GESTORES – PERÍODO PRE-ESTUDADO

José Carlos Seixas, José da Silva Guedes, Nelson Rodrigues dos Santos, Carmino Antonio de Souza, José da Rocha Carvalheiro, Otávio Mercadante e Adib Jatene

Apresentação

A análise das contribuições e das dificuldades enfrentadas pelos gestores que atuaram no período anterior a 1984 é crucial para entender a base institucional e ideológica sobre a qual o Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído.

Os sete entrevistados (José Carlos Seixas, José da Silva Guedes, Nelson Rodrigues dos Santos, Carmino Antonio de Souza, José da Rocha Carvalheiro, Otávio Mercadante e Adib Jatene) foram protagonistas desse período de transição, marcado pela ditadura militar e pela lenta abertura democrática.

Descrevem suas trajetórias e a importância da **carreira sanitarista**, do **planejamento regionalizado** e da **participação popular** na estruturação do sistema de saúde. A discussão recorrente sobre as **gestões de Walter Leser** e **Adib Jatene** destaca a **transição de modelos fragmentados** para um **sistema mais integrado e preventivo**, culminando nas bases do **Sistema Único de Saúde (SUS)** e em iniciativas como a criação de fundos de pesquisa e a implementação do Programa Saúde da Família (PSF).

RELATÓRIO ANALÍTICO: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA ANÁLISE HISTÓRICA A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DE SEUS PIONEIROS

Introdução: A Jornada de Uma Utopia Sanitária

Compreender a gênese do Sistema Único de Saúde (SUS) é um exercício estratégico fundamental, não para revisitar um evento singular, mas para desvendar o culminar de décadas de lutas sociais, experimentos de gestão e profundas transformações intelectuais. A criação do SUS não foi um ato isolado, mas sim o resultado de um longo e complexo processo histórico, moldado por figuras visionárias cuja determinação e perspicácia foram cruciais para transformar uma utopia em política de Estado. Este relatório analítico se debruça sobre as narrativas de alguns desses protagonistas — **Nelson Rodrigues dos Santos**, **José da Rocha Carvalheiro**, **Otavio Azevedo Mercadante**, **José Carlos Seixas**, **José da Silva Guedes** e **Adib Jatene** — cujas trajetórias se entrelaçam para contar a história da transição de um sistema de saúde fragmentado, excludente e focado em doenças específicas para uma política universal, integral e descentralizada, um pilar da cidadania brasileira.

1. As Sementes da Mudança: As Origens Intelectuais e Práticas do Sanitarismo Brasileiro

Em meados do século XX, o cenário da saúde pública no Brasil era marcado pela fragmentação e por um modelo de intervenção vertical, focado no combate a grandes endemias, mas desarticulado das necessidades de saúde integrais da população. Nesse contexto, analisar as influências formativas e as experiências de campo que desafiaram o modelo predominante torna-se um ponto de partida essencial. Foi no contato direto com a realidade social do país que uma nova geração de sanitaristas começou a questionar os paradigmas vigentes e a semear as ideias que floresceriam, décadas mais tarde, na criação do SUS.

1.1. A Influência de Samuel Pessoa e a Centralidade da Comunidade

Um dos principais catalisadores dessa nova mentalidade foi o professor **Samuel Pessoa**, cuja influência é destacada nos depoimentos de **Nelson Rodrigues dos Santos** e **José da Rocha Carvalheiro**. Pessoa instilou em seus alunos um ethos profissional pautado por dois pilares: o compromisso com as populações socialmente vulneráveis e a busca por uma ciência aplicada, simples e humilde. Seu trabalho sobre a esquistossomose no Vale do Paraíba é exemplar. Ao invés de se limitar ao laboratório, sua abordagem integrava o estudo do território e de suas dinâmicas sociais, um conceito que ele denominava "Geografia Médica". Conforme relata **Nelson Rodrigues dos Santos**, o estágio em Geografia Humana sob sua orientação abarcava desde climatologia e hidrografia até o impacto do desmatamento na saúde pública. Para **Carvalheiro**, essa mentoria foi decisiva, levando à sua colocação, em 1963, no inovador ambiente acadêmico de Ribeirão Preto, que se tornaria um verdadeiro crisol para o movimento reformista. Essa

visão holística ensinou que a ciência deveria estar em contato estreito com as comunidades, buscando soluções efetivas para a vida real das pessoas.

1.2. Da Prevenção à Integralidade: A Descoberta no Campo

As primeiras experiências de campo foram cruciais para forjar uma mudança de paradigma na prática sanitária. O trabalho de **Nelson Rodrigues dos Santos** em Roseira (SP) ilustra essa transição de forma emblemática. Inicialmente focado em ações preventivas clássicas — como saneamento, higiene domiciliar e educação sanitária para cortar o ciclo da esquistossomose —, o projeto rapidamente revelou suas limitações. Essa experiência, que Santos define como uma "aprendizagem valiosa", foi uma revelação. Ele percebeu que, enquanto sua equipe focava na prevenção, a comunidade estava imersa em um sofrimento cotidiano, com familiares doentes e dificuldades de acesso a consultas médicas e tratamento. Essa constatação demonstrou que a prevenção não poderia ser dissociada da assistência. A necessidade de responder às demandas imediatas da população levou à conclusão de que um sistema de saúde eficaz deveria ser **integral**, unindo a prevenção ao cuidado. Essa lição se tornaria um dos pilares conceituais para as futuras políticas de saúde.

1.3. A Crise do Modelo Vertical e a Necessidade de Inovação

A ineficiência do modelo de saúde vigente era uma realidade confirmada por pioneiros em diferentes papéis. Do ponto de vista da gestão, **Otavio Azevedo Mercadante** diagnosticou a profunda fragmentação institucional, na qual a Secretaria da Saúde era organizada em departamentos especializados em doenças específicas, como tuberculose e hanseníase, que atuavam de forma isolada e sem coordenação. Essa análise foi ecoada na frente clínica por **Adib Jatene**, que relatou sua frustração ao tentar, como médico do Instituto Dante Pazzanese, encaminhar pacientes para a rede básica e descobrir que, na prática, "não tinha" uma rede articulada para recebê-los. Essa estrutura verticalizada e monotemática era incapaz de oferecer uma resposta coerente e eficiente às múltiplas necessidades da população. A constatação dessa falha estrutural gerou um impulso irresistível para uma reforma administrativa profunda, apontando para a necessidade de um projeto piloto que pudesse testar e validar uma nova forma de organizar a saúde pública, criando o cenário para a transformadora reforma em São Paulo.

2. A Reforma de São Paulo: O Laboratório do SUS

A reforma administrativa da Secretaria da Saúde de São Paulo, liderada por Walter Leser a partir de 1967 e com continuidade em gestões posteriores, representou um momento decisivo na história da saúde pública brasileira. Mais do que uma simples reestruturação burocrática, a reforma funcionou como um verdadeiro laboratório, onde foram testados e aprimorados os princípios de organização que, mais tarde, definiriam a arquitetura do SUS. Analisar seus pilares é, portanto, estratégico para compreender a gênese do sistema nacional que se seguiria.

2.1. Os Pilares da Transformação: Centralização Normativa e Descentralização Executiva

Conforme detalhado por **Otavio Azevedo Mercadante**, a reforma paulista foi alicerçada em um redesenho conceitual da administração pública em saúde. Seus princípios fundamentais podem ser sintetizados nos seguintes pontos:

- **Centralização Técnico-Normativa:** Foi criado o Departamento Técnico-Normativo (DTN), um órgão central com a responsabilidade de unificar protocolos, diretrizes e políticas para toda a rede. O objetivo era superar a fragmentação anterior, onde cada programa vertical definia suas próprias regras, e garantir uma abordagem coesa e padronizada para a saúde pública no estado.
- **Regionalização:** O território estadual foi dividido em regiões e distritos sanitários. Essa estrutura visava à descentralização da execução dos serviços, permitindo que a gestão fosse adaptada às realidades e necessidades epidemiológicas de cada localidade, sob a supervisão de um corpo técnico regional.
- **Integração de Serviços:** O modelo de dispensários monotemáticos (focados em uma única doença) foi superado pela criação da **Unidade Básica de Saúde (UBS)**. A UBS foi concebida como uma unidade polivalente, capaz de integrar ações de prevenção, controle de doenças e assistência básica, tornando-se a porta de entrada e o centro ordenador do cuidado em nível local.

2.2. A Criação da Carreira de Sanitarista: A Formação de um Novo Quadro Profissional

Um dos maiores legados da reforma foi a criação da carreira de médico sanitarista, uma iniciativa estratégica para dotar o sistema dos quadros técnicos necessários para sua operacionalização. **José da Silva Guedes** e **José Carlos Seixas** ressaltam a importância dessa medida. A carreira oferecia dedicação em tempo integral e remuneração atrativa, o que, segundo Seixas, "desmentiu todas aquelas teorias de que 'a juventude de hoje não quer servir ao país'". Essa política não apenas supriu uma carência de pessoal qualificado, mas também atraiu uma nova geração de profissionais com vocação para a saúde coletiva, muitos dos quais formados pelos recém-criados programas de residência em medicina preventiva. Esses jovens sanitaristas, imbuídos de um novo ideal, tornaram-se a massa crítica que impulsionaria o movimento pela reforma sanitária em nível nacional.

2.3. Primeiros Impactos e Desafios de Implementação

A implementação da reforma não ocorreu sem percalços. **Otavio Mercadante** e **José da Silva Guedes** relatam a resistência dos quadros antigos, acostumados ao modelo vertical, e a complexidade de integrar especialistas de diferentes áreas sob uma estrutura unificada e sob a liderança de um sanitarista. O desafio era mudar uma cultura organizacional profundamente arraigada. A gestão de **Adib Jatene** como secretário, a partir de 1979, deu continuidade e expandiu o projeto. Engajando-se diretamente com os crescentes movimentos populares da periferia de São Paulo, Jatene lançou o **"Plano Metropolitano de Saúde"**, um ambicioso projeto de expansão da rede básica para áreas urbanas desassistidas. Essa experiência consolidou a aliança entre o conhecimento

técnico dos sanitaristas e a mobilização da sociedade civil. O sucesso e as lições aprendidas em São Paulo, somados ao crescente movimento pela redemocratização do país, criaram o cenário ideal para a nacionalização dessas ideias inovadoras.

3. A Confluência da Redemocratização e da Saúde

O final dos anos 1970 e a década de 1980 marcaram uma intersecção crucial na história brasileira: a luta pela redemocratização do país e o amadurecimento do movimento pela reforma sanitária. Com o enfraquecimento progressivo do regime militar, abriu-se um espaço político fértil para que a saúde emergisse não apenas como uma questão técnica, mas como uma bandeira central da cidadania e um direito a ser conquistado. A energia social que impulsionava a busca por liberdades democráticas encontrou no movimento sanitário um de seus canais mais potentes de expressão e organização.

3.1. O Protagonismo dos Movimentos Populares e da Sociedade Civil

O movimento pela reforma sanitária não foi um projeto exclusivo de intelectuais e técnicos. Sua força motriz veio, em grande medida, da base da sociedade. **Adib Jatene** recorda a efervescência das **Comunidades Eclesiais de Base (CEBs)** e dos movimentos de saúde da Zona Leste e da Zona Sul de São Paulo, que organizavam assembleias populares para reivindicar melhores condições de saúde. Foi a pressão desses grupos que o levou a romper com o protocolo do governo e dialogar diretamente com a população, resultando em projetos como o Plano Metropolitano de Saúde. Paralelamente, entidades como o **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)**, fundado em 1976, e a **Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)**, criada em 1979, tornaram-se espaços fundamentais para a formulação teórica e a articulação política de uma nova agenda para a saúde, unindo acadêmicos, gestores e militantes em torno de um projeto comum.

3.2. As Conferências Nacionais de Saúde: O Palco do Debate Nacional

As Conferências Nacionais de Saúde, especialmente a partir da 6ª edição (1977), transformaram-se em arenas cruciais para o debate e a consolidação das propostas da reforma. Conforme relatam **José da Silva Guedes** e **Nelson Rodrigues dos Santos**, esses eventos deixaram de ser meramente burocráticos para se tornarem espaços de intensa articulação política e técnica. A 6ª Conferência já apontava para a necessidade de uma rede única de atenção integral. A 7ª aprofundou o debate, e a histórica **8ª Conferência Nacional de Saúde**, em 1986, já em um ambiente de plena redemocratização, foi o momento culminante onde a proposta de um sistema de saúde único, universal, descentralizado e com controle social foi definitivamente consolidada, com ampla participação da sociedade civil. Foi ali que o lema "Saúde como direito de todos e dever do Estado" ganhou a força que o levaria à Constituição.

3.3. Os Passos Intermediários: Das AIS ao SUDS

Enquanto o debate político e conceitual avançava, foram implementadas políticas de transição que serviram como passos pragmáticos em direção à unificação do sistema. As **Ações Integradas de Saúde (AIS)**, como explica **José da Silva Guedes**, representaram os primeiros convênios formais entre o INAMPS (o braço assistencial da Previdência Social) e as secretarias estaduais e municipais. Embora frágeis e baseados em acordos, as AIS iniciaram o processo de integração de serviços e de financiamento compartilhado. Posteriormente, o **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)**, criado já no final do governo Sarney, aprofundou essa integração, transferindo a gestão de unidades do INAMPS para os estados. **Otavio Mercadante** avalia essas políticas como etapas fundamentais, que, apesar de suas limitações, prepararam o terreno administrativo e gerencial para a implantação de um sistema verdadeiramente único. Essa confluência de forças — a mobilização popular, a articulação técnica e as experiências práticas de gestão — culminou na inscrição do direito universal à saúde como cláusula pétrea na Constituição Federal de 1988.

4. A Institucionalização do SUS: Da Constituição à Realidade

A inscrição do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 representou um marco civilizatório para o Brasil, elevando a saúde à condição de direito fundamental. Contudo, o princípio constitucional era apenas o ponto de partida. O desafio estratégico subsequente, que se estendeu por toda a década de 1990, foi traduzir essa diretriz em uma estrutura operacional funcional, capaz de organizar e prestar serviços de saúde em um país de dimensões continentais e profundas desigualdades.

4.1. A Municipalização como Pedra Angular

A **municipalização** foi definida como a pedra angular da arquitetura do SUS. A ideia era transferir poder, responsabilidades e recursos para o nível de governo mais próximo da população, garantindo maior capacidade de resposta às necessidades locais. A experiência de **Nelson Rodrigues dos Santos** na organização dos municípios foi emblemática desse processo. Ele descreve a criação dos **Colegiados de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)** em nível estadual, e posteriormente do **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)**, como um movimento de organização "de baixo para cima". Essas instâncias não apenas deram voz política aos municípios nas negociações com estados e a União, mas também se tornaram espaços vitais para o intercâmbio de experiências e a capacitação gerencial. Foi essa organização capilar que deu legitimidade e viabilidade ao processo de descentralização.

4.2. A Governança do Sistema: As Comissões Intergestores e o Controle Social

Para regular a relação entre os entes federativos em um sistema descentralizado, foram criadas novas instâncias de governança. Conforme explicado por **Carmino de Souza** e **Otavio Mercadante**, as **Comissões Intergestores Bipartite (CIB)**, no âmbito estadual, e **Tripartite (CIT)**, no âmbito nacional, tornaram-se os fóruns de pactuação e negociação

de políticas, onde representantes dos gestores municipais, estaduais e federal decidem conjuntamente as regras do sistema. Ao mesmo tempo, para garantir a participação da sociedade, foram fortalecidos os **Conselhos de Saúde** em todos os níveis (municipal, estadual e nacional). Com composição paritária entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários, os conselhos se tornaram o principal instrumento de controle social, com a função de fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde.

4.3. As Normas Operacionais: Regulando a Descentralização com as NOBs e NOAS

A operacionalização da descentralização exigiu um arcabouço normativo para orientar o processo. **Otavio Mercadante** explica que as **Normas Operacionais Básicas (NOB)**, editadas como portarias ministeriais ao longo da década de 1990, foram os instrumentos que regularam a transferência de recursos fundo a fundo (da União para os municípios) e definiram as responsabilidades e pré-requisitos para que os municípios assumissem a gestão da saúde em seu território. Enquanto as NOBs focaram primordialmente em empoderar os municípios, definindo as "regras do jogo" para a descentralização e o financiamento, a subsequente **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)**, já no início dos anos 2000, deslocou o foco estratégico para o fortalecimento da arquitetura regional do sistema, promovendo a cooperação intermunicipal para cuidados de maior complexidade. Juntas, essas normas foram cruciais para dar forma e ritmo ao processo de implantação do SUS, apesar dos desafios crônicos e das inovações programáticas que surgiriam a seguir.

5. Desafios Estruturais e Inovações Pós-Implantação

Uma vez estabelecida a estrutura jurídico-administrativa do SUS, a luta por sua viabilidade e aprimoramento entrou em uma nova fase. A consolidação do sistema expôs desafios crônicos, ao mesmo tempo em que estimulou inovações programáticas para qualificar a atenção à saúde. Esta seção analisa os obstáculos persistentes, com destaque para o financiamento, e as principais respostas estratégicas que buscaram superar as limitações do modelo.

5.1. O Financiamento: A Batalha Contínua por Recursos

O subfinanciamento se consolidou como o principal e mais persistente obstáculo para a plena efetivação do SUS. Os depoimentos dos pioneiros reconstroem uma história de batalhas contínuas por recursos. **Adib Jatene** aponta que a fusão dos beneficiários da Previdência com a população não contribuinte, sem a correspondente transferência de recursos, criou um déficit estrutural desde o início. **Carmino de Souza** relata que, na virada para o Plano Real, a saúde sofreu uma "tungada feia", uma perda significativa de recursos em moeda forte que iniciou um ciclo de dificuldades econômicas. A batalha mais emblemática por recursos, contudo, foi a luta pela Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), uma iniciativa politicamente liderada por **Adib Jatene** para criar uma fonte de financiamento exclusiva para a saúde. Os meandros dessa disputa são vividamente narrados no depoimento de **José Carlos Seixas**, que detalha a enorme resistência política e as manobras enfrentadas no Congresso. Essa

confluência de fatores consolidou um cenário de subfinanciamento crônico, que limita até hoje a capacidade de expansão e qualificação dos serviços.

5.2. Novos Modelos de Gestão: O Surgimento das Organizações Sociais (OSS)

Diante da rigidez da administração pública e das limitações legais para contratação de pessoal, surgiram novos modelos de gestão para dar agilidade ao sistema. **José da Silva Guedes** descreve o contexto que levou à criação das **Organizações Sociais de Saúde (OSS)** em São Paulo. Com 18 hospitais recém-construídos e a impossibilidade de contratar servidores sem ferir a lei de responsabilidade fiscal, o modelo de parceria com entidades privadas sem fins lucrativos (as OSS) surgiu como uma resposta pragmática. Embora controversa, essa inovação permitiu a rápida operacionalização de novas unidades de saúde, demonstrando uma busca por flexibilidade gerencial dentro do SUS.

5.3. A Revolução na Atenção Básica: O Programa Saúde da Família (PSF)

Talvez a inovação programática de maior impacto no SUS tenha sido a criação do **Programa Saúde da Família (PSF)**. **Otavio Mercadante** e **Adib Jatene** traçam sua origem a partir do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, uma iniciativa que já buscava criar um elo entre o serviço de saúde e a comunidade. O PSF expandiu essa ideia, propondo uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários) responsável por um território e uma população definidos. O PSF representou uma mudança paradigmática, buscando reorientar o modelo assistencial brasileiro, historicamente curativo e hospitalocêntrico, para um modelo focado na **prevenção, na promoção da saúde e no cuidado contínuo e comunitário, centrado na família**. Ao fortalecer a atenção básica, o programa se tornou a principal estratégia para concretizar os princípios de integralidade e universalidade do SUS em todo o país.

Conclusão: O Legado de uma Construção Coletiva e os Horizontes do Futuro

As narrativas dos pioneiros da saúde pública brasileira convergem para uma tese central: o Sistema Único de Saúde não é uma concessão estatal, mas o fruto de um longo, complexo e árduo processo histórico. Foi uma construção coletiva, moldada por intelectuais visionários que ousaram desafiar o status quo, por uma geração de sanitaristas que aprenderam na prática a importância da integralidade, pela pressão incansável de movimentos sociais em um ambiente de redemocratização e por gestores públicos que, com pragmatismo e coragem, transformaram ideias em estruturas operacionais.

O legado dessa construção é um sistema que, apesar de seus desafios crônicos, como o subfinanciamento e as contínuas disputas ideológicas e de poder, alterou fundamentalmente a paisagem social do Brasil, afirmando a saúde como um direito inalienável de cidadania. Adotando a visão "realista e otimista" de **Nelson Rodrigues dos Santos**, é possível reconhecer a dureza da realidade atual sem perder de vista o avanço civilizatório que o SUS representa. A defesa e o aprimoramento deste sistema, portanto, permanecem como uma tarefa essencial, não apenas para profissionais da saúde, mas

para todos que almejam uma sociedade mais justa e equitativa. A história de sua criação é um poderoso lembrete de que, mesmo nas circunstâncias mais adversas, a confluência de conhecimento técnico, vontade política e mobilização social pode, de fato, tornar o necessário possível.

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA LINHA DO TEMPO COMENTADA

A construção do sistema de saúde pública brasileiro é uma história de debates, experimentos e conquistas políticas que se estende por décadas. Este documento traça a evolução dessa jornada, desde as primeiras reformas administrativas que buscaram modernizar um sistema fragmentado até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição. Utilizando como base as memórias e experiências de figuras centrais que protagonizaram essa história, acompanharemos os marcos que definiram a saúde como um direito fundamental para todos os cidadãos.

1. As Sementes da Mudança (Anos 1960-1974)

Os primeiros movimentos de modernização e as respostas a crises de saúde plantaram as bases para futuras transformações sistêmicas. Nesse período, a reorganização administrativa em São Paulo e a resposta a uma grave epidemia revelaram a necessidade e a eficácia de um sistema de saúde integrado e focado no coletivo.

1.1. Ano: 1967: A Pioneira Reforma Administrativa de Walter Leser em São Paulo

A reforma administrativa conduzida por Walter Leser na Secretaria de Saúde de São Paulo em 1967 é considerada um marco fundamental na história da saúde pública brasileira. Antes de sua gestão, a estrutura da secretaria era, nas palavras de Otavio Mercadante, profundamente "fragmentada, com departamentos especializados em doenças específicas", como tuberculose ou hanseníase, o que impedia uma ação coordenada. Baseada em um profundo diagnóstico e com forte embasamento acadêmico, a reforma de Leser se sustentou em três pilares essenciais:

1. **Integração:** A reforma dissolveu a estrutura departamental por doenças, unificando os serviços em Unidades Básicas de Saúde (UBS) capazes de oferecer um cuidado mais completo e coordenado à população.
2. **Regionalização:** A gestão foi descentralizada com a criação de departamentos regionais de saúde. Essa medida buscou organizar a rede de serviços de forma mais eficiente, adaptando as ações às necessidades específicas de cada território.
3. **Criação da Carreira de Médico Sanitarista:** A reforma instituiu uma carreira de tempo integral para médicos sanitaristas, valorizando a dedicação exclusiva ao serviço público e a formação de quadros técnicos qualificados para a gestão e o planejamento em saúde.

Essa reorganização pioneira em São Paulo não apenas modernizou a gestão estadual, mas também serviu como um modelo influente para todo o debate posterior sobre como organizar um sistema de saúde unificado no país.

1.2. Ano 1974: A Resposta à Epidemia de Meningite e a Força da Saúde Coletiva

Em 1974, São Paulo enfrentou um pico alarmante da epidemia de meningite, com milhares de vidas em risco. Diante da crise, a equipe de saúde pública, liderada por

figuras como José Carlos Seixas, tomou uma decisão audaciosa: implementar uma campanha de vacinação em massa.

Essa estratégia ia contra o consenso técnico da época, que privilegiava abordagens de vacinação individual e controlada. Segundo o relato de Seixas, a inspiração veio de um médico francês, baseada em suas experiências na Guerra de Independência da Argélia. A lógica da campanha era criar uma resistência comunitária que impediria a propagação da doença, vacinando o maior número de pessoas no menor tempo possível.

O sucesso da campanha foi retumbante, com uma redução drástica no número de casos e mortes. A principal lição aprendida foi a demonstração prática do poder e da eficácia das **ações de saúde coletiva**. O episódio provou que, em uma emergência de saúde pública, uma abordagem focada na comunidade poderia salvar muito mais vidas do que estratégias puramente individuais, solidificando a crença no potencial da saúde pública.

Estas experiências fundadoras em São Paulo — uma uma reforma administrativa deliberada, a outra uma resposta pragmática a uma crise — forneceram tanto um projeto quanto uma prova de conceito para o modelo de saúde coletiva que dominaria os debates políticos da década seguinte.

2. O Movimento Sanitário Ganha Força (1975-1987)

Este período foi marcado pela maturação das ideias e pela articulação política do movimento sanitarista, ocorrendo sob a sombra da ditadura militar. Como recorda Nelson Rodrigues dos Santos, a comoção nacional causada pelos assassinatos de Vladimir Herzog e Manoel Fiel Filho em 1975 catalisou uma forte mobilização da sociedade civil por democracia. Nesse clima de resistência, os debates sobre saúde pública transcenderam a esfera técnica e se tornaram um campo de luta política pela redemocratização do país.

2.1. Anos 1975-1977: As Conferências Nacionais de Saúde como Palco de Disputa

As Conferências Nacionais de Saúde tornaram-se o principal fórum para o debate sobre o futuro da organização sanitária no país. Nelas, diferentes visões sobre o sistema de saúde entraram em confronto direto, refletindo a disputa política mais ampla entre o regime autoritário e as forças democráticas.

Conferência (Ano)	Principal Deliberação e seu Significado para o Futuro SUS
6ª Conferência (1975)	Realizada no mesmo ano dos assassinatos de Herzog e Fiel Filho, a principal deliberação foi a **votação pela criação de uma "rede única de atenção integral à saúde"**. Em um ato de resistência política, a proposta de unificar os serviços, superando a fragmentação entre Saúde e Previdência, ganhou força e legitimidade.
7ª Conferência (1977)	Esta conferência foi palco de um embate crucial. O governo federal propôs um modelo de "rede dupla", mantendo a separação entre serviços. Em contrapartida, o grupo de São Paulo defendeu a "rede única". A **vitória da tese da rede única** consolidou a base ideológica do que viria a ser o SUS: um sistema unificado, integrado e universal.

2.2. Ano 1978: A Saúde vai à Periferia com o Projeto São Mateus

Em 1978, Adib Jatene, então Secretário de Saúde de São Paulo, foi convidado para uma assembleia popular na Zona Leste da cidade. Contrariando as orientações de não comparecer, Jatene foi ao encontro por acreditar que a política é "a arte de tornar possível o necessário". Lá, ouviu diretamente as demandas da comunidade, que se resumiam à falta de acesso a serviços básicos.

Desse diálogo nasceu o **"Projeto São Mateus"**, uma iniciativa que transformou a maneira de planejar a saúde. Em vez de impor um modelo de cima para baixo, a secretaria trabalhou *com* os moradores para:

- Mapear os terrenos disponíveis para a construção de centros de saúde.
- Identificar casas que poderiam ser alugadas e adaptadas como unidades provisórias enquanto as definitivas eram construídas.

O projeto foi uma demonstração prática de como construir serviços de saúde com **participação popular**, um princípio que se tornaria um dos pilares fundamentais do SUS.

2.3. Ano 1983: O Protótipo do SUS - As Ações Integradas de Saúde (AIS)

As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgiram como uma proposta federal para integrar os serviços de saúde. Em 1983, São Paulo tornou-se o palco de um experimento pioneiro e crucial: foi assinado o primeiro convênio que unia recursos e gestão do nível federal (através do INAMPS), estadual e municipal.

Este arranjo permitiu, por exemplo, que a prefeitura de São Paulo expandisse sua rede de atenção básica com financiamento compartilhado e que as unidades de saúde passassem a funcionar por 12 horas diárias. Conforme descrito por José da Silva Guedes, essa experiência foi uma espécie de **"pré-sonho do SUS"**, um protótipo operacional que testou e comprovou a viabilidade do modelo de gestão compartilhada e integrada entre as três esferas de governo.

A articulação política e os experimentos práticos desse período criaram a base sólida para que a saúde fosse consagrada como um direito na nova Constituição brasileira.

3. A Conquista Constitucional e os Desafios da Implementação (1988 em diante)

A Constituição de 1988 representou a vitória do movimento sanitarista, mas o nascimento oficial do SUS foi apenas o começo. Seus primeiros anos foram marcados pela necessidade de construir a "engenharia" do sistema em meio a um cenário econômico adverso e pela busca de inovações para superar desafios de gestão e atenção à saúde.

3.1. Ano 1988: O Marco Zero - A Constituição Cidadã Cria o SUS

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi o momento decisivo. Pela primeira vez na história do Brasil, a saúde foi estabelecida como um **"direito de todos e dever do**

Estado". Para garantir esse direito, a Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado em três princípios doutrinários essenciais:

1. **Universalidade:** Garante que todo e qualquer cidadão brasileiro tem direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social, econômica ou de emprego. O acesso passa a ser um direito de cidadania.
2. **Integralidade:** Assegura um cuidado completo ao indivíduo, abrangendo desde ações de prevenção (como vacinação e saneamento) e promoção da saúde até o tratamento de doenças e a reabilitação, em todos os níveis de complexidade.
3. **Descentralização:** Define que a gestão do sistema é uma responsabilidade compartilhada entre a União, os estados e os municípios, com comando único em cada esfera de governo. Essa organização busca aproximar a gestão das necessidades locais da população.

3.2. Anos 1990: A Construção do Sistema em Meio a Crises

A implementação do SUS em seus primeiros anos enfrentou um cenário desafiador. Como relata Carmino de Souza, o início da década de 1990 foi marcado por uma economia instável, com hiperinflação que chegava a 45% ao mês, o que dificultava enormemente o planejamento e a gestão de recursos.

Apesar das dificuldades, foi um período de avanços institucionais cruciais. O destaque foi a criação da **Comissão Intergestora Bipartite (CIB)**, um espaço de pactuação e negociação entre gestores estaduais e municipais de saúde. Segundo Souza, essa foi a "engenharia" necessária para fazer o sistema funcionar na prática, permitindo a articulação e a pactuação de políticas e recursos para além da letra da lei.

3.3. Meados dos Anos 1990: Inovações na Gestão e na Atenção à Saúde

A segunda metade da década viu o surgimento de soluções inovadoras para desafios práticos do SUS:

- **Organizações Sociais de Saúde (OSs):** O modelo das OSs surgiu como uma resposta pragmática a um desafio de gestão. Com 18 hospitais recém-construídos no estado de São Paulo e a legislação estadual impondo limites rígidos para gastos com pessoal, o governo precisava de uma forma ágil para contratar equipes e operacionalizar essas unidades. As OSs, entidades privadas sem fins lucrativos, firmavam contratos de gestão com o poder público, ganhando flexibilidade administrativa para alcançar as metas estabelecidas.
- **Programa Saúde da Família (PSF):** O **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** evoluiu para o **Programa Saúde da Família (PSF)**. Essa mudança representou a culminação de uma ideia que vinha sendo gestada há quase duas décadas. Já em 1978, no Projeto São Mateus, Adib Jatene havia proposto a contratação de "Visitadoras Sanitárias" locais, um precursor do agente comunitário. O PSF concretizou essa visão em escala nacional, representando uma mudança de paradigma na atenção primária: trocou o foco no tratamento da doença pelo cuidado contínuo e integral da família e da comunidade, fortalecendo o vínculo com a população.

Conclusão

A trajetória da saúde pública no Brasil, culminando na criação do SUS, revela um processo longo e complexo, distante de uma simples decisão governamental. Como evidenciado pelos depoimentos de seus protagonistas, o sistema foi forjado a partir de décadas de debates acadêmicos, intensas lutas políticas, experimentos práticos e, sobretudo, da participação da sociedade. As conquistas foram imensas, estabelecendo a saúde como um direito universal. No entanto, os desafios para o fortalecimento, aprimoramento e, principalmente, o financiamento adequado do sistema permanecem atuais. Conhecer essa história é, portanto, não apenas um exercício acadêmico, mas uma ferramenta vital para a defesa ativa e a construção contínua da saúde pública no Brasil.