território da região de saúde. Assim, o cuidado deverá ser realizado levando em conta a especificidade do problema de saúde e a coordenação dos serviços de acordo com a etapa do processo saúde-doença. O desafio da regionalização será encontrar a conciliação na gestão estratégica que permita decisões compartilhadas, com responsabilidade e compromissos negociados na nova governança regional, em busca de uma funcionalidade adequada.

Embora os princípios da universalidade, integralidade e equidade sejam valores pétreos, a evolução do sistema permite identificar que são competitivos e não evoluem de forma concomitante. A universalização avançou de modo proeminente ao ser definida como competência municipal; no entanto, para se atingir a integralidade e a equidade será necessária a construção da governança regional com direitos e deveres das gestões municipais e estadual, logo, uma autoridade regional, que não existe hoje no País.

Nessa perspectiva, será importante nessa revisão a recuperação das ações de prevenção e promoção da saúde. Entre as alternativas para a gestão regional está a descentralização do poder estadual para o nível regional existente nas secretarias estaduais, podendo o nível municipal conformar uma esfera bipartite regional com garantia de autonomia da gestão local em seu território.

A equidade é o princípio do SUS mais difícil de ser alcançado. Isso porque manter a universalização da assistência e respeitar as desigualdades na atenção requerida conforme cada necessidade não são tarefas fáceis. Por exigir arranjo institucional para atender a especificidade de cada caso, esse princípio se reveste de grande complexidade, o que explica porque é o menos trabalhado. Com o envelhecimento populacional, no entanto, a demanda por equidade será cada vez maior. E a insuficiência de recursos humanos e financeiros torná-la-á um desafio no cuidado à saúde, o que poderá acarretar insatisfação dos usuários.

Para se avançar na universalização, na integralidade e na equidade da assistência à saúde, o

financiamento do SUS precisará ser mais efetivo. A atenção à saúde é um processo de alto custo pela magnitude da população brasileira e da tecnologia envolvida. Por isso, a gestão do SUS foi organizada com a participação dos níveis – federal, estadual e municipal –, que se ancoram em instâncias de deliberação tripartite e bipartite. Importante destacar que, após a pandemia, o Ministério da Saúde fragilizou a instância tripartite ao não se fazer presente no processo de governança.

Outro fato descortinado pela crise sanitária foi a relevância da rede básica para o acolhimento dos casos suspeitos de covid-19 e seu encaminhamento para serviços de maior complexidade tecnológica. Ficou evidente a necessidade de serviços ambulatoriais com equipe e instrumentos para diagnóstico diferencial e tratamento. Dessa experiência redundou a tese de que a identificação de referências hospitalares pode servir como linha de base para desenho do fluxo dos usuários atendidos em distintos serviços, e que necessitem de recursos humanos e tecnológicos para o atendimento integral equitativo do agravo.

Nesse sentido, a formação de redes de atenção dentro das regiões de saúde é condição *sine qua non* para a avaliação de cada um dos serviços existentes e em funcionamento no território, bem como para a definição do fluxo mais adequado ao rápido acesso a outro nível de atenção. Para tanto, é preciso investir no aprimoramento da comunicação, buscando, no menor tempo possível, o atendimento no serviço. Um mecanismo útil que talvez deva ser desenvolvido é o uso das informações já disponíveis no Programa Telessaúde, do Ministério da Saúde, que permitirá identificar recursos e fluxos que devem ser valorizados para a definição do funcionamento da rede.

O SUS é uma política que pressionará por mais recursos, seja pelas mudanças demográficas pelas quais o Brasil está passando, como a longevidade, seja pela velocidade com que são incorporadas as tecnologias para diagnóstico e tratamento. Cabe ressaltar que a incorporação de novos equipamentos não descarta os já existentes, gerando assim custo mais elevados.

O SUS tem avançado tanto que as filas decorrentes do processo de inclusão e busca por assistência têm duas faces interessantes de serem comentadas: a do sucesso da inclusão e a da carência estrutural do setor saúde para dar conta das necessidades identificadas nas distintas instâncias da rede de atenção.

Seu desenvolvimento ao longo dos últimos 35 anos evidenciou o desafio que teremos de permanentemente percorrer para alcançarmos o aperfeiçoamento do sistema e, conseqüentemente, garantirmos o direito à saúde da população, conforme preconizado em nossa Constituição.



A contribuição da iniciativa Todos pela Saúde ao SUS

Paulo Chapchap*

A pandemia de covid-19 foi um marco histórico para o mundo em aspectos tão diversos quanto aos desafios que se impuseram. Há historiadores e sociólogos que consideram que a emergência sanitária fundou o século XXI, assim como a Primeira Guerra Mundial instituiu o anterior. Vivemos momentos de profunda tristeza, insegurança e desesperança, tudo ao mesmo tempo. No Brasil, em meio à tragédia, parcelas importantes da sociedade civil e do setor privado se organizaram para dar uma resposta à altura da gigantesca adversidade e de seus perversos efeitos sociais e econômicos. Nesse contexto, destacou-se a iniciativa Todos pela Saúde (TPS), possivelmente a maior contribuição da iniciativa privada para o setor público em toda a história do Sistema Único de Saúde (SUS).

A aliança TPS nasceu da doação de 1 bilhão de reais feita pelo Itaú Unibanco, que depois recebeu novos aportes de acionistas e suas famílias, empresas e pessoas físicas, totalizando 1,2 bilhão de reais. Para que as decisões estratégicas estivessem respaldadas pelas melhores premissas técnicas e científicas, em benefício da saúde pública, a iniciativa articulou um grupo de renomados especialistas da área da saúde que, de forma voluntária, definiu as diretrizes para aplicação dos recursos.

Sob minha liderança – na ocasião de diretor-geral do Hospital Sírio-Libanês e, hoje, conselheiro

estratégico do Negócio de Hospitais e Oncologia da Dasa –, o grupo também reuniu os profissionais de saúde Drauzio Varella, Eugênio Vilaça Mendes, Gonzalo Vecina Neto, Maurício Ceschin, Pedro Ribeiro Barbosa e Sidney Klajner, além de Pedro Moreira Salles, copresidente do conselho de administração do Itaú Unibanco Holding e presidente do conselho de administração do Instituto Unibanco, e Claudia Politanski, ex-vice-presidente do Itaú Unibanco.

O grupo se reuniu todas as manhãs, incluindo sábados, domingos e feriados, durante um ano para definir as prioridades de ação, com foco em quatro eixos: Informar, Proteger, Cuidar e Preparar. A partir dessa definição, as ações eram operacionalizadas no âmbito da Fundação Itaú, com apoio de colaboradores do Itaú Unibanco de diversas áreas, como relações públicas, relações governamentais, relações institucionais, comunicação, marketing, tecnologia, logística, finanças, compras e jurídico. Compartilho a seguir os eixos e as principais ações realizadas – a lista é extensa e não se esgota nas descritas abaixo.

O primeiro eixo foi estruturado para **informar** a população sobre as melhores formas de se proteger do SARS-CoV-2, com base nas informações científicas disponíveis. Nos primeiros meses da pandemia, uma estratégia que se mostrou eficiente foi a dos vídeos no formato pergunta e resposta com a participação de Drauzio Varella. Neles, o médico respondia de forma simples a dúvidas do dia a dia: “Posso fazer exercícios com máscara em locais públicos? Posso escolher duas pessoas para encontrar semanalmente? Tudo bem fazer festa com as pessoas que já moram comigo?” Essas foram

* Graduação e doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (1978 e 1992); e *visiting assistant professor* da Universidade de Pittsburgh (Estados Unidos) (1986 e 1987). Atualmente, é presidente do Conselho de Administração da iniciativa Todos pela Saúde (TPS) e, agora, do Instituto Todos pela Saúde (ITpS), além de conselheiro estratégico do Negócio de Hospitais e Oncologia da Dasa.

algumas das questões levantadas. Ele também enfatizava a importância do uso de máscara, da higiene frequente das mãos e pregava contra as frequentes aglomerações. A campanha de conscientização do TPS – por meio de redes sociais, da televisão aberta e do rádio – foi a principal feita no Brasil. Para se ter ideia da dimensão, um dos vídeos, intitulado “A gente cansou do vírus. Pena que ele ainda não cansou da gente”, foi visto 7,8 milhões de vezes. Em tempos de desinformação e paralisia do governo federal, ela foi essencial.

O TPS também usou o WhatsApp para chegar às pessoas de todas as faixas etárias, classes sociais e regiões geográficas – no país, 92% dos brasileiros acessam o aplicativo (Datafolha, março de 2022). Pelo WhatsApp, uma equipe do TPS recebia e respondia dúvidas. Também foram realizadas duas ações de grande alcance que deram ainda mais visibilidade para a importância do uso de máscaras. Na noite de 3 de maio de 2020, proteções feitas no Rio de Janeiro fizeram o Cristo Redentor usar máscara e divulgaram a hashtag #MáscaraSalva. A mensagem também foi divulgada no clipe “Quem usa máscara salva”, gravado por Ivete Sangalo e Luan Santana. O vídeo teve mais de 7,5 milhões de visualizações no YouTube.

O segundo eixo de atuação da iniciativa tinha o objetivo de **proteger** a população. A primeira ação desse pilar viabilizou, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a construção de duas unidades de processamento de testes PCR e de sorologia para o SARS-CoV-2. Instaladas em Eusébio (CE) e no Rio de Janeiro (RJ), tinham capacidade para cerca de 50 mil testes diários. Além de contribuir para a detecção da covid-19, os dois centros deixaram para o Brasil um legado para a identificação de outras doenças.

A fim de proteger as pessoas que precisaram sair de casa no primeiro ano da pandemia, o TPS distribuiu 14 milhões de máscaras em todo o país. A iniciativa também ajudou a salvar funcionários da saúde. Foram comprados e entregues 90 milhões de equipamentos de proteção individual (EPI) e hospitalar. Entre os equipamentos adquiridos estavam 105 mil oxímetros, aparelho que mede a taxa de saturação sanguínea e que se mostrou importante na triagem dos

pacientes com suspeita de covid-19. Eles chegaram a todos os municípios brasileiros.

O terceiro eixo, para **cuidar** da população, envolveu uma ação de gerenciamento de crise em parceria com o Hospital Sírio-Libanês, que implementou 27 gabinetes de crise no Brasil, desenvolvendo ainda uma ferramenta capaz de gerenciar diariamente mais de 300 hospitais, com impacto em mais de 58 mil leitos. O programa também colaborou na gestão da demanda de leitos de internação e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de EPI e equipamentos disponíveis, de dimensionamento das equipes de saúde e de quantificação de altas e de óbitos em UTI e enfermarias.

Para cuidar da população, foram abertos 1,6 mil leitos em sete centros de acolhimento nos estados de Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, São Paulo e Rio Grande do Sul. Esses leitos eram destinados a pessoas com sintomas leves de covid-19, após encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A medida permitiu o isolamento social de moradores infectados, que tiveram apoio de assistentes sociais, cuidadores e acompanhamento médico por meio de telemedicina, além de cinco refeições ao dia e roupas.

A iniciativa olhou, ainda, para a população de faixa etária mais elevada, auxiliando 1,6 mil Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A medida beneficiou mais de 50 mil pessoas, com a distribuição de 30 milhões de EPI para os profissionais, mais de 800 mil itens de higiene, material informativo e testes para covid-19.

Também no eixo cuidar, o TPS doou para secretarias estaduais de Saúde dois mil equipamentos hospitalares estratégicos. O estado do Amazonas, que em janeiro de 2021 enfrentou o colapso dos sistemas de saúde e funerário, também recebeu três usinas de produção de oxigênio. A iniciativa também colaborou para a criação de um repositório de casos que ajudou profissionais da saúde com diagnósticos. Liderada pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (HC/FMUSP), a ação foi organizada por radiologistas de todo o Brasil, que coletaram exames de raio X e tomografia, confirmados ou suspeitos de infecção pelo SARS-CoV-2, depositando-os em uma plataforma e possibilitando a consulta.

Por fim, no eixo para **preparar** o país para a retomada, o TPS apoiou, com 35 milhões de reais, a realização de sete pesquisas científicas:

a) *Reavaliação da mortalidade por causas naturais no município de São Paulo durante pandemia (Recovida)* – Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FFMUSP)

O estudo, coordenado por Paulo Lotufo, investigou as mortes suspeitas de covid-19 registradas na capital paulista, permitindo a atualização dos números no decorrer da pandemia e a reclassificação das causas dos óbitos no sistema da cidade. O levantamento mostrou que, nos primeiros meses da crise sanitária, houve 13% de subnotificação. O projeto ajudou a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo a integrar diferentes bases de dados.

b) *Prevalência de covid-19 entre doadores de sangue* – FFMUSP

Grupo liderado pela professora Ester Sabino, da FMUSP, utilizou sete hemocentros brasileiros para avaliar a soroprevalência do SARS-CoV-2 em doadores de sangue e fornecer subsídios para o poder público estabelecer políticas de ação e vigilância. A pesquisa mostrou que não havia imunidade populacional de covid-19 por infecção natural: em janeiro de 2022, quando a variante gama se alastrou em Manaus, 75% da população já havia sido infectada.

c) *Validação da técnica RT-Lamp no diagnóstico da covid-19 em uma escola pública no município de São Caetano* – FFMUSP

Estudo realizado em uma escola pública de São Caetano do Sul (SP) viabilizou o desenvolvimento da técnica RT-LAMP e sua aplicação no diagnóstico da covid-19 – o método já era utilizado no diagnóstico de outras doenças infecciosas. Também foi criada uma plataforma on-line para organizar o monitoramento remoto dos moradores com sintomas dessa doença pandêmica por equipes de saúde e a coleta domiciliar de amostras para análise e diagnóstico.

d) *Epicovid-19* – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Primeiro e maior estudo brasileiro a investigar o número de pessoas infectadas por SARS-CoV-2

no Brasil, também foi utilizado para monitorar a velocidade de expansão da infecção e determinar o percentual de infecções assintomáticas. O levantamento, conduzido na Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e coordenado pelo epidemiologista Pedro Hallal, reuniu universidades, governo gaúcho e iniciativa privada.

e) *Soroprevalência de SARS-CoV-2 no município de São Paulo (SoroEpi MSP)* – Instituto Semeia

Único estudo brasileiro que acompanhou o avanço do vírus em uma grande cidade por meio da coleta de sangue venoso da população, estratégia apontada como padrão-ouro. Para além dos registros oficiais, aferiu quantas pessoas já haviam sido infectadas em São Paulo em diferentes momentos da pandemia. Mostrou que o município enfrentou, no primeiro ano, duas epidemias, com dinâmicas e propagações distintas, refletindo a desigualdade social.

f) *Avaliar se as variantes comprometem a capacidade neutralizante entre pessoas que foram vacinadas com CoronaVac* – FFMUSP

O estudo analisou casos sintomáticos de covid-19 registrados em profissionais de saúde do Hospital das Clínicas de São Paulo no início de 2021, quando a variante Gama se alastrava pelo país. Foi uma das primeiras pesquisas a indicar que havia mudança nos sintomas de acordo com a cepa. Mostrou, por exemplo, que pessoas infectadas pela Gama sentiam menos alterações no olfato e no paladar, o que era frequente em 2020.

g) *Estudo com plasma de pacientes recuperados da covid-19* – Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio-Libanês

A pesquisa se debruçou sobre o plasma de pacientes recuperados da covid-19 em busca de um tratamento contra a doença. A terapia, que já havia sido utilizada contra difteria e adotada experimentalmente em outros surtos de doenças respiratórias, não se mostrou bem-sucedida contra o SARS-CoV-2. Os voluntários tratados de forma precoce evoluíram um pouco melhor do que os demais, mas a diferença não foi estatisticamente relevante.

Com a implementação dos quatro pilares, a iniciativa TPS mudou o eixo dos debates sobre o papel do setor privado em uma emergência sanitária. Com o arrefecimento da pandemia, o grupo de especialistas sugeriu modificar o foco do trabalho, passando de ações emergenciais para estruturantes, de olho no futuro. Nasceu assim, em fevereiro de 2021, o Instituto Todos pela Saúde (ITpS), entidade sem fins lucrativos que tem o objetivo de colaborar para o fortalecimento do sistema de vigilância epidemiológica e ajudar o Brasil a se preparar para o enfrentamento de futuros surtos, epidemias e pandemias.

Os sistemas de vigilância epidemiológica (VE) dos países têm sido colocados à prova sistematicamente e, com frequência, sendo expostas suas fragilidades. No caso do Brasil, em 2015, quando enfrentamos a epidemia do zika vírus, o sistema de vigilância levou 18 meses para identificar que não se tratava de dengue, mas sim de um novo patógeno. O desconhecimento dificultou o combate ao vírus e fez aumentar o número de infectados. Na pandemia de covid-19,

a variante gama do SARS-CoV-2 foi sequenciada e identificada pelo Brasil após três meses em circulação no território brasileiro. Um sistema de vigilância epidemiológica eficiente teria sinalizado para o poder público de forma precoce a entrada na nova variante; e os governos, por sua vez, poderiam ter adotado medidas tanto para reduzir a disseminação do vírus como para reforçar o sistema de saúde para atender os doentes – exatamente o que não ocorreu em janeiro de 2021, na capital do Amazonas.

O ITpS quer fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica do Brasil, com foco nas lacunas relacionadas à baixa capacidade de sequenciamento genômico, promovendo análise e integração de bancos de dados para influenciar políticas públicas com base em informações científicas. Além disso, também objetiva desenvolver profissionais que atuem com VE genômica e análise de dados ligados a doenças infecciosas. Acreditamos que com um sistema de vigilância epidemiológica mais robusto o Brasil estará mais bem preparado para enfrentar as próximas emergências sanitárias.



SUS: O desafio do acesso universal à saúde em um Brasil desigual

Renato Tasca*

Não há quem duvide dos grandes progressos do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo das três décadas e meia do seu caminho. Importantes resultados foram alcançados na melhoria dos indicadores de saúde populacionais e na redução das desigualdades em saúde. Inúmeros estudos, dos mais prestigiosos centros de pesquisa nacionais e internacionais, fornecem evidências das muitas e significativas vitórias do SUS. A implantação de vários programas nacionais (por exemplo, de imunização, transplante e luta contra o vírus da imunodeficiência humana – HIV), a expansão da cobertura da atenção primária à saúde, além de campanhas exitosas de saúde pública (como aquela que enfrentou o tabagismo), salvaram milhões de vidas e contribuíram para que a população brasileira viva mais anos e com mais saúde.

Durante a pandemia provocada pelo coronavírus todo o mundo entendeu o real valor do sistema público para a coletividade. A feliz afirmação do professor Gonzalo Vecina, “*Sem o SUS, é a barbárie*”, constitui, em nosso modo de ver, a melhor síntese das lições aprendidas da pandemia. Ainda em momentos de grande pressão e desconforto, os serviços públicos

de saúde se mostraram resilientes e foram capazes de responder à crise. Mesmo que algumas vezes eles tenham chegado a colapsar, isso ocorreu apenas em algumas localidades e por períodos relativamente breves.

Por outro lado, temos que admitir que o SUS ainda sofre de graves carências e limitações, causadas por diferentes problemas, novos e antigos. Entre os últimos, destaca-se o subfinanciamento do setor. Todos os governos que se sucederam a partir de sua criação, em 1988, recusaram-se a destinar ao SUS os recursos suficientes para alcançar a universalidade do acesso e a integralidade da atenção. Isso é bastante surpreendente, considerando a existência de um claro mandato da Constituição Federal (Artigos 196 e 198), que reconhece que a atenção à saúde representa um direito fundamental de todas as pessoas, o qual o Estado deve garantir.

Os esforços de Adib Jatene, José Serra e de alguns outros ministros permitiram importantes incrementos de recursos federais para a saúde, distribuindo-os, inclusive, de maneira mais equitativa. Contudo, nesses 35 anos, o orçamento público para a saúde do Brasil nunca chegou a se aproximar do que o SUS precisa de fato, enquanto sistema público universal. A antiga contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF) foi enfraquecida pela mudança de destino dos recursos recolhidos, enquanto a Emenda Constitucional n. 29/2000 acabou passando o fardo da União para os outros entes federados, sobretudo para os municípios.

Apesar dessas limitações, o sistema público de saúde continuou avançando. E, já entrando no novo

* Médico sanitário formado pela Universidade de Turim (Itália) e pela London School of Tropical Medicine and Hygiene do Reino Unido. Com atuação nas áreas de saúde e de modernização do Estado em diferentes países, no final dos anos 1980 foi coordenador do Projeto do Distrito Sanitário de Pau da Lima, em Salvador (BA), uma das experiências pioneiras do SUS. No final da década seguinte, foi responsável da área social do Cantieri per l’Innovazione, pela Presidência do Conselho dos Ministros da Itália. De 2008 a 2020, trabalhou na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), onde chefiou a Unidade de Serviços de Saúde em Brasília e na sede de Washington, tendo nesse período coordenado o Programa Mais Médicos. Defensor do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), hoje é consultor do Instituto de Estudos de Políticas para Saúde (IEPS) e pesquisador do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV-Saúde).

milênio, uma acertada combinação de incentivos federais^I com um modelo de atenção inovador, a Estratégia Saúde da Família (ESF), permitiu uma rápida ampliação das fronteiras de acesso, até alcançar, em dez anos, coberturas de atenção primária superiores a 70% da população, com maior concentração nos territórios mais desfavorecidos. Porém, a contínua insuficiência de recursos impediu ulteriores extensões da cobertura da ESF, privando grandes parcelas de pessoas vulneráveis do direito a uma atenção integral e de qualidade, como será argumentado à continuação.

Um recente estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)^{II} mostrou que a cobertura integral da ESF é uma realidade só em menos da metade dos municípios brasileiros. Desse modo, 72,69 milhões de pessoas ainda não têm acesso à ESF, o que representa 34% da população do Brasil. Desse total, cerca de 33 milhões estão na condição de *população SUS exclusiva*, que tampouco têm acesso a planos de saúde privados – o que sugere condições de vulnerabilidade socioeconômica. Algumas dessas pessoas são discriminadas pelo isolamento geográfico, como as populações ribeirinhas ou quem mora em comunidades rurais remotas. Também têm maiores dificuldades de acesso as pessoas negras, LGBTQIAPN+, populações indígenas e quilombolas, pessoas dependentes de drogas, moradores em situação de rua, além de outras.

Nesses casos, a barreira não é geográfica, mas um conjunto de crenças e preconceitos enraizados na sociedade, amplificado pelos processos descontrolados e desumanos do desenvolvimento urbano. O estudo anteriormente citado mostra com clareza que a grande maioria das pessoas “esquecidas” pelos serviços de atenção primária à saúde (APS) não estão regularmente dispersas pelos territórios do Brasil, mas concentradas nas regiões periféricas e marginalizadas das áreas metropolitanas. São pobres, vivem em comunidades caracterizadas pela violência e pela ausência do Estado e dos seus serviços. O preconceito contra

essas pessoas é grande e difuso, apesar de injustificado. Quase invisíveis, essas famílias sofrem e morrem no silêncio. O desconforto dessas pessoas é percebido pela sociedade só quando ocorrem eventos extremos, como a morte de crianças vítimas de balas perdidas. Tudo o que vem antes, os inúmeros problemas causados pela inércia do Estado e da sociedade – a falta de segurança, educação, saúde, saneamento –, parece não ser suficientemente relevante para sensibilizar a opinião pública. Quase como se ignorar os direitos de quem se encontra em condições de pobreza e violência fosse algo tolerável numa sociedade moderna!

Garantir serviços de saúde integrais e de qualidade para o alarmante número de pessoas excluídas do acesso à saúde no país não significa, está claro, resolver todos seus problemas, mas pelo menos concretiza um direito garantido pela Constituição e representa um passo à frente rumo à plena cidadania.

Desde a perspectiva da implementação, há consenso em nível planetário que, para alcançar a universalidade da atenção, a estratégia mais efetiva é o fortalecimento da APS. Vários estudos demonstraram o impacto, no Brasil, do aumento da cobertura da ESF não apenas sobre inúmeros indicadores de saúde, mas também sobre a eficiência operativa dos serviços, economizando os gastos por internações e procedimentos relacionados a problemas que podem ser resolvidos na APS, tornando mais eficiente e eficaz a atenção de média e alta complexidade.

Dado esse contexto, é lícito se perguntar por que, apesar de estar escrito na Constituição e nas Leis Orgânicas e das inúmeras evidências do impacto de soluções como a ESF, a universalização ainda não aconteceu no país? Para tentar responder, é importante ter como parâmetro o volume dos investimentos que seriam necessários para alcançar 100% de cobertura da ESF. De acordo com as estimativas do estudo IEPS citado anteriormente, a extensão dessa estratégia para toda a população (25,6 mil novas equipes) demandaria um custeio anual de 22,9 bilhões de reais para a contratação de profissionais, mais um investimento de 11,2 bilhões de reais para as novas estruturas e instalações (16 mil novas Unidades Básicas de

I A referência é o Piso de Atenção Básica (PAB), modelo inovador de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) criado em 1998 pelo Ministério da Saúde.

II Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Estimativa de recursos necessários para ampliação da Estratégia Saúde da Família [internet]. Estudo institucional. nov. 2023;8:1-43 [acessado em 9 ago 2023]. <https://ieps.org.br/estudo-institucional-08/>

Saúde – UBS). E, para cobrir apenas os *SUS exclusivos*, seriam necessárias 13,2 mil novas equipes, demandando 11,6 bilhões de reais em custeio anual; mais uma demanda de investimentos de 6,1 bilhões de reais para as novas UBS. Com esses dados em mão, aprecia-se que a primeira opção (100% e cobertura) significaria mais do que dobrar a média do orçamento federal anual para APS na última década.

A segunda opção (cobertura de todas as pessoas *SUS exclusivas*), apesar de não cumprir plenamente o mandato constitucional, responderia às urgentes necessidades da população excluída do acesso. Essa segunda opção resulta bem menos onerosa, mas ainda relevante. Um investimento desse porte vai precisar de uma forte pressão popular e da mídia para conseguir sustentabilidade política.

Vale destacar que a proposta de mais recursos públicos para o SUS encontra resistência no Brasil também pelo fato de que o gasto total em saúde já está alto, em torno de 9% do Produto Interno Bruto (PIB), dentro da média dos países mais industrializados, como os da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Esse resultado deve-se à anomalia brasileira do excessivo gasto privado em saúde, que – entre planos e gastos diretos dos usuários – consome aproximadamente 60% do total. Ressaltamos que na maioria dos países com sistemas de saúde universal (como Canadá, Reino Unido e Itália) o gasto público representa cerca de 70%-80% do total, ou seja, mais ou menos o dobro da porção que se investe no Brasil. É por isso que os sistemas desses países conseguem atender praticamente toda sua população, enquanto aqui isso ainda não foi alcançado.

Outro obstáculo ao maior financiamento público da saúde no país é representado pela narrativa que desenha o SUS como uma entidade estruturalmente ineficiente e incapaz de uma boa gestão dos serviços. Na verdade, os dados oficiais mostram que com menos de 40% do gasto total em saúde o SUS proporciona assistência a 150 milhões de pessoas, além dos serviços de saúde pública e outros (vigilância sanitária e epidemiológica, vacinas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu, transplantes etc.) que protegem a

totalidade da população. As operadoras de planos de saúde dispõem de um valor muito parecido ao do SUS para atender 50 milhões de pessoas afiliadas (ou seja, apenas a um terço das atendidas pelo SUS), com um rol de serviços exclusivamente de cunho assistencial e claramente delimitado pelo seguro ou plano^{III}. A partir de um quadro desse, honestamente fica difícil tachar o sistema público de ineficiente. O fato é que, na atual conjuntura, o hipertrófico gasto privado em saúde representa uma barreira que limita as possibilidades de incrementar o gasto público.

A narrativa que enxerga o SUS como projeto utópico e destinado ao fracasso é muito presente em vários setores da sociedade brasileira, que se baseiam na teoria do *Estado leve* para negar mais recursos aos órgãos do setor público, considerados corpulentos demais. Porém, quem olha os dados oficiais descobre que, no Brasil, onde existe uma grande porção de pessoas que dependem dos serviços públicos para a sua sobrevivência, a proporção de trabalhadores do setor público em relação ao total de trabalhadores é menor do que a de muitos países capitalistas, como os Estados Unidos. Mesmo sem fazer muito sentido na realidade brasileira, contudo, o mito do *Estado leve*, de alguma forma, proporcionou combustível ao movimento em prol da austeridade fiscal, que em 2016 levou à aprovação da Emenda Constitucional n. 95, com efeitos catastróficos sobre o acesso aos serviços sociais por parte dos grupos mais desfavorecidos, efeitos ainda difíceis de mensurar pela desarticulação causada pela quase simultânea chegada da pandemia.

O impacto negativo dessas medidas durante a crise econômica, junto com os efeitos diretos e indiretos da pandemia, causou a piora de alguns indicadores básicos de saúde populacional. O mais alarmante é o caso da mortalidade materna: em 2021 foi registrada uma taxa de 107,53 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que significou quase o dobro de mortes registradas em 2019 (55,31 por 100 mil)^{IV}.

III Vale lembrar que, depois dos lucros recordes em 2020 e 2021, os planos sofreram perdas econômicas em 2022.

IV Vale lembrar que a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 2030) é de 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Será muito difícil para o Brasil alcançar essa meta sem um esforço extraordinário para ampliar o acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade.

As taxas de cobertura vacinal também sofreram quedas preocupantes nos últimos quatro anos.

Como resultado, na era pós-pandemia nos encontramos com o SUS ainda de pé, embora enfraquecido, em algumas localidades quase exausto, ao mesmo tempo em que as condições de saúde populacional andam se deteriorando praticamente em todo o país. A piorar a situação, a crise da covid-19 causou sérios represamentos de serviços de saúde (cirurgias eletivas, radio e quimioterapia, procedimentos diagnósticos etc.), fenômeno que está atualmente causando um excesso de demanda ao SUS. Sem falar da “covid longa” ou do

que poderá vir no futuro. Mais motivos para fortalecer o SUS e, de preferência, de fazê-lo agora.

Universalizar a ESF é uma tarefa prioritária e deve ser o principal objetivo do SUS no curto prazo. O número dos excluídos do acesso é enorme e intolerável. A sociedade precisa ser mobilizada para que sejam encontradas soluções inovadoras que consigam ampliar os recursos para o SUS, sem alterar os delicados equilíbrios econômicos e sociais do Brasil. Conseguir isso significa dar um passo gigantesco para reduzir as desigualdades que afetam toda a sociedade brasileira e atrasam o desenvolvimento do país.

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

Claudia Vieira Carnevalle e Aniara Correa

Instituída pelo Decreto nº 53.337, de 21 de agosto de 2008, a honraria é uma homenagem às pessoas e entidades, nacionais e estrangeiras, cujo trabalho no campo da gestão pública da saúde tenha se distinguido, de forma notável ou relevante, e contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo (SUS-SP).

Em sua segunda edição, a Medalha “Walter Leser” é outorgada a 29 homenageados que ajudaram a construir e consolidar o SUS-SP ao longo de 35 anos. Na lista a seguir, estão relacionadas personalidades e instituições – as quatro primeiras *in memoriam*.

Luiz Roberto Barradas Barata – Graduação (1976) pela Faculdade de Medicina Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) com especialização em saúde pública pela Universidade de São Paulo. Nascido em 1946, na cidade de São Paulo, foi um dos principais especialistas brasileiros no combate e prevenção de doenças infecciosas, principalmente no estudo e controle de HIV/aids. Assumiu o cargo de secretário da saúde do estado de São Paulo em 2003, cargo que ocupou até sua morte prematura, em 2010.

Nubia Virgínia D’Avila Limeira de Araújo – Graduação em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Federal Fluminense, com habilitação em enfermagem de saúde pública (1989) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP); mestrado (2002) e doutorado (2023) em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EESP-USP). Em outubro de 2019, assumiu a direção da Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças (DI/CCD/SES-SP), em que permaneceu até falecer, em julho de 2023. Foi servidora da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) por 33 anos. Desde 2006, era professora assistente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EESP-USP.

Paulo Eduardo Mangeon Elias – Graduação em medicina (1975) pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC); mestrado (1987) e doutorado (1996) em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo (FMUSP). Nascido em Amparo (SP), em 1950, atuou ativamente no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que inseriu na Constituição de 1988 o direito à saúde e permitiu a criação do Sistema Único de Saúde. Foi membro da Câmara Técnica de Políticas de Saúde do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec).

Regina Maria Giffoni Marsiglia – Graduação em serviço social (1966) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e em ciências sociais (1969) pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP); mestre (1981) e doutora (1993) pela USP. Docente na FCMSCSP e na PUC-SP, com foco em ciências sociais e saúde. Entre outras funções, coordenou a área de ciências sociais e humanas na saúde no Departamento de Medicina Social da FCMSCSP e o Núcleo Profissões da Saúde do ObservaRHSP (Cealag, FCMSCSP, FGV-Saúde e SES-SP).

Albertina Duarte Takiuti – Graduação em medicina pela PUC-SP (1970); residência médica no Hospital das Clínicas da FMUSP (1971-1972). Sanitarista pela FSP-USP (1973); mestrado (1985) e doutorado (1999) pela FMUSP. Coordenadora do primeiro Programa de Saúde da Adolescência do estado de São Paulo (1987); participante da primeira assembleia de constituição da Associação Latino Americana de Obstetrícia e Ginecologia Infantil e da Adolescência (Sogia), tendo dirigido sua comissão científica. Coordenadora do Programa Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo e, desde 2015, coordenadora estadual de políticas para a mulher.

Álvaro Escrivão Junior – Graduação em medicina (1975) pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp); mestrado em medicina preventiva (1986) e doutorado em medicina (1999) pela FMUSP. Participou do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA), uma parceria entre o Hospital das Clínicas (HCFMUSP) e a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGVSP), onde lecionou no Departamento de Gestão Pública. Atualmente é pesquisador do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão em Saúde

(FGVsaúde). De 2005 a 2018 foi coordenador do Grupo Técnico de Informação em Saúde e População da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GTISP/Abrasco), que criou a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA), integrada também pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), onde mantém intensa atividade e da qual é membro até hoje.

Ana Luiza D'Ávila Viana – Graduação em economia, com mestrado (1981) e doutorado (1994) na mesma área pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora aposentada da Universidade de São Paulo, onde lecionou de 2002 a 2015 no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Foi pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP-UNICAMP) de 1986 a 1994; ainda, chefiou o Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) de 1996 a 1998. Em 2011 atuou como diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT-SCTIE/MS). Atualmente é professora visitante do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

Ana Maria Malik – Graduação em medicina pela FMUSP (1978); mestrado em administração de empresas pela FGV-SP (1983) e doutorado em medicina preventiva pela FMUSP (1991). Professora titular da EEAESP-FVG. Coordenadora do FGVsaúde e diretora adjunta do PROAHSA; acadêmica da ABQ (Academia Brasileira de Qualidade) desde 2015 e da IAQS (Academy of Quality and Safety in Healthcare) desde maio de 2020. Membro do Comitê de Saúde do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) a partir de agosto de 2019.

Barjas Negri – Graduação em economia pela Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep), exerceu a ocupação de professor na Unimep e na Unicamp. Mestrado e doutorado em economia pela Unicamp. Em Piracicaba, foi secretário de educação (1979-1982), vereador (1989-1992) e secretário de planejamento (1993-1994). Exerceu o cargo de coordenador de políticas sociais e de planejamento do estado de São Paulo, foi secretário-executivo do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), entre 1995 e 1996; secretário executivo do Ministério da Saúde de 1997 até fevereiro de 2002, quando se tornou o ministro. Admitido à Ordem do Mérito Militar em 1997 no grau de comendador especial, por Fernando Henrique Cardoso, foi promovido em 2002 a grande-oficial.

Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda – Graduação em medicina pela Universidade de Mogi das Cruzes (1981); residência em pediatria e mestrado em saúde coletiva pela SES-SP (2005). Experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em saúde pública, atuando principalmente nas áreas de imunização, epidemiologia, planejamento em imunizações e gestão pública de ações de vigilância. É membro da Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações no estado de São Paulo e consultora científica do Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA).

Elza Ferreira Lobo – Graduada em jornalismo pela PUC-SP, atuou como secretária executiva do Conselho Estadual da Saúde de São Paulo (CES-SP), contribuindo com a implantação de ouvidorias em todas as unidades de saúde do estado. Introduziu salas de leitura em hospitais públicos através do Projeto “Leia Comigo”, em cooperação com as secretarias estaduais da Cultura e de Assistência Penitenciária. Atuou na ouvidoria da SES-SP, apoiando ativamente a consolidação da Política Estadual de Humanização.

Fátima Palmeira Bombarda – Graduação em enfermagem e obstetrícia pela Faculdade de Ciências da Saúde Farias Brito (1983); especialização em saúde pública (1987) pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde (CSCDAS) e direito sanitário (2003) pela FSP-USP; mestrado em saúde coletiva (2008) pela FCMSCSP. Coordenou a área de planejamento e avaliação da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS/SES-SP) de 2014 a 2021; ocupou o cargo de gerente técnico de redes no projeto “Fortalecimento da gestão estadual da saúde”, cofinanciado pelo BID, principalmente como foco na implementação da organização de Redes de Atenção em Saúde (RAS) de cinco regiões de saúde do estado de São Paulo.

Geraldo Reple Sobrinho – Graduação (1981) e mestrado em ciências da saúde (2003) pela Faculdade de Medicina do ABC, onde hoje é professor auxiliar. Com experiência nas áreas de saúde materno-infantil e de gestão e administração hospitalar, presidiu a Fundação do ABC, foi superintendente do Hospital Estadual Mário Covas de Santo André e coordenador da Coordenadoria de Serviços e Saúde (CSS/SES-SP). Atualmente é secretário de saúde de São Bernardo do Campo (SP).

Giovanni G. Cerri – Graduação pela FSP-USP (1976); doutorado e livre-docência na mesma instituição. Presidiu a Sociedade Paulista de Radiologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e o World Federation of Ultrasound in Medicine and Biology. Foi diretor científico da Associação Médica Brasileira, presidente do conselho e diretor-geral do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) e presidiu os conselhos da Fundação Faculdade de Medicina e do HCFMUSP, onde atuou também como diretor por dois mandatos. Participou de conselhos de outras entidades, entre elas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para a Saúde (Abimed), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), Hospital Sírio-Libanês, Dasa e Fundação Zerbini. Foi secretário da SES-SP de 2011 a 2013.

Iramaia Aparecida Colaiacovo – Graduação em enfermagem (1976) pela Escola Superior de Enfermagem da UMC, com licenciatura em enfermagem (1977) pela PUC-SP. Mestrado profissionalizante em saúde coletiva (2006) pela FCMSCSP e especializações *lato sensu* em saúde pública, saúde do trabalhador e gestão da atenção à saúde. Foi diretora de dois Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo: o DRS Campinas (2010) e o DRS Grande São Paulo (2011).

Irmã Rosane Ghedin – Graduação em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Cidade de São Paulo (1996), com especialização em administração hospitalar pela FGV-SP (1997). Atualmente é diretora-presidente da Casa de Saúde Santa Marcelina.

Jorge Harada – Graduação em medicina pela Escola Paulista de Medicina (EPM) (1983) e mestrado em pediatria pela mesma instituição (1993). Foco nas áreas de pediatria e saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: escola, saúde, promoção de saúde, criança e cidadania e gestão em saúde. Experiência em gestão pública da saúde, sobretudo do SUS.

José Dínio Vaz Mendes – Médico especialista em saúde pública. Atuou na Coordenadoria de Planejamento em Saúde, no Grupo Técnico de Informação em Saúde da SES/SP.

José Luiz Gomes do Amaral – Graduação (1976) pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), onde realizou o mestrado (1981) e o doutorado (1987) em cirurgia vascular, cardíaca, torácica e anestesiologia. É livre-docente (1990) e, desde 1991, professor titular do Departamento de Cirurgia da EPM-Unifesp, universidade da qual foi Pró-Reitor de Planejamento (2011-2012). Responsável pelos Centros de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira no Hospital São Paulo. É membro da Academia Nacional de Medicina desde 2014 e integrou o Conselho Consultivo da Fundação de Medicina (2012-2016).

José Serra – Professor, economista, engenheiro civil e político brasileiro filiado ao Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB). Ocupou cargos importantes no governo federal – ministro das Relações Exteriores, da Saúde e do Planejamento durante as gestões de Fernando Henrique Cardoso e Michel Temer. Foi deputado federal (1987-1995); prefeito (2005-2006) e governador de São Paulo (2007-2010); eleito senador por dois mandatos (1995-2003 e 2015-2023). Em sua trajetória política, José Serra desempenhou papéis importantes na gestão pública, especialmente nos setores de saúde, planejamento e relações exteriores. É reconhecido como um político influente e ativo no cenário brasileiro.

Luiza Sterman Heimann – Graduação em medicina pela FCMSCSP (1973), mestrado em saúde pública pela Harvard University (1978) e em medicina preventiva pela FMUSP (1984). Médica sanitária do estado de São Paulo desde 1976, atuou na Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC/SES-SP) até 1983, quando se transferiu para o Instituto de Saúde, concentrando suas pesquisas em equidade, descentralização, regionalização e avaliação de sistema de saúde. Dirigiu o instituto em dois períodos, entre junho de 1985 e junho de 1987 e entre 2008 e 2023, quando se aposentou.

Neide Miyako Hasegawa – Enfermeira de saúde pública pela Escola de Enfermagem e especialista em economia da saúde pela Faculdade de Saúde Pública, ambas instituições da Universidade de São Paulo. Atual diretora do Centro de Planejamento e Avaliação do Departamento Regional de Saúde I – Grande São Paulo.

Nelson Ibañez – Graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba (1972); mestrado (1981) e doutorado (1990) em saúde pública pela FSP-USP. Médico sanitário do governo do estado de São Paulo, professor da FCMSCSP; pesquisador da Universidade de São Paulo, do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea e do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Coordenador

do Laboratório de História das Ciências no Instituto Butantan. Suas áreas de interesse são avaliação de serviços e sistemas de saúde, história da medicina e da saúde pública, regionalização.

Olímpio J. Nogueira V. Bittar – Graduação em medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (1973); especialização em administração hospitalar (1979) e mestrado em saúde pública (1983) pela FSP-USP; doutorado em medicina social (1992) pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP). Assessor na SES-SP desde janeiro de 2007, tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em administração de serviços de saúde.

Oswaldo Yoshimi Tanaka – Graduação em medicina pela FMUSP (1971); mestrado (1982) e doutorado (1988) em saúde pública e livre-docência (1994) pela FSP-USP, onde é professor titular no Departamento de Prática de Saúde Pública desde 2003. Atualmente é coordenador do GT de Avaliação da Abrasco. Tem experiência em saúde pública e saúde coletiva e dá consultoria em avaliação de políticas públicas, serviços e sistemas de saúde, em monitoramento e avaliação de serviços e sistemas de saúde.

Renato Tasca – Graduação em medicina (1983) pela Universidade de Turim e mestrado em doenças infecciosas (1987) pela Università degli Studi di Torino PRINCIPALE, UNITO, ambas na Itália. Atuou nas áreas de saúde e de modernização do Estado em diferentes países, no final dos anos 1980; coordenou o Projeto do Distrito Sanitário de Pau da Lima, em Salvador (BA), uma das experiências pioneiras do SUS. No final da década seguinte, assumiu a área social do Cantieri per l'Innovazione, pela Presidência do Conselho dos Ministros da Itália. De 2008 a 2020, trabalhou na Opas/OMS, onde chefiou a Unidade de Serviços de Saúde em Brasília, e na sede de Washington, tendo nesse período coordenado o Programa Mais Médicos. Defensor do SUS e da atenção primária à saúde, hoje é consultor do Instituto de Estudos de Políticas para Saúde (IEPS) e pesquisador do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV-Saúde).

Instituto Butantan – Referência mundial e o principal produtor de vacinas e soros do Brasil e da América Latina, foi criado oficialmente pelo governo do estado de São Paulo em 1901, então dirigido pelo médico e cientista Vital Brazil. O Butantan produz a maioria dos soros contra o veneno de animais peçonhentos, toxinas bacterianas e o vírus da raiva, respondendo também por grande volume da produção nacional de vacinas, fornecendo 100% das vacinas contra a influenza usadas na campanha nacional contra a gripe. Patrimônio dos paulistas, o instituto mantém coleções zoológicas e desenvolve atividades educacionais e culturais por meio de quatro museus – Biológico, Histórico, de Microbiologia e de Saúde Pública “Emílio Ribas”. Com foco em estudos e pesquisa básica em biologia e biomedicina, muitos dos quais desenvolvidos em estreita colaboração com outros centros científicos de excelência ao redor do país e do mundo, o instituto atua direta e indiretamente no campo da saúde pública, sendo um parceiro fundamental do SUS. A CoronaVac, primeira vacina brasileira contra a covid-19, foi produzida pelo Instituto Butantan em parceria com a biofarmacêutica chinesa Sinovac Biotech. A vacina, que começou a ser aplicada em 17 de janeiro de 2021, ajudou a salvar milhares de vida.

Instituto Todos pela Saúde (ITpS) – Entidade sem fins lucrativos criada em fevereiro de 2021 no escopo da pandemia de covid-19, visa colaborar com o desenvolvimento e a consolidação de um sistema de vigilância epidemiológica que ajude o Brasil a se preparar para futuras crises sanitárias (surto, epidemias e pandemias). Com aporte financeiro da iniciativa privada, o ITpS emergiu como um movimento que busca articular redes para a produção de informações científicas relevantes à saúde pública, em especial para cobrir lacunas relacionadas à baixa capacidade de sequenciamento genômico.

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – Agência internacional que atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. Fundada em 1902 (é o organismo internacional de saúde mais antigo do mundo), trabalha com países

da região para melhorar e proteger a saúde da população, apoiando ações locais e regionais de combate e prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis. A Opas também atua para fortalecer os sistemas de saúde e responder a emergências e desastres. Está comprometida com ações que garantam a todas as pessoas acesso à saúde, com qualidade e como direito de todos. Para avançar nessas metas, promove a cooperação técnica entre os países e trabalha de forma colaborativa com os ministérios da saúde locais, bem como com outras agências governamentais e internacionais, organizações da sociedade civil, universidades, organismos de seguridade social, grupos comunitários etc. A Opas promove a inclusão da saúde nas políticas públicas e o engajamento de todos os setores nos esforços para garantir que as pessoas vivam mais e com mais qualidade de vida.

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 500 exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina I, II e III, Ciências Ambientais, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Odontologia e Psicologia.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total dessa 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.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos para publicação deverão ser enviados antes da submissão. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com três palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados em arquivos separados (JPG), em alta resolução.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição à qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser numeradas seguindo a ordem de citação, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 466/2012 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

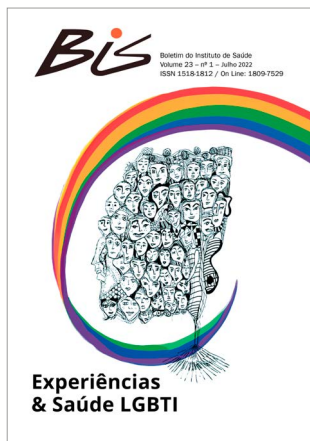
Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas ad hoc, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a Bireme, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

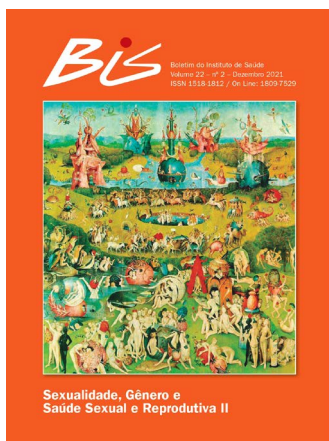
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

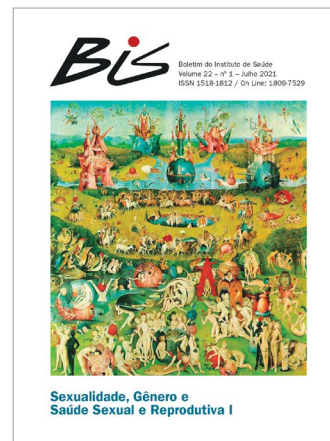
BIS – números já editados



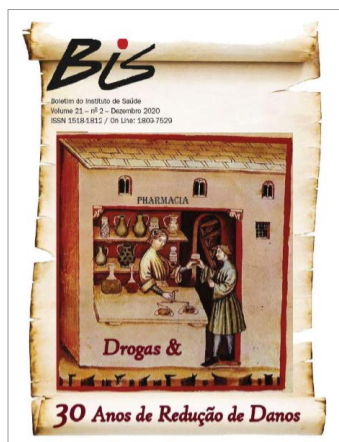
(v. 23 - nº 1) / 2022
Experiências & Saúde LGBTI



(v. 22 - nº 2) / 2021
Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II



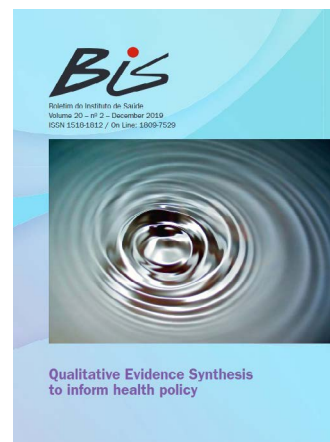
(v. 22 - nº 1) / 2021
Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva I



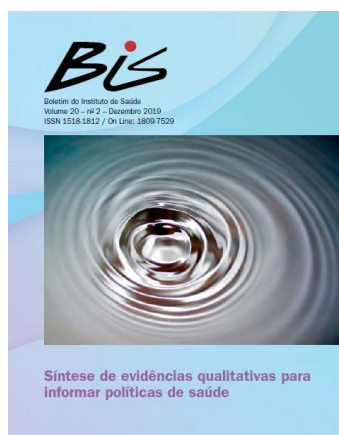
(v. 21 - nº 2) / 2020
Drogas & 30 Anos de Redução de Danos



(v. 21 - nº 1) / 2020
Comunicação em Saúde na Era Digital



(v. 20 - nº 2) / 2019
Qualitative Evidence Synthesis to inform health policy



(v. 20 - nº 2) / 2019
Síntese de evidências qualitativas para informar políticas de saúde



(v. 20 - nº 1) / 2019
Mestrado profissional em saúde coletiva: traduzindo conhecimento para o SUS



(v. 19 - suplemento) / 2018
32º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO