

Boletim da FCM

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS • DEZEMBRO DE 2008 - VOL. 4, N. 6

Os 20 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Boletim da FCM deste mês resgata alguns aspectos teóricos, fatos e personalidades que integraram a Reforma Sanitária Brasileira que culminou, há 20 anos, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A universidade brasileira na discussão deste sistema foi notória, em particular o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, que contribuiu para a implantação de um novo pensamento em saúde. Dentre os protagonistas estava o professor Nelson Rodrigues dos Santos, responsável pela organização desta edição especial.

Neste espaço acadêmico, conviviam diferentes personalidades que aglutinavam grupos organizados da sociedade civil e servidores à academia, numa profícua discussão de novas e abrangentes teorias no campo da saúde, de como renovar a prática médica sem perder os objetivos do projeto político da época, de utilizar esta reorganização do sistema de saúde “como campo de luta contra a ditadura”, nas palavras de Sergio Arouca.

Este longo processo de construção do SUS teve início na metade do século passado quando, em 1945, na Assembléia de São Francisco, Califórnia, por ocasião da criação da ONU, as delegações brasileira e chinesa propuseram à OMS um modelo socialmente avançado de atenção e formação para a saúde, cujas bases refletiriam, nos anos 70, na criação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O SUS é um modelo fundamentado numa nova organização, cujas ações se destinam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Esta forma de organização, regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade, tem permitido uma maior atenção aos problemas regionais, favorecendo as ações de vigilância e avaliação epidemiológica e a educação em saúde. Considerado um dos sistemas mais avançados do mundo, integrou ações individuais, coletivas e de alta complexidade em seu conjunto e estabeleceu um modelo gerencial, cuja concepção caracteriza-se por acatar

decisões pactuadas entre os diferentes entes federativos.

O SUS é definido como ÚNICO, pois pressupõe as mesmas metas em todo o território nacional, cujas responsabilidades são partilhadas pelos governos Federal, Estadual e Municipal, e norteados por três princípios básicos: a *Universalidade*, a *Equidade* e a *Integralidade*, cujas ações em saúde não podem ser compartimentalizadas. Mas armadilhas contra estes princípios são identificadas e devem ser afastadas do horizonte deste sistema ainda em consolidação. Dentre estas, o risco de um crescimento acelerado dos planos e seguros de saúde, compondo um sistema paralelo de assistência médica, que nos remete a um período anterior à Constituição de 1988.

Na atualidade, o SUS responde não apenas pelas ações coletivas, mas também por uma parcela substancial de ações individuais, em particular estratégicas e de alta complexidade, cujos procedimentos onerosos são repassados integralmente pelo setor privado ao público sem o devido ressarcimento, uma vez que as instituições privadas concentram, na sua maioria, atendimentos e procedimentos de baixa e média complexidade.

Desta forma, num cenário de redemocratização do país associada a uma profunda crise previdenciária instalada em meados da década de 80, teve início o delineamento de um amplo projeto nacional de saúde pública apresentado à VIII Conferência Nacional, em 1986. Neste Movimento, definir-se-iam os princípios norteadores do SUS aprovados pela Constituição de 1988. O SUS, embora ainda em implantação, tem parte do seu sucesso creditado às Instituições, principalmente às Universidades Públicas que, por meio de sua atividade assistencial e de formação, associada à confluência de profissionais e pensadores profundamente sintonizados com esta política, mantém vivas as premissas constitucionais deste sistema nacional de saúde.

Prof. Dr. José Antônio Rocha Gontijo
DIRETOR DA FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:

O papel da gestão municipal na formação médica nos 20 anos de SUS

VEJA TAMBÉM:

O Ensino Médico na visão do gestor

A formação e desenvolvimento do médico e demais profissionais de saúde: iniciativa do gestor federal

Por que o Direito Sanitário na FCM?

20 anos do SUS: considerações avaliativas

A formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados



Para se consolidar um Sistema Único de Saúde de qualidade, temos grandes desafios apontados. Um deles é a necessidade de se implementar uma política de valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, promovendo, sobretudo a promoção na carreira (...)

O papel da gestão municipal na formação médica nos 20 anos do SUS.

Em 2008, o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 20 anos de existência. Ao analisar o significado desta política, pode-se afirmar categoricamente que o SUS representa hoje a maior política pública de inclusão social do país. A municipalização possibilitou a implementação dos sistemas municipais de saúde e propiciou o surgimento de inúmeras experiências inovadoras na gestão local, resultando na ampliação do acesso da população aos serviços e melhorando, significativamente, os indicadores de saúde.

Contudo, há necessidade de continuar investindo e fortalecendo a municipalização que ainda está incompleta. A excessiva normatização burocrática e a indução de políticas centrais ocasionaram a redução da autonomia da gestão municipal e, por isso, a necessidade de se criarem instrumentos eficientes e compatíveis com as diferentes realidades locais, visando respeitar a autonomia municipal.

Para se consolidar um Sistema Único de Saúde de qualidade, temos grandes desafios apontados. Um deles é a necessidade de se implementar uma política de valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, promovendo, sobretudo a promoção na carreira, por meio da constituição de planos, cargos, carreiras e salários do SUS (PCCS-SUS), mas de forma descentralizada, como preconiza, sabiamente, o SUS. É preciso que cada esfera de governo tenha autonomia para a construção de tais carreiras em conformidade com as suas atribuições.

Para tanto, precisamos refletir sobre qual é o papel do Ministério da Saúde no SUS? Qual o papel dos estados? E dos municípios? Com base nesse papel de cada esfera de governo é que defendemos uma carreira para os profissionais de saúde, inclusive para os médicos. Nesta perspectiva, a carreira municipal contemplaria os profissionais que atuam na gestão, na atenção à saúde e nas vigilâncias.

Assim sendo, não é possível se pensar em carreiras, se esses profissionais tiverem vínculos precários com o Sistema de Saúde. Para se construir um sentimento de pertencimento ao SUS, tais profissionais devem ter, no

mínimo, garantidos os seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Outro desafio é o de se pensar nas atribuições das três esferas de governo no que diz respeito à ordenação da formação dos trabalhadores de saúde, conforme determina o artigo 200 da Constituição Federal. Há necessidade de se definirem estratégias consistentes para que os profissionais de saúde sejam formados e qualificados com base nas demandas e necessidades do SUS. Foi criada, no final de 2007, a Comissão Interministerial de Gestão da Educação que tem o papel de ordenar a formação dos trabalhadores de saúde. Além dos ministros da Saúde e da Educação e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) tem assento nessa Comissão.

O Conasems tem atuado de forma esperançosa, acreditando que o trabalho desta instância poderá trazer ganhos significativos ao SUS, principalmente, no processo de readequação das especialidades médicas, inclusive nas Residências Médicas, de forma a fortalecer e dar apoio à Atenção Básica com foco na estratégia de saúde da família, que resultará na melhoria da qualidade dos serviços de saúde à população. Os municípios são os principais contratadores da força de trabalho em saúde, sendo responsáveis por quase 70% dos empregos públicos. Além disso, são os principais executores das ações de saúde no país e, por isso, tem toda condição de contribuir com a definição do perfil profissional dos médicos e, principalmente, com a mudança curricular dos cursos de graduação e especialização na área de medicina. Ressalta-se que os gestores municipais são atores importantes no processo de integração ensino e serviço, contribuindo com uma formação consistente, calcada na realidade local, com base nas necessidades da população.

José Enio Servilha Duarte

SECRETARIO EXECUTIVO DO CONSELHO NACIONAL DE
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONASEMS

O Ensino Médico na visão do gestor

A formação de pessoal para a saúde e o processo de educação permanente constitui, ainda hoje, um dos maiores desafios do sistema de saúde. A Constituição de 1988 em seu Art. 200 - inciso III, reza que cabe ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”.

Há uma reconhecida dissociação entre a formação de recursos humanos e as necessidades do sistema de saúde. O aparelho formador vem se desenvolvendo, há décadas, na ótica de sua oferta envolvendo saberes científicos, tecnológicos, mercadológicos, etc. sem consonância com as necessidades da gestão. Isso denota a ausência de adequada regulação do aparelho de estado sobre a relação oferta e demanda, incluindo aí a oferta de pessoal.

A formação médica sempre foi construída numa lógica mais elitizada do aparelho formador. Por isso mesmo, a gestão se depara com mais resistências ao processo de integração das necessidades do serviço, às aspirações da formação no ensino médico.

As experiências de integração docente assistencial começaram a ganhar corpo no Brasil na década de 1970, aspirando a um misto adequado entre a academia e o serviço, mas reconhecidamente partiram de setores contra-hegemônicos do universo acadêmico e acumularam poderes, cujos resultados começam a ser colhidos.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) têm mantido articulação e produção técnica que aponta para a prioridade essencial da conquista do papel constitucional da gestão no processo de formação de pessoal.

Mais recentemente, a partir de junho de 2007, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituíram a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Os objetivos desta Comissão refletem os anseios da desejada integração em prol de uma

adequada articulação entre a formação de médicos e a prestação de serviços. Provavelmente, essa é a materialização das experiências de integração docente-assistencial acima referidas e pode representar a reconquista de um eixo de integração perdido desde que o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde deixaram de ser únicos, como eram na década de 1950.

Conforme ressalta o 1º Relatório de Atividades da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, busca-se o envolvimento dos diversos atores implicados nesse processo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, além do Conselho Nacional de Educação, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e representantes de conselhos federais, fóruns, etc.

O Conass, por meio da coleção Progestores, livro 5 - Gestão do Trabalho na Saúde - enfatiza a importância da articulação das Secretarias no processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Um dado importantíssimo sobre a importância da participação dos Estados é de que, na residência médica das aproximadamente dezessete mil bolsas existentes, cerca de 50% são financiadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, 30% pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde e 20% pelo setor privado, notadamente filantrópico.

A população precisa de médicos em quantidade e qualidade adequadas aos principais problemas que a acometem e não por interesses meramente acadêmicos e/ou aqueles ligados à reserva de mercado.



Jurandi Frutuoso da Silva

SECRETÁRIO EXECUTIVO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, CONASS

A formação médica sempre foi construída numa lógica mais elitizada do aparelho formador. Por isso mesmo, a gestão se depara com mais resistências ao processo de integração das necessidades do serviço, às aspirações da formação no ensino médico.



A formação e desenvolvimento do médico e demais profissionais de saúde: iniciativas do gestor federal

O Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso 11, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (Brasil, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. A partir disso, o movimento que existia tomou corpo e várias ações foram desencadeadas, culminando com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, no Ministério da Saúde. Esta secretaria foi uma proposta ousada, no ensejo de que a educação e a gestão do trabalho fossem tratadas em sintonia. Essa Secretaria representou um passo decisivo para o enfrentamento da fragmentação das ações educativas proveniente dos programas verticais que marcaram, por décadas, o Ministério da Saúde. Tem, entre vários objetivos, o de incentivar/propor/apoiar a mudança na formação técnica, na graduação e na pós-graduação e desenvolver um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde da população e do fortalecimento do SUS. A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. O Código de Ética Médica em vigor corresponde à Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.288/88. Quanto à formação de profissionais para a saúde, há uma clara necessidade de mudar a graduação e a pós-graduação para impactar a saúde das populações, internacionalmente. Mas essa mudança será possível na medida em que as escolas da área de saúde assumirem o seu compromisso e a responsabilidade com a sociedade contemporânea. As mudanças a serem implementadas têm como meta comum preparar os estudantes para o exercício de uma prática profissional competente e responsável, baseados nos princípios éticos, bioéticos e humanísticos. Além disso, prepará-los para aprender a aprender, considerando o crescimento exponencial do conhecimento científico.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde (...)

Pró-Saúde: iniciativa brasileira de integrar Ensino - Serviço de Saúde

A educação na saúde deve decorrer de um movimento intersetorial em que ordenar significa interferir no perfil dos profissionais que serão formados. No que concerne às ações relacionadas à educação superior, buscou-se implementar estratégias que objetivam a melhoria da qualidade dos cursos de graduação da área da saúde, com incentivos e apoio às mudanças nestes cursos, visando a adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e aos princípios e diretrizes do SUS.

Assim nasce o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com o objetivo de apoiar as transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para uma abordagem integral do processo de saúde-doença, compromissada com a atenção básica e com as necessidades biopsicossociais da comunidade e de seus indivíduos. Foram selecionados, por meio de um primeiro edital público de 2005, 90 cursos de medicina, enfermagem e odontologia em todo o Brasil, com impacto inicial sobre aproximadamente 46 mil estudantes de graduação. Um novo edital, lançado em dezembro de 2007, ampliou o Programa para todos os cursos da saúde e permitiu a seleção de mais 265 cursos no ano de 2008. Para esta nova fase do Programa, a SGTES destinará R\$ 40 milhões de reais por ano.

Em articulação com o Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas da Atenção Básica no SUS. Como mais uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento deste nível de atenção, o Programa prevê o pagamento de bolsas para

tutores acadêmicos, preceptores, residentes e estudantes de graduação da área da saúde.

Formação e desenvolvimento de profissionais de saúde

A educação permanente é aprendizagem em trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral em Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde.

Francisco Eduardo Campos

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE



Por que o Direito Sanitário na FCM?

O início do curso de especialização em direito sanitário pela Unicamp em parceria com o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) é uma importante contribuição para a consolidação do estudo do direito sanitário no país e para o seu reconhecimento como um ramo autônomo do Direito. Ainda pouco reconhecido no meio jurídico brasileiro, o direito sanitário tem sido amplamente estudado em países europeus como a França, Espanha e Itália. Hoje não há mais como negar a sua relevância e importância dentro do direito público, em razão do bem protegido que é a saúde humana, coletiva e individual. A Constituição inseriu o direito à saúde nas garantias e direitos fundamentais por ser um corolário do direito à vida. Importante ressaltar que o direito sanitário abrange não apenas o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, mas também as ações e os serviços privados de saúde. A Constituição impôs ao Poder Público o dever de regular, fiscalizar e controlar as ações e os serviços de saúde públicos e privados e os considerou como de relevância pública. Regular, fiscalizar e controlar não é pouca coisa, pois tem amplo significado que é o mesmo do bem que protege: a vida humana. Nesse sentido, o conjunto de normas constitucionais, legais e infralegais que vem disciplinando a saúde nos últimos 20 anos são mais do que suficiente para delimitar um campo próprio, autônomo, do direito público, apartando-o do direito administrativo, onde sempre foi estudado, principal ou tão somente na área do poder de polícia sanitária. O direito sanitário deve ser a disciplina a ser compreendida e estudada por todos aqueles que, no seu dia a dia, estão a lidar com a saúde individual e coletiva, nos mais variados campos. O conjunto de normas que hoje regulam a saúde são as mais diversas. Cabendo falar até mesmo em especialização dentro desse próprio nascente ramo do direito. No que tange à área de vigilância sanitária, o arsenal legislativo ainda mais se se considerar que hoje o ordenamento jurídico prevê agências reguladoras de atividades públicas ou de interesse público, praticadas pelos particulares exige uma especialização para que se compreenda o mundo dos registros de medicamentos, alimentos, produtos, bens e serviços de interesse da saúde em que se incluem ainda a fiscalização de atividades humanas, o meio ambiente do trabalho e a saúde do trabalhador.

No âmbito do setor privado, poderíamos destacar os planos de saúde que são regulados e fiscalizados por uma agência pública, a ANS. Ademais, todas as atividades privadas de interesse da saúde devem ser reguladas, fiscalizadas e controladas pelo Poder Público. A lei orgânica da Saúde, em seu art. 1º, dispõe que aquela lei regula, em todo território nacional, as ações e os serviços de saúde executados pelo setor privado e pelo setor público, por pessoas físicas ou jurídicas.

No campo dos direitos dos pacientes e dos usuários há legislação já dispondo sobre o tema. Não poderíamos esquecer a questão do sangue, da doação de partes do corpo humano para transplantes, atividades fora do comércio e sob controle público. Além do mais, estamos adentrando o campo do biodireito com questões relevantes que necessitam de maior controle e regulamentação, cabendo ao direito traçar os limites e as possibilidades das pesquisas biológicas, de acordo com os valores da sociedade.

O desenvolvimento da sociedade, nessa era de informação e de novas tecnologias, causará impacto imenso nas questões sanitárias, como a eutanásia, clonagem, reprodução assistida, direito à intimidade e confidencialidade, intervenções de risco elevado, esterilização, banco de DNA, terapias genéticas, mudança de sexo, pesquisas com células tronco embrionárias, dentre outras.

O direito e a ética sofreram grandes desafios diante dos avanços tecnológicos e das ciências biológicas; o direito haverá de disciplinar os fenômenos resultantes da biotecnologia e biomedicina.

O mundo sanitário deixou de ser aquele que cuida apenas das questões que causam impacto coletivo na saúde das comunidades ou de intervenções terapêuticas que têm o objetivo de curar ou melhorar a qualidade de vida das pessoas. Hoje, discutem-se e colocam-se em pauta os mais variados e complexos problemas no campo da ética, da moral e do direito.

As questões sanitárias, em toda a sua abrangência, estão longe de ser resolvidas e a cada dia teremos um arsenal de novidades que exigirão novas normatizações, com o fim de

criar um ambiente de segurança jurídica coletiva e individual. Vê-se, pois, que o mundo do direito sanitário está longe de ser um pequeno mundo dada a sua abrangência e a sua penetração nos mais diversos campos. Por isso, o direito sanitário precisa ser valorizado e cada dia mais divulgado e estudado.

Somente no campo da gestão pública que vem sendo consolidada nos 5.562 municípios brasileiros e nos 27 estados, temos vários temas na área do direito para serem estudados e compreendidos da organização do sistema com as suas interdependências, até à questão das responsabilidades sanitárias, da participação da sociedade na gestão do SUS e dos direitos e deveres dos pacientes e demais usuários da saúde. Aqui, o direito é imprescindível para estabelecer limites, operatividade, controles e regulação.

O próprio financiamento da saúde pública, que em nosso país é tripartido, já comporta um arsenal de estudos jurídicos e econômico-financeiros sem tamanho. As conferências de saúde, os conselhos de saúde são outro campo em expansão, assim como os colegiados interfederativos, necessários para uma gestão governamental compartilhada na saúde.

Enfim, muito haveria para dizer sobre a importância do direito sanitário na nossa sociedade. E, hoje, poderíamos dizer, na comemoração de 20 anos da Constituição Federal e do SUS, que esse curso de especialização em direito sanitário oferecido pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, em parceria com o Idisa, é um grande presente para o sistema de saúde brasileiro e para a consolidação do estudo do direito sanitário e seu fortalecimento como ramo autônomo, uma vez que permite aos operadores do direito seu estudo de maneira pormenorizada.

Lenir Santos

FUNDADORA DO INSTITUTO DE
DIREITO SANITÁRIO APLICADO (IDISA) E
COORDENADORA DO I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
DIREITO SANITÁRIO



O direito sanitário deve ser a disciplina a ser compreendida e estudada por todos aqueles que, no seu dia a dia, estão a lidar com a saúde individual e coletiva, nos mais variados campos.

O atual modelo de organização das práticas é inadequado. Corruptela latinizada do modo norte-americano de atenção: especialização crescente, resolutividade cada vez menor de cada serviço ou de cada agente, desvalorização da clínica e da saúde pública (...)

20 anos do SUS: considerações avaliativas

Para analisar os modos como o SUS tem se transformado em realidade haveria que se considerar duas dimensões. Uma de ordem macro, onde condicionantes econômicos, políticos e sociais demarcariam espaços potenciais que poderiam ou não ser ocupados por atores concretos. A segunda dimensão, embora envolta por estes determinantes gerais, seria também um espaço de embate político e ideológico que influenciaria as práticas sanitárias concretamente implementadas. A maioria dos estudos tem dado mais ênfase à primeira destas dimensões.

Não que a dimensão socioeconômica seja menos importante. Ao contrário. Há todo um contexto de enfrentamento obrigatório para qualquer ator interessado em implantar o SUS. A hegemonia neoliberal é um obstáculo pesado a todo projeto redistributivo. Do valor atribuído à vida humana pela sociedade, até a quantidade de dinheiro investida na saúde, tudo está em reviravolta e em disputa.

O tema do financiamento: sem dúvida há falta de recursos. Entretanto, se enganaria quem imaginasse que maior aporte resolveria, automaticamente, o acesso ou a qualidade dos serviços do SUS. Não. O atual modelo de organização das práticas é inadequado. Corruptela latinizada do modo norte-americano de atenção: especialização crescente, resolutividade cada vez menor de cada serviço ou de cada agente, desvalorização da clínica e da saúde pública e hipervalorização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem consideração por todo o processo de cuidados, centralidade do hospital que funciona tanto como porta de entrada quanto como linha de saída. Ou seja, sem modificação do modelo de atenção seria realmente utópico pensar-se na universalização.

A prevalecer a lógica médica tradicional a atenção à saúde seria, realmente, um saco sem fundo. Não haveria dinheiro que cobrisse o número crescente de intervenções, de atendimentos especializados, etc. A universalização pressupõe alteração do modelo, portanto. Não privatização, a mercantilização da saúde recria o modelo norte-americano, sempre, automaticamente. Ou seja, a receita dos neoliberais, se implementada, agravaria o problema que queriam resolver.

No Brasil, com a municipalização surgiram inúmeras experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma destas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das

práticas tradicionais. Estes projetos de mudança se enfrentaram com a prática médica tradicional; com escolas de medicina, enfermagem, odontologia, que tardaram em realizar reformas curriculares; mas também com aspectos da regulamentação corporativa; com a lógica de mercado tão presente no exercício profissional; isto sem mencionar a maneira clientelista e autoritária de gerir serviços públicos e, portanto, também de administrar o SUS.

Estes inovadores, para opor-se a todas estas dificuldades, apoiaram-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva (medicina social, epidemiologia, ciências sociais, planejamento e administração do público, etc.); no corpo programático de entidades como Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de Saúde; e mesmo em linhas reformistas do pensamento clínico, que vieram divulgando programas com visão holística dos determinantes do processo saúde-doença e com propostas amplas de intervenção.

Sem dúvida, a atuação de partidos políticos, movimentos sociais e de agrupamentos específicos (saúde da família, o da reforma psiquiátrica, ou o mais amplo ainda da reformas sanitária, articulado ao redor do CEBES) também contribuiu para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção.

Por último, valeria considerar que inúmeros governos bancaram estas iniciativas reformistas. Se houve centenas de municípios em que os governantes não ousaram “fazer cumprir a lei”, descuidando-se do SUS; não há como desconsiderar o papel de algumas dezenas de governos municipais que funcionaram como testemunhos, provando, com sua ação, que serviços públicos de saúde podem funcionar muito bem e dar conta da tarefa social que lhes caberia pela Constituição.

Neste sentido, as diretrizes ético-políticas do SUS, transcritas no texto constitucional, tomaram distintas feições ao se transformarem em projetos operativos de sistemas locais específicos. É possível identificar-se certo padrão dominante (mais freqüente) de modelo técnico-assistencial implantado na maioria dos municípios. Contudo, mesmo sendo hegemônico, este padrão não é único. Há importante heterogeneidade nos modos como estas diretrizes do SUS vieram passando à prática. Alguns municípios avançaram mais e promoveram mais mudanças do que outros. E mesmo nestes avanços houve desigualdades.

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

A formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados¹

Qual será a formação ético-humanista desejável dos médicos, se não a solidariedade como valor universal? A insistência na oportunidade da intervenção médica destaca a faceta ético-humanista de, solidariamente com os indivíduos e grupos de risco, evitar a intervenção curativa tardia, por desnecessária, ao intervir precocemente, e tornar esta também desnecessária, se podemos participar e estimular de intervenções protetoras dos grupos e indivíduos expostos a riscos, impedindo a doença. O sucesso das intervenções oportunas não será um dos, ou o grande eixo da realização profissional, da gratificação do trabalho realizado ao final de cada dia, do merecido orgulho da vocação abraçada? Da inigualável sensação de assegurar a saúde do semelhante, antes sob ameaça ou já em sofrimento? Da solidariedade realizada, do elevado reconhecimento pela comunidade?

Em que contexto, este grande eixo da realização profissional pode ir saindo do sonho ou da desesperança e tornando-se real, senão o da organização da oferta de todas as ações de saúde sob uma lógica, um ordenamento, que é aquele através do qual, os grupos humanos vão tendo vida menos saudável, vão se expondo cada vez mais a riscos específicos (por idade, gênero, classe social, condições de trabalho, meio ambiente e outros), vão adoecendo sem acesso ao diagnóstico precoce, e tantas vezes, nem também ao tardio? A oferta das ações de saúde baseada não só nos médicos, mas em todos os profissionais de saúde, deveria incidir com toda a prioridade e precedência nas ações promotoras e protetoras da saúde e no diagnóstico e tratamento precoces; o seu limite de capacidade de intervenção deveria depender somente do limite dos conhecimentos e tecnologias disponíveis. Afora este limite, todo o ordenamento das ações deveria seguir os pressupostos acima: o adequado financiamento dos serviços, a sua distribuição territorial, garantindo o acesso a toda a população, incluindo a distribuição dos profissionais de saúde.

Como os profissionais são sujeitos e não objeto, a sua participação nesta distribuição e no perfil da oferta dos serviços (que é o perfil do trabalho em saúde), não se dará sem participação na discussão do novo sistema, do que significa a realização profissional, de quais serão as condições de trabalho e qual o processo de trabalho, assim como a remuneração digna, inclusive quanto a uma forma remuneratória que incentive a prática profissional sob os novos moldes.

Os novos moldes implicam em vários mecanismos decorrentes da oferta de serviços por complexidades crescentes, com acesso aos serviços mais complexos, somente após o esgotamento das possibilidades de solução pelos menos complexos que, por sua vez, devem ser organizados para obter a máxima resolutividade. Nos bons sistemas de saúde, a Atenção Básica (promoção, proteção e diagnóstico precoce), resolvem por volta de 85% da demanda. Exemplos de mecanismos:

1- Atividades de atualização técnica e científica permanentes; Elaboração e aplicação de Protocolos de Condutas (Clínicas e de Proteção e Promoção da Saúde); Elaboração e

aplicação de procedimentos de Referência e Contra-Referência; Organização e Funcionamento de Centrais Locorregionais de Agendamentos, Vagas e Regulação do Sistema; Realização da adscrição da clientela, isto é, vinculação entre uma equipe de saúde (pelo menos 1 médico, 1 enfermeira e 2 auxiliares), apoiados por uma unidade básica de saúde e um número de famílias residentes na área de abrangência de uma unidade básica de saúde (por volta de 1.000 famílias). Esta vinculação deve ser responsável: a equipe assumindo a Atenção Básica dessas famílias e as famílias demandando essa equipe; Fixação de médicos e outros profissionais em regiões menos desenvolvidas, não somente através de remuneração atrativa, mas da sua forma de incentivo ao novo modelo, da pontuação significativa na carreira, da garantia de atualização profissional contínua, de condições favoráveis ao desenvolvimento dos familiares, etc.

Neste novo modelo, há lugar obrigatório e inabdicável para todas as especialidades médicas, evidentemente, sob a lógica da sua necessidade nos serviços mais complexos, e inseridas no sistema regional de referência e contra-referência, assim como nas atividades de atualização contínua dos profissionais dos serviços básicos, no que diz respeito ao que há de básico em todas as especialidades. Nesta lógica, o bom generalista, o especialista e o super-especialista, são igualmente imprescindíveis, desde que adequadamente distribuídos e articulados no processo de trabalho e de oferta das ações de saúde à população de cada região.

É neste modelo que os horizontes e espaços são efetivamente preenchidos por profissionais construtores de relação humana solidária, efetiva e afetiva deles com a população, com os clientes, e deles entre si. A formação ético-humanista do profissional encontra-se indissolúvelmente vinculada ao modelo assistencial acima delineado, e cujo ponto de partida é o respeito às necessidades e direitos de todos à saúde, sem nenhuma distinção.

Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

A oferta das ações de saúde baseada não só nos médicos, mas em todos os profissionais de saúde, deveria incidir com toda a prioridade e precedência nas ações promotoras e protetoras da saúde e no diagnóstico e tratamento precoces.

1. Extraído de artigo publicado em 2001



NOTAS

*Os médicos Nelson Rodrigues dos Santos, Carmen Cecília de Campos Lavras e Gastão Wagner de Sousa Campos, que construíram suas trajetórias na Unicamp, receberam a medalha de honra e mérito de gestão pública em saúde “Walter Leser”. A entrega foi feita pelo governador José Serra durante a abertura do Seminário Internacional 20 Anos do SUS, ocorrido em novembro. A Unicamp recebeu mais dois prêmios também, por meio do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp) e Faculdade de Ciências Médicas (FCM), escolhidos entre as 20 Entidades Parceiras do SUS-SP. O seminário internacional, que ocorreu no Instituto de Ensino e Pesquisa (IPE) do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, contou na abertura com palestra de José Serra sobre “20 Anos do SUS: Avanços e Desafios”. Durante todo o dia, especialistas brasileiros e estrangeiros trouxeram para o debate os princípios do Sistema Único de Saúde referentes à universalidade, integralidade e descentralização, além do arcabouço jurídico do SUS. O professor Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva, pró-reitor de Desenvolvimento Universitário, afirmou que os médicos da Unicamp homenageados no evento apresentavam trajetórias profissionais estreitamente ligadas à história do SUS. “Eles

já tinham participação importante na saúde pública mesmo antes do reconhecimento do SUS, ocupando vários cargos executivos em diferentes esferas de governo”. O professor Nelson Rodrigues dos Santos, aposentado compulsoriamente recentemente, atuou por quase 50 anos na área da saúde, tendo sido secretário municipal em Campinas e no governo estadual, e também secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde. Gastão Wagner de Sousa Campos, docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM, é uma liderança reconhecida no país e ocupou os cargos de secretário municipal e secretário-executivo do Ministério da Saúde no primeiro governo Lula.

A sanitarista Carmen Lavras, desde quando era estudante na Unicamp, esteve envolvida na implantação do SUS, em programas precursores do sistema de atenção básica em Campinas e com a estruturação da secretaria municipal, pasta da qual também foi titular. Há anos, ela presta consultorias para gestão da saúde em todos os níveis governamentais. Atualmente, atua na PRDU e no Nepp. O pró-reitor Paulo Eduardo Rodrigues da Silva recebeu o prêmio pelo Nepp, onde coordena há dois anos o Programa de Estudos em Sistemas Regionais de Saúde (Pess). “Neste período, elaboramos, em conjunto com a

Até o fechamento desse *Boletim*, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer. Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br

Câmara Temática da Agência para o Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas, o diagnóstico do setor de saúde nesta área, compreendida por dezenove municípios”.

Este diagnóstico, segundo o pró-reitor, subsidiou o desenvolvimento do Plano Metropolitano de Saúde na RMC e, mais recente, por meio da Secretaria do Estado da Saúde, está em 11 regiões de saúde no entorno de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista.

Luiz Sugimoto, *Ascom, Unicamp*

EVENTOS DE DEZEMBRO**De 5 a 6**

* *Exame de Residência Médica*

Local: Auditório da FCM

Horário: dia 5, das 13 às 18 horas e dia 6, das 7 às 15 horas

Org.: Comissão de Residência Médica da FCM

Dia 17

* *Culto Ecumênico*

Local: Salão Nobre

Horário: 10 horas

Org.: Assessoria de Relações Públicas da FCM

Dia 18

* *Confraternização dos funcionários da FCM*

Horário: das 11 às 18 horas

Local: Chácara Recanto Vista Alegre

Org.: Assessoria de Relações Públicas da FCM

Informações e convites: (19) 3521-8049

EXPEDIENTE**Reitor**

Prof. Dr. José Tadeu Jorge

Vice Reitor

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Departamentos FCM**Diretor**

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

Diretor-associado

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

Anatomia Patológica

Prof. Dra. Maria Leticia Cintra

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

Clínica Médica

Prof. Dra. Sandra C. B. Costa

Enfermagem

Prof. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Medicina Prev. Social

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

Neurologia

Prof. Dr. Benito P. Damasceno

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dra. Keila Monteiro de Carvalho

Ortopedia

Prof. Dr. João Batista de Miranda

Patologia Clínica

Prof. Dr. Roger Frigério Castilho

Pediatria

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela

Radiologia

Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

Tocoginecologia

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

Coord. Comissão de Pós-Graduação

Prof. Dra. Iscia Terezinha Lopes Cendes

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários

Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes

Coord. Comissão Ens. Residência Médica

Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina

Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Prof. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Coord. Comissão de Aprimoramento

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Coord. Câmara de Pesquisa

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Coord. do Centro de Investigação em

Pediatria (CIPEP)

Prof. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia

Experimental

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Presidente da Comissão do Corpo Docente

Prof. Dra. Andrea Trevas Maciel Guerra

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em

Reabilitação (CEPRE)

Prof. Dra. Zilda Maria G. O. da Paz

Coord. do Centro de Controle de Intoxicação (CCI)

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Carmen Silvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

História e Saúde

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Tema do mês

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Prof. Dra. Iscia T. Lopes Cendes

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Bioética e Legislação

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Prof. Dra. Laura Sterian Ward

Ensino e Saúde

Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável Sílvia Motta CONRRP 237

Equipe Claudia Ap. Reis da Silva, Edmilson Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantim, Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza Coelho Borges

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/ Ilustração Emilton B. Oliveira

Revisão Maria Rita B. Frezzarin e Elaine de Fátima A. Corradello

1.500 exemplares - distribuição gratuita

Sugestões jornalrp@fcm.unicamp.br

Telefone (19) 3521-8049

O *Boletim da FCM* é uma publicação mensal da Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)