

Memórias e História da Atenção Básica do Estado de São Paulo

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500 Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

David Everson Uip

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde e diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 17 – Memórias e História da Atenção Básica do Estado de São Paulo**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva
ISBN 978-85-88169-26-5

Tiragem: 2000 exemplares

Memórias e História da Atenção Básica do Estado de São Paulo

Silvia Helena Bastos de Paula

Esta obra foi baseada na pesquisa – Memória e História da Atenção Básica em São Paulo – coordenada por Dra. Maria Lucia Mott (in memoriam) e Dra. Belkis Trench, pesquisadoras do Instituto de Saúde.

Edição

Márcio Derbli

Edição de texto

José Ruben de Alcântara Bonfim

Imagens da capa e contracapa

Acervo iconográfico do Centro de Memória da Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

Poema “Bandeiras”

Marcelo Mário de Melo

Ilustração do poema

Anacleto Eloí

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração

Bianca de Mattos Santos

Biblioteca

Carmen Campos Arias Paulenas

Conselho Editorial Executivo

Áurea Eleutério Pascalicchio

Camila Garcia Tosetti Pejão

Carlos Tato Cortizo

Carmen Campos Arias Paulenas

Katia Cibelle Machado Pirota

Lenise Mondini

Luiza S. Heimann

Márcio Derbli

Maria de Lima Salum e Morais

Marina Ruiz de Matos

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Tereza Setsuko Toma

Revisão

Dante Pascoal Corradini

Heleusa Angélica Teixeira

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde**

Bastos de Paula, Silvia Helena

Memórias e histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo/Silvia Helena Bastos de Paula. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

272 p. (Temas em Saúde Coletiva, 17)

ISBN: 978-85-88169-26-5

*1. Atenção Primária à Saúde/história 2. Atenção Primária à Saúde/tendências
I. Título. II. Série.*

Memórias e História da Atenção Básica do Estado de São Paulo

Silvia Helena Bastos de Paula

**Instituto de Saúde
São Paulo - 2015**

Homenagem à Maria Lúcia Barros Mott¹

Silvia Helena Bastos de Paula



Nossa companheira de debates sobre a história do SUS, das parteiras, das mulheres no campo da saúde e na vida. Olhos claros que enxergavam longe como uma janela aberta para o porvir. Mentora dos estudos que deram origem a este livro junto com as pesquisadoras Belkis Trench, Olga Fabergé, Maria Salum, Cida Muniz e eu. Levamos a cabo o intento de recuperar as memórias de pessoas que afetivamente reconheciam e apontavam outras no ato de fazer evocações sobre a constituição da Atenção Primária e Atenção Básica em São Paulo.

Delicada, mas incisiva, Maria Lúcia investigava e fazia escola neste assunto deixando-nos um legado e a tarefa de fazer a divulgação e o devido encaminhamento desta rica história desvelada pelo registro de história oral. Este trabalho apresenta dados objetivos de caráter histórico e memórias cuja subjetividade e afetos se mostram nas narrações que estão colocadas à disposição do futuro para reflexões sobre a utopia, os sonhos e os devaneios dos que ousaram fazer e contar suas histórias nos processos de renovação de políticas e modelos de saúde no país.

De tudo tenho a agradecer a Maria Lúcia e à vida por tê-la por perto, ainda que por pouco, mas intenso tempo.

¹ Historiadora formada pela Universidade de São Paulo em 1977, Doutora em história com pós-doutorado pela mesma instituição. Desenvolveu estudos sobre história da Saúde desde os anos 1980, uma das pioneiras em estudos do gênero no Brasil. Foi pesquisadora do Instituto de Saúde e do Instituto Butantan (Laboratório de História da Ciência), ambos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenou pesquisas, publicou trabalhos, realizou conferências e participou de eventos ligados à história das políticas, instituições e profissionais de saúde; Filantropia; Memória e história da Saúde.

“Na verdade, na maioria das vezes, a memória social é o resultado de uma mistura entre a memorização pública e pessoal.”

Maurice Halbwachs

Sumário

Memórias e História da Atenção Básica do Estado de São Paulo

1	Construção histórica de modelos de intervenção em saúde	
	Silvia Helena Bastos de Paula.....	13
2	Memória Social: narração e enraizamento	
	Sandra Maria Greger Tavares	35
3	Narrações sobre História e Memória da Atenção Básica	
	Silvia Helena Bastos de Paula.....	41
	• Conceitos de Atenção Primária de Saúde e do modelo brasileiro de Atenção Básica de Saúde	43
	• Antecedentes da Atenção Básica de Saúde em São Paulo	57
	• Surgimento da Atenção Básica em São Paulo	74
	• Movimentos e personagens na constituição da Atenção Básica de São Paulo.....	92
	• Influências dos movimentos populares na Atenção Básica	118
	• Obstáculos para a instituição da Atenção Básica em São Paulo ..	127
	• Trajетórias pessoais dos entrevistados na reforma da saúde	142
	Notas de edição.....	185
	Considerações finais.....	221
	Relação dos entrevistados.....	223
	Anexos	
	• Notas sobre o caminho metodológico	233
	• Termo de consentimento livre e esclarecido	237
	• Roteiro de entrevista	239
	• Legislação selecionada para o estudo de implantação da Atenção Básica.....	241
	Índice de Entrevistados.....	269
	Créditos da pesquisa e da obra	271

Agradecimentos

À Maria Lúcia Mott por ter me confiado ainda em vida esta missão.

Aos participantes deste estudo pela doação de seu tempo e de suas memórias.

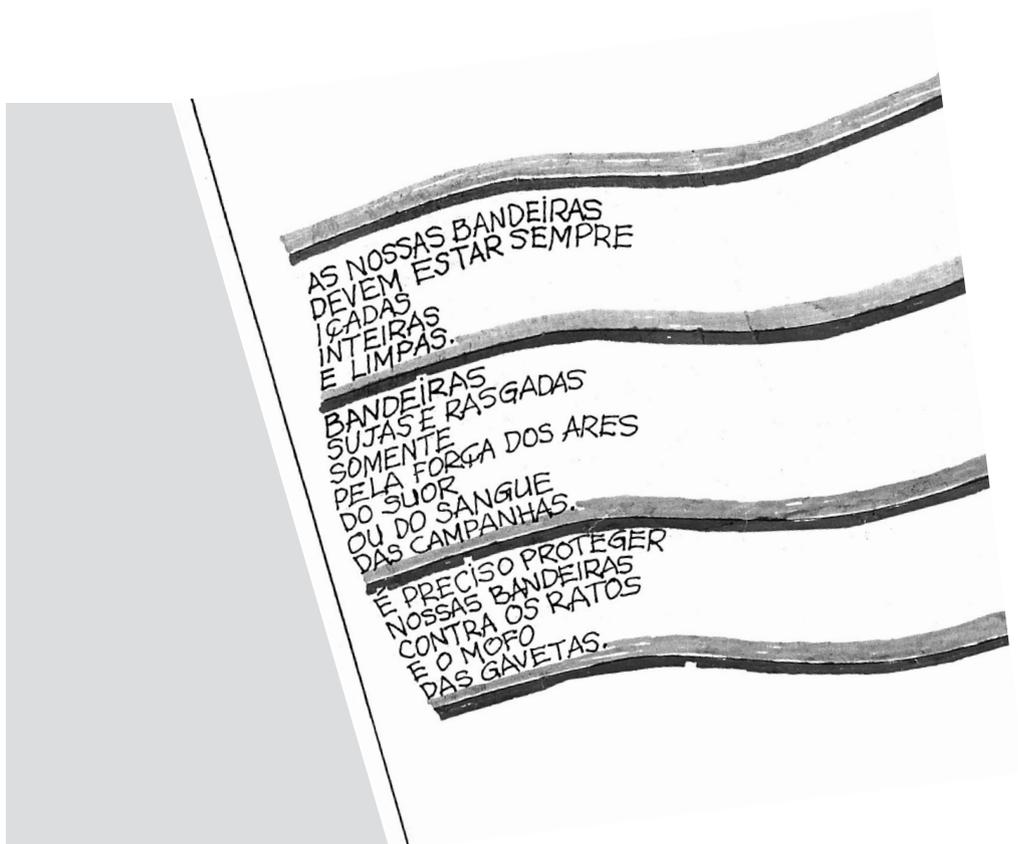
À Luiza Heimann e equipe do Instituto de Saúde pelo apoio ao projeto deste livro.

Ao José Ruben de Alcântara Bonfim, minha gratidão pelo seu interesse e competente tratamento dado aos originais na revisão deste livro, o que contribuiu sobremaneira para o seu aperfeiçoamento.

Às estagiárias Luana Ito, Julianne Daniee, Karen Jaqueline Santana Gomes e Carla Müller Batisteli Barros.

Aos usuários do Sistema de Saúde, por se constituírem na fonte de motivação e inspiração para nossas iniciativas.

A todos que se dedicaram para que este livro viesse a lume.



Construção histórica de modelos de intervenção em saúde

Silvia Helena Bastos de Paula

A pessoa sadia pode ser produtiva para a sociedade a qual pertence, e seu “fazer” é útil, em certa medida, aos demais. Segundo Sigrist (32), o ser humano é ente social na essência e, mesmo o indivíduo mais desvalido, que não tem parentes nem amigos “é um membro de um grupo, um membro da sociedade, dotado de deveres perante ela, e de direitos”.

Sociedades podem rejeitar seus doentes ou assumi-los e organizar mecanismos de regulação para controlar doenças, evitar incapacidades e reduzir danos. As formas de organizar o cuidado com a saúde e a doença

podem ser destinadas ao plano individual ou coletivo, caracterizado por estratégias e ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação, oferecidas de modo episódico, regular ou em redes de cuidados (23). Esta atenção pode ser oferecida por meio de serviços públicos, privados e organizações solidárias da sociedade. Cada opção tem sua repercussão no grau de saúde e na capacidade de produzir riqueza e bem-estar social em cada sociedade.

No campo da saúde os modelos são estruturados a partir de intervenções de profissionais de saúde e assemelhados, sob condições econômicas e políticas da sociedade e da ideologia de uma sociedade em determinado tempo e lugar. Esses modelos são aceitos e adotados pela comunidade científica consoante a área do conhecimento ou prática, mas com o tempo esses modelos apresentam mudanças em razão dos problemas da vida humana em sociedade. Assim é também com os modelos de formação e de atenção em saúde, que podem assumir diferentes referências teóricas, ideológicas e formas de organização e de formação profissional.

Breve referência à prática da medicina da Antiguidade

Ao longo dos tempos existiram vários esforços e formas de lidar com as questões de saúde. Na Antiguidade (de 4.000 a.C. até 476 d.C.), seguiram-se práticas com base em crenças mágicas e de religião, e da medicina sacerdotal. A ruptura desse modelo começou na Grécia, onde médicos e filósofos pensavam sobre a natureza das doenças, quando essa prática era compreendida como prática de religião, pois havia a crença de que as doenças e as curas estavam sob o poder dos deuses e, por isso, procurava-se ajuda nos templos. As ideias de Hipócrates (Cós, 460-377 a.C em Tessalônica) – marcaram o fim da medicina mágica teúrgica e o início da observação científica dos fatos clínicos. Seus escritos incluíam perguntas como: “O que é saúde? O que é doença?” (32,7).

Os escritos desse período foram reunidos no século IV a.C na Grande Biblioteca de Alexandria, onde Ptolomeu criou um centro cultural para

reunir todo o conhecimento. Este legado se convencionou chamar de *Corpus Hippocraticum*¹, uma vasta e heterogênea compilação de escritos que incluíam textos de vários autores, discípulos de Hipócrates, que se acreditava ser descendente de Asclépio, cultuado como deus da medicina e da cura e que atendeu peregrinos em busca de ajuda no Templo de Epidauro, em Corinto, na Grécia, onde também Hipócrates atendeu milhares de pessoas. Sua fama se espalhou e chegou até Roma em 291 a.C., quando passou a ser chamado de Esculápio (7).

Os escritos de Hipócrates serviram como modelo de atuação e de condutas médicas. Suas contribuições foram interpretadas por Galeno [Cláudio, c.129 - c.217], o médico de Pérgamo, na Ásia Menor, hoje Turquia, que inaugurou o *hipocratismo galênico*, e seus escritos influíram no ensino das primeiras escolas médicas de Salerno (século X), Itália e de Montpellier (século XII) na França (30).

Em 313 d.C. o cristianismo se tornou a religião oficial do Estado romano e, ao herdar o legado cultural do passado, incorporou as práticas médicas – muitas das quais consideradas pagãs. Os mosteiros copiaram livros médicos e ergueram hospitais para atender doentes, pobres e estrangeiros (32). No período medieval (século VI até o meado do século XV), a medicina foi um ofício reservado especialmente aos sacerdotes médicos, os denominados “médicos de alma”, que exerciam a técnica, mas respeitavam, antes de tudo, os desígnios de Deus.

No Renascimento (século XV e início do século XVII), muitos mosteiros passaram a abrigar universidades, a memória da tradição da medicina hipocrática e as contribuições da medicina árabe. Também cresceram os estudos, observação e experimentos sobre anatomia patológica, que mudaram a prática da medicina.

Muitos desses estudos repercutem até os dias de hoje, como as contribuições de André Vesálio (1514-1564), professor da Universidade de Pádua, que divulgou em 1543 um texto ricamente ilustrado sobre ana-

1 Conjunto de 53 tratados com obras que incluíam os Aforismos e o Juramento de Hipócrates e outros textos de seus discípulos reunidos por temas em 72 livros. Fonte: http://www.uv.mx/rm/num_antiores/revmedica_vol7_num1/articulos/la%20medicina.htm

tomia, baseado na dissecação de cadáveres humanos. Gabriele Falloppio (1523-1562) descreveu os órgãos reprodutores femininos, cujas trompas ou tubas receberam o seu nome. O médico Girolamo Fabrizio (1537-1619) identificou as valvas do coração. Paracelso (1493-1541) acreditava que doenças específicas eram causadas por agentes externos e, portanto, exigiam remédios específicos. Ele foi o pioneiro no uso de remédios químicos e minerais, incluindo mercúrio para o tratamento da sífilis, registrada pela primeira vez na Europa em 1494. Todas essas são grandes contribuições para a prática médica atual (32).

Estado moderno e repercussões nos modelos de atenção médica

A ciência de Estado surgiu na Alemanha e o Estado Moderno² emergiu sob as ideias do Renascimento, que também tiveram influência na Revolução Francesa (1789-1799) e na Revolução Industrial na Inglaterra (1760-1840), uma mudança na forma de produção e nas concepções de direitos políticos e de cidadania, vinculados ao Iluminismo e ao próprio projeto de modernidade, que prometia progresso e conquista de meios para dominar as intempéries da natureza. Antes, quem legitimava o poder era um Deus Absoluto. Com o Estado Moderno, o novo elemento legitimador é o Povo, com apoio da estrutura de poder, o exército e o aparelho de arrecadação do Estado.

Os principais modelos de intervenção de Estado na Saúde Pública, que incluem elementos da vida social nas suas formas de organização, são representados pelos cuidados com a saúde das crianças: Polícia Médica (Johann Peter Frank) na Alemanha; medicina urbana e higienista na França; e Aritmética Política (William Petty), segundo Rosen (31).

Na Alemanha do século XVII existia a ‘Polícia’, que significava ação de Estado, pois foi neste país que se desenvolveu a Teoria de Estado. Em 1764 este tipo de ação na área da saúde designou-se de “Polícia Médica”

2 Estado Moderno: território com fronteiras determinadas, com um governo próprio e um sentimento de identificação cultural e nacional por parte de seus habitantes. No Estado Moderno prevalece o capitalismo (liberalismo), a burguesia e as entidades políticas que atuam em paralelo ao Estado.

ou Medicina de Estado, por Wolfgang Thomas Rau e seu escopo foi mais bem desenvolvido por meio de Johann Peter Frank, entre 1779 e 1817, que coloca o médico como administrador da saúde e oferece orientações de saúde para a população, que incluía educação médica, vigilância de farmácias, hospitais, prevenção de epidemias, combate ao charlatanismo e orientações para o público. A Medicina de Estado consolidou-se na Alemanha do século XVIII, com a regulação de um sistema de observação da morbidade, com a regulação do saber e regramento de práticas médicas, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração de médicos em organização médica estatal e subordinada ao poder de Estado.

Na segunda metade do século XVIII surgia na França a “medicina urbana” em razão do fenômeno do urbanismo das cidades, principalmente de Paris, onde surgiu o “medo urbano” relacionado à aglomeração da população e às modificações dos espaços, com as novas e precárias construções, a falta de esgotos e as epidemias urbanas. Em 1829, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (Série 1. n.1) definiu no *prospectus* a higiene pública como: “a arte de conservar a saúde nos homens reunidos em sociedade” (36).

De acordo com Foucault (13), os franceses sentiram a necessidade de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de forma coerente e homogênea, dependendo de um poder único e bem regulado. Elaboraram os manuais de saúde e de higiene, que ofereciam orientações sobre “cuidados” e “conservação” de saúde e empreenderam melhorias sanitárias. Segundo essas orientações, os matadouros e os cemitérios foram transferidos para as periferias das cidades e tomadas providências para restringir circulação de pessoas e estrangeiros que pudessem oferecer risco quanto ao contágio de doenças.

Na Inglaterra, a Revolução Industrial no início do século XVIII acelerou, com a mecanização, a extinção do trabalho artesanal característico do feudalismo. Com o crescimento do comércio, os artesãos passaram a produzir para o mercado, surgindo a figura do fornecedor de matéria-prima, que em troca recebia o produto acabado para ser comercializado. Os desafios da produção e as grandes epidemias que aconteceram junto do processo de urbanismo, sob precárias condições para os trabalhadores

das cidades, também influíram no avanço e consolidação dos conhecimentos médicos do século XVI ao século XVIII.

No século XIX, surgiu na Inglaterra o termo ‘Saúde Pública’, referindo-se às respostas do governo às condições sanitárias de populações pobres e urbanas de operários. Foi realizado um diagnóstico de situação de saúde pelo advogado Edwin Chadwick (1842) sob o título “*Descrição sobre a condição sanitária da população trabalhadora na Grã-Bretanha*”, e logo depois emitidas iniciativas de legislação de Saúde Pública, o primeiro Ato de Saúde Pública e criado o Conselho Geral de Saúde (1848).

O sanitarismo inglês surgiu com a ‘Lei dos Pobres’, de 1834, que favoreceu a locomoção de populações rurais para a periferia da zona urbana. Estruturou-se em dois sistemas: o *Health Service* e o *Health Officers*. O primeiro oferecia ações e controle sobre o corpo e sobre a saúde dos pobres e constituía-se em intervenções médicas sobre suas vidas, oferecendo vacina contra varíola e registro de epidemias. O segundo definiu intervenções sobre os espaços insalubres e a destruição desses focos. O sistema inglês foi composto pela medicina de assistência para pobres, pela medicina administrativa para problemas de suprimentos e controle de epidemias, e a medicina privada para aqueles bem aquinhoados com meios para pagar por esses serviços (32). De forma semelhante, os Estados Unidos responderam às epidemias e ao processo de industrialismo do final do século XIX, com apoio do Congresso Americano e da Associação Americana de Saúde Pública (1879).

Paradigmas e Movimentos da Medicina na Saúde Pública no Século XX

Sobre o que se entende por Saúde Pública, Charles-Edward Amory Winslow (1877–1957), docente na Universidade de Yale (37), elaborou um artigo para a revista *Science*, em 1920, no qual define Saúde Pública e dá ênfase na prevenção, educação e promoção de saúde e de meios de controle de doenças na comunidade:

“Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência

através de esforços organizados da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo dentro da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (17).

No decorrer do século XX vários movimentos se constituíram dando-se realce à Medicina Científica, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Social cuja vinculação com processos políticos e correntes ideológicas e econômicas envolvem diferentes momentos e interesses sociais.

Paradigma da Medicina Científica

Logo no início do século XX emerge a medicina científica, com base nas especialidades médicas, no cuidado individual e na exclusão de práticas alternativas de saúde, que se tornará o modelo hegemônico até nossos dias. Esse modelo se constitui no momento no qual o capitalismo prevaleceu e, apesar de contestado, produziu dicotomias entre o cuidado com o corpo do indivíduo e o cuidado com o corpo social.

A Medicina Científica está associada ao Relatório feito por Abraham Flexner (1866-1959), em 1910, sob o título *Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*, que procurava melhorar a qualidade do ensino nas escolas médicas americanas e superar o empirismo das práticas médicas, criando para isso padrões para formação, os quais recomendou à Associação de Escolas Médicas e Hospitais, para intensificar a prática clínica, tornar a prática de laboratório e o estágio em hospital uma exigência, além de estimular a docência em tempo completo e a aprendizagem ativa por parte do aluno (21, 28).

As críticas ao modelo flexneriano estão atreladas, principalmente, à preparação de médicos com foco nas questões biológicas do processo saúde-doença e atenção médica individual centrada na doença e no meio ambiente de hospital. Esse modelo que persiste até nossos dias, deixava pouco espaço para discussão das questões de saúde mental, de meio ambiente, da promoção da saúde e das questões que envolvem a prática médica como dinâmica social e cultural (29).

Em 1920, na Inglaterra, divulgou-se o Relatório Dawson, um estudo sobre o futuro dos serviços médicos e afins, elaborado para o governo britânico, propondo a reestruturação dos serviços num sistema com base no território, formado por serviços de atenção básica, com hierarquia de serviços de complexidade crescente, antecipando uma rede regional de referência de prevenção e terapêutica (33).

A dicotomia referida é criticada por Dawson (Bertrand Edward, 1864-1945) ao considerar necessária a formação do médico generalista que, além da prática no hospital, deveria exercer funções junto de indivíduos e da comunidade. O modelo foi adotado em países que optaram pela organização de sistemas nacionais de saúde. Segundo Dawson:

“a medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido, e em qualquer plano de serviços médicos devem estar estreitamente coordenadas e colocadas no âmbito de ação do médico generalista cujas funções devem abarcar tanto a medicina para os indivíduos quanto para a comunidade” (24) .

A opção por adotar sistemas nacionais de saúde corresponde a aceitar uma organização de caráter nacional para prestar assistência individual, intervenções coletivas, promoção de saúde e prevenção de doenças, assistência farmacêutica, insumos e atenção domiciliar, entre outros. Os sistemas de saúde tem variedade na forma de organização, e parte deles é financiada com recursos de arrecadação de impostos, que oferta serviços de acesso universal de forma gratuita ou a baixíssimo custo para o usuário direto (Reino Unido, Brasil, Espanha, Canadá, Portugal, Grécia, entre outros, conforme Carvalheiro et al (10).

Paradigma da Medicina Preventiva

A Segunda Guerra Mundial (1939-1945) marcou o fim da hegemonia europeia e o começo da hegemonia estadunidense. Esta supremacia se deu em diversos campos, como na política, na força bélica e na imposição de sua ciência, incluindo a medicina e as ciências sociais na saúde. No pós-guerra eram tão profundas as questões de saúde e a desestruturação social e familiar, que toda ação humanitária era insuficiente (29). Foi neste contexto que se deu forte discussão sobre as ciências sociais na saúde e a criação da Organização Mundial de Saúde, órgão que tinha por propósito liderar agendas de pesquisa e parcerias para resolver questões críticas de saúde (6).

Em meado da década de 1940 surgiu a Medicina Preventiva nos Estados Unidos, como reação da Associação Americana de Saúde Pública à possibilidade de intervenção estatal na política de saúde para a organização social da assistência. Diante de indicadores de mortalidade alta, as entidades médicas propuseram, então, reorientar a formação médica, com a intenção de estimular uma atitude preventiva, mesmo sob um modelo liberal de atuação, mas de forma a que aproximasse a atenção individual vigente das práticas de saúde pública, recuperando algumas das recomendações de Lord Dawson of Penn (1920) sobre a formação de médicos, com base na administração sanitária e nos conceitos de processo saúde-doença e na História Natural da Doença – prevenção primária, secundária e terciária, multicausalidade e epidemiologia, ciências sociais, práticas educativas e de trabalho em equipe (4).

Em 1976, Leavell & Clark definiram a Medicina Preventiva como “*a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover saúde, exercida com a finalidade de interromper as doenças em qualquer fase de sua evolução*”. Para seus críticos, a medicina preventiva trouxe a proposta de ampliar seu espaço social, preservando a organização de hospital e de consultórios privados, desenvolver a preocupação social preservando o exercício médico como uma atividade de troca, diminuir o custo da atenção médica, mantendo, todavia, um cuidado médico excessivamente técnico, e melhorar as condições de vida das populações preservando a estrutura social (4).

Esse modelo foi difundido na década de 1950 quando ocorreram os Seminários de Ensino de Medicina Preventiva, de 10 a 15 de outubro de 1955 em Viña Del Mar (Chile) e de 26 a 28 de abril de 1956 em Tehuacán (México), sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com a finalidade de reproduzir o movimento da medicina preventiva na América Latina. Como consequência desses seminários, se deu a criação de departamentos de medicina preventiva nas faculdades médicas, movimento que se firmou nas associações nacionais e regionais de escolas médicas, contando com o apoio técnico e financeiro da OPAS e das Fundações Kellogg, Rockefeller e Ford.

O Brasil foi representado por 26 faculdades médicas, delegados do Ministério da Educação e representantes de órgãos internacionais sediados no país. A principal manifestação desse movimento ocorreu com a criação de 40 cursos médicos entre 1960 e 1970, e antes de meado da década de 1950 haviam sido criados os departamentos de medicina preventiva na Escola Paulista de Medicina (Walter Leser) e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (José Lima Pedreira de Feitas e Zeferino Vaz), no interior de São Paulo. Década mais tarde, em 1968, com a reforma do ensino superior, esses departamentos se tornariam obrigatórios nos cursos de medicina (8).

As demandas por problemas de saúde e doença reforçaram a necessidade de estrutura específica para tratar da Saúde Pública, que até então era acumulada com as funções da Política de Educação. O Brasil teve a criação do Ministério da Saúde por desvinculação do Ministério da Saúde e Educação, em 1953, numa arena de disputas sobre várias questões relativas à configuração deste novo ministério a ser assumida pelo Estado de maneira geral e, mais especificamente, pela área social. Nestas disputas havia os que defendiam a aproximação entre a saúde pública e a medicina previdenciária e os que desejavam a manutenção dessa separação (16).

Ressalte-se que a origem da Medicina Preventiva está relacionada com a resposta insatisfatória que a Medicina Científica oferecia para os problemas da população e a necessidade de preservação do campo de atividades do médico nas sociedades. As desigualdades e a falta de acesso a serviços de saúde, entre populações de um mesmo país e entre regiões

de um mesmo continente denotam os diferentes riscos de adoecimento e morte entre classes sociais (36).

Surgimento da Medicina Comunitária e Atenção Primária de Saúde

A Medicina Comunitária surgiu na década de 1960 nos Estados Unidos, quando já se percebia uma crise em relação à cobertura de assistência de populações mais pobres e a idosos. Frise-se que neste país, até os dias de hoje, este acesso está condicionado principalmente ao vínculo de emprego. Assim, além de tentar unir as práticas de cura e de prevenção, havia a intenção de tornar racionais os gastos com atenção de cura e de hospital, oferecendo-se a medicina comunitária como opção de baixo custo (26, 36).

A reação dos segmentos discriminados e excluídos da sociedade americana deu origem, nos anos de 1960, a um movimento pela conquista de direitos civis, que entre outras questões incluía a comunidade como parte da intervenção em saúde, e a um só tempo, também como objeto de estudo quanto às questões culturais e suas características sociais e econômicas, à categoria de necessidades de saúde, à participação comunitária e aos níveis de atenção (19).

O paradigma da Medicina Comunitária e sua aplicação prática consistiram na execução de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, cuidados primários de saúde, integração entre docência e assistência, regionalismo e participação da comunidade, entre os quais os mais celebrados foram aqueles que mobilizaram amplos contingentes de agentes da comunidade para o provimento de cuidados básicos de saúde, contribuindo para reorganização das práticas de assistência.

Esse modelo se expandiu na década de 1970, no plano internacional, tendo esse movimento culminado, em 1977, na convocação da Assembleia Mundial de Saúde, com o estabelecimento, pela OMS, da meta de Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT-2000) e a definição da Declaração dos Cuidados Primários de Saúde, pela Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde (APS) de Alma-Ata, ocorrida

em 12 de setembro de 1978, na capital do Cazaquistão, país que fazia parte da antiga União de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). A SPT 2000 sustentava a universalidade da APS, vínculo entre políticas públicas de saúde com políticas econômicas e sociais e a necessidade de determinação política dos Estados nacionais na redução das desigualdades sociais (34).

A proposta da APS não obteve êxito desejado mesmo com todas as adaptações e modelos adotados e apoio de entidades internacionais. Um dos modelos que gerou polêmica foi o da Atenção Primária Seletiva que criticava o elevado custo da Atenção Primária Integral e universal e pregava a seleção de prioridades de investimento na melhoria de indicadores e a escolha de grupos de alto risco sobre os quais seriam feitas intervenções controladas quanto ao custo-eficiência e efetividade (14).

Outro modelo que orientou reformas com base na atenção primária foi o do “Campo da Saúde”, desenvolvido no Canadá sob quatro eixos: meio ambiente, biologia humana, modo de vida e sistema de organização de serviços, adotando uma visão íntegra da saúde pública e que considerava também o perfil epidemiológico e os determinantes socioeconômicos e ambientais para explicar o processo saúde-doença. Estas reformas foram estimuladas pelo movimento de promoção de saúde, oriundo da Carta de Ottawa (1986) e pelo modelo de determinantes de saúde de Dahlgren & Whitehead (11).

Na Medicina Comunitária se pretendia fazer o amálgama entre a excelência clínica, o rigor metodológico e a abordagem dos problemas sociais e culturais na prática da medicina e da saúde pública. Porém, críticas feitas por Cecília Donnangelo (19) assinalaram um movimento de organização de práticas médicas que pretendia mudar sem intervir nas causas determinantes dos problemas, com preservação da estrutura social vigente e sem atender à demanda crescente e à insuficiência de recursos da época.

Em São Paulo, as primeiras experiências com Saúde Comunitária se deram em Ribeirão Preto, no Vale do Ribeira e em Paulínia, na região

de Campinas. Alguns nomes, como Pedreira de Freitas³ e Sergio Arouca⁴, foram criadores de experiências que envolviam inclusão social e saúde.

Medicina Social e Saúde Coletiva

A compreensão da estrutura e dos valores sociais na saúde que deram origem ao pensamento social na medicina foi discutida na Europa do século XIX. Nos anos de 1930, Sigerist preocupa-se com a organização de serviços de saúde, que constitui um núcleo da medicina social, desenvolvendo a visão íntegra da atenção médica por meio das suas quatro funções: promoção de saúde, prevenção de doença, restauração da saúde do paciente e reabilitação, que estão voltadas para reintegrar pessoas enfermas à sociedade como população útil. Essas ideias seriam adaptadas por Leavell e Clark (1976) no estabelecimento dos “níveis de prevenção”.

Em 1848, Jules Guérin (1801-1886) cunhou o termo de Medicina Social, que o historiógrafo da saúde George Rosen (2004) considerava um desdobramento da Revolução de 1848, do processo de industrialismo e da necessidade de cuidar da saúde e da mão de obra. No mesmo período, na Alemanha, Rudolf Virchow e Salomon Neumann já consideravam a medicina uma prática de essência social. Nos anos de 1950, Sigerist enfatiza a necessidade de preocupação com a saúde e não apenas com a doença, estabelecendo uma linha mestra para elaboração do pensamento médico-social das décadas seguintes, considerando ainda que o bem-estar da população é uma medida de civilização (32).

Nos anos de 1970, os estudos do médico e sociólogo argentino Juan César García (1932-1984) sobre a formação médica como “processo histórico” levaram em conta a estrutura da América Latina, considerando saúde como direito social, e trataram de questões como a redução de desigualdades sociais, a determinação social da saúde e da doença, e questões políticas que interferem na saúde. Neste período havia um clima internacional de resistência ao socialismo, liderado pelos Estados Unidos

3 Ver verbetes nos anexos.

4 Idem.

da América durante a “guerra fria”. Mesmo assim, um segmento contra-hegemônico na OPAS e a Fundação Kellogg apoiaram estudos para criação de centros de medicina social, entre eles o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1973), criado em pleno regime militar. Uma experiência que seria repetida no ano seguinte na Universidade Autônoma do México (22).

Nunes (20) destaca a definição de Medicina Social de Sergio Arouca:

“como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações” (20).

Mesmo nos anos de ditadura brasileira, Juan César García estimulou a reflexão sobre formação e medicina social ao enviar materiais de leitura para professores de Medicina do Estado de São Paulo, material esse que trazia indagações sobre esse movimento, mesmo tendo a ditadura militar tornado o acesso a esse tipo de material difícil ou até impossível. O pensamento da Medicina Social “soou como uma possibilidade de saída dos limites disciplinares e oficiais de Saúde Preventiva, e muitos departamentos passaram a incorporar o termo social em sua denominação” (35).

Dessas discussões surgiu a necessidade de construção de um campo teórico-conceitual diante do esgotamento do modelo científico centrado nas questões de natureza biológica que influíam na Saúde Pública, até então centrado no médico. O novo modelo surgiu nos anos de 1970 contestando modelos de saúde existentes na América Latina e buscando superar as desigualdades sociais e a crise no campo da saúde. Inicialmente constituída basicamente por médicos, também recebeu contribuições de cientistas sociais, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, educadores, arquitetos e engenheiros, tornando-se um campo interdisciplinar e multiprofissional. Existem vários esforços para definir Saúde Coletiva como campo de conhecimentos e práticas sociais de saúde. Por exemplo, em Grigório, com base em Paim (25):

“A saúde coletiva, como campo de saber e de práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, independentemente do tipo de profissional ou de organização de serviços, tem um caráter histórico e estrutural. Assim, seus desafios não se limitam ao tipo de profissional nem ao respectivo modelo institucionalizado, seja de serviços, seja acadêmico. Também não se esgotam em reforma setorial ou desenvolvimento curricular. Tais desafios estendem-se a toda organização social, desde a produção, distribuição e consumo de bens e serviços até as formas de organização do Estado e seus aparelhos em suas relações com a sociedade, incluída a sua cultura” (15).

No Brasil, este movimento crítico do sistema de saúde culminou com o surgimento do movimento da reforma sanitária e da saúde coletiva, compreendida a um tempo como corrente de pensamento e movimento social, e como espaço de prática concreta, de caráter necessariamente multidisciplinar, que acentuava o foco na dimensão social das formas de adoecimento e da organização dos serviços de saúde, e ainda aprofundava a ruptura com a tradição médica de cunho na essência biomédica (27,18).

A discussão sobre as relações entre condições de saúde e desenvolvimento econômico como requerimento para conquista de bem-estar estimulou a discussão sobre a volta da democracia ao país, que vivia desde 1964 sob a sombra do autoritarismo (12). Nesse período, a saúde adotava o modelo de assistência médica previdenciária do INAMPS (1974-1993) e prestava serviços de atenção individual e de cura, cujo centro era a atenção em hospitais que nos dez anos que antecederam à sua criação teve aumento de 224%, entre 1964 (944) a 1974 (2.121) segundo Anuário Estatístico do Brasil da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – FIBGE (2).

No Estado de São Paulo, o modelo de Medicina Social surgiu no início da década de 1970, por iniciativa do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Campinas, e que estabeleceu acordo com a Prefeitura Municipal de

Paulínia, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, um Programa Universitário de Saúde da Comunidade, com criação de alternativas para a atenção comunitária e medicina preventiva (4,5).

O “grupo de São Paulo”, também fundadores do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), tinha a liderança inequívoca de David Capistrano da Costa Filho (1948-2000), pois a ideia da criação da revista Saúde em Debate teve sua origem em 1975 quando ele conheceu Kurt Kloetzel (1923-2007), então professor da Faculdade de Medicina de Jundiaí, e teve acesso a uma cópia da revista alemã Reforma Médica (Medizinische Reform) fundada em 1848 por Rudolf Virchow (1821-1902), e isso certamente o inspirou a criar a revista Saúde em Debate, como revelou Sergio Gomes em entrevista (5).

A revista Saúde em Debate, como órgão de divulgação do pensamento sanitário brasileiro, já em seu primeiro número, de outubro de 1976, trazia diversos artigos que tratavam dessa temática e este interesse persiste até os dias atuais, diante de desafios sanitários como a relação público-privada, o subfinanciamento e a atenção especialista (5).

O Movimento da Reforma Sanitária tratou desde os debates iniciais sobre a conformação de um sistema nacional de saúde, de forma crítica, as propostas de um primeiro nível de atenção simplificado e restrito. Este movimento culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde e com a inclusão da saúde como direito de todos e dever do estado na Constituição Federal de 1988 e também nas leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que criaram o Sistema Único de Saúde sob os princípios de universalidade no acesso e integralidade na assistência, sob as diretrizes de organização participativa com controle social e conselhos paritários, descentralizado e organizado em rede regionalizada com mando único em cada uma das três esferas de governo (1, 3).

Desde então o Sistema Único de Saúde se constitui pela descentralização de funções, responsabilidades e recursos, adotando paulatinamente a Atenção Básica como modelo estruturante do sistema, e porta-de-entrada preferente do sistema. A descentralização foi feita sob a regulação de normas operacionais básicas (NOB) a partir de 1991 até 2001, que introduziram mecanismos e responsabilidades durante o processo de descentralização da saúde começando pela atenção básica.

O termo atenção básica, citado na Norma Operacional Básica de 1996 editada pela Portaria GM/MS 2.203 de 6 de novembro de 1996 que fixou o Piso da Atenção Básica (PAB), estabelecido no ano seguinte pela Portaria GM/MS 1.882 de 18 de dezembro de 1997, se constituiu numa conquista para os municípios, pois os recursos deixaram de ser destinados pelo critério de produção de serviços e adotou-se a alocação de recursos *per capita*. Esta mudança trouxe maior coerência com a proposta do SUS e permitiu que os municípios assumissem novas responsabilidades com a saúde de seus cidadãos.

O próximo marco para atenção primária brasileira é a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família cujas diretrizes foram instituídas pela Portaria GM/MS 1.886 de 18 de dezembro de 1997. O modelo de Saúde da Família foi induzido com incentivos do governo federal, para estimular que os gestores municipais aderissem ao modelo com base em experiências internacionais e nacionais que obtiveram êxito na redução de exclusão e na integralidade da atenção.

Este estímulo resultou na adesão crescente dos municípios do Estado de São Paulo que, mesmo com muitas resistências, apresentou avanços. Segundo dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 1998 havia 79 municípios adotando o modelo de Saúde da Família com cobertura de 1,51% da população o que correspondia a 523.497 pessoas. Em dezembro de 2008, a cobertura do PSF alcançou 25,63%, atendendo a 10.526.985 pessoas, e nesses dez anos 474 municípios aderiram ao modelo de Saúde da Família. Em 2014, a cobertura é de 38,32% da população paulista, o que representa 16.055.607 pessoas sendo atendidas (9).

No plano internacional a necessidade de reformar os sistemas de saúde foi discutida em Ljubljana (Copenhague, em 1996) e o tema da Reforma dos Sistemas de Saúde é um reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países.

A OMS observou um conjunto de princípios para construir a base da Atenção Primária e dos serviços de saúde, conhecida como a Carta de Lubiana (38), adotada na Europa, que orienta sejam os sistemas de saúde organizados e dirigidos para o respeito e promoção da dignidade humana, equidade, solidariedade, ética profissional, e é um desafio presente no

Brasil onde a Saúde é direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição Federal de 1988.

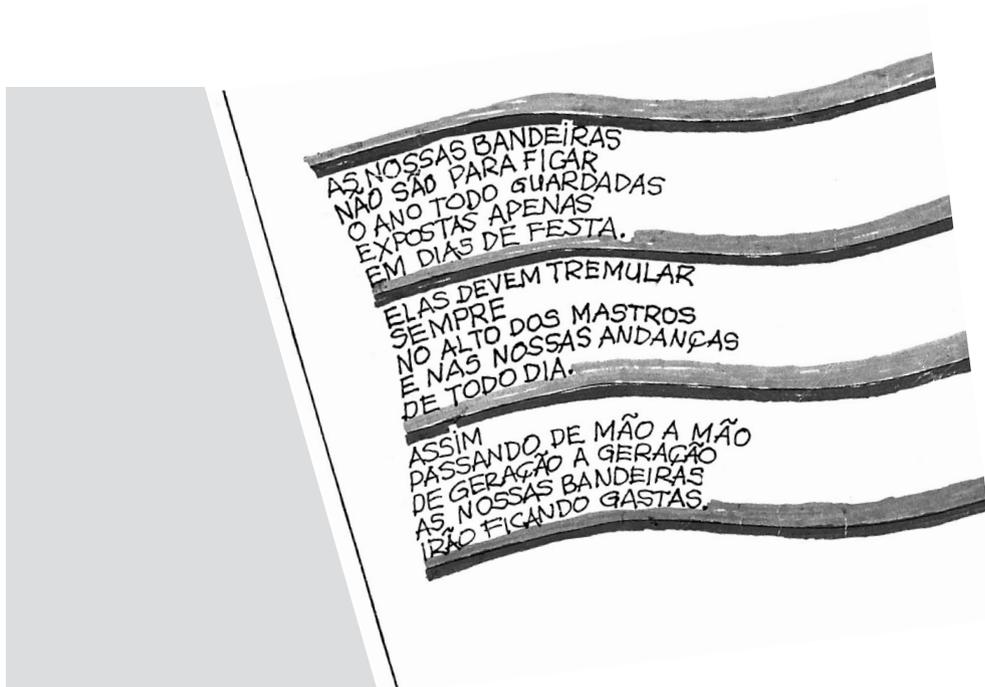
Referências

1. ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J.S. Saúde coletiva como campo de saberes e de práticas: abordagens e perspectivas. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med Book, 2014.
2. ALMEIDA, C. M.; PÊGO, R.A. Organização dos serviços de saúde. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1983.
3. ALMEIDA, E.S. Expansão e autonomia na APSP. In: BASTOS DE PAULA, S.H.; BOMFIM, J.R.A.; LOUVISON, M. et al. (Org.). **Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação do movimento sanitário paulista**. São Paulo: Instituto de Saúde/Associação Paulista de Saúde Pública, 2014. p. 108-114.
4. AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
5. BASTOS DE PAULA, S.H.; BARROS DA SILVA, R.M.; BONFIM, J.R.A. et al. A criação de Saúde em Debate, revista do Cebes: narrando a própria história. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33,n.81, p.148-155, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/saudeemdebate81.pdf>
6. BASTOS DE PAULA, S.H; BONFIM, J.R.A, LOUVISON, M. et al. (Orgs.). **Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação do movimento sanitário paulista**. São Paulo, Instituto de Saúde, 2014.
7. BERCOVITZ, L.K. La medicina en tiempos de Hipócrates. **Rev. Méd. Univer. Veracruzana**, v.7, n.1, ene./jun. 2007. Disponível em: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol7_num1/articulos/la%20medicina.htm
8. BONFIM, J.R.A; BASTOS, S. (Orgs.) **Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas, à medicina preventiva e à saúde pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothchild; 2009. (Saúde em debate, 206)
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família**. Bra-

- sília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>
10. CARVALHEIRO, J.R.; MARQUES, M.C.C.; MOTA, A. A construção da Saúde Pública no Brasil no Século XX e início do Século XXI. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública: bases conceituais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p.1-14.
 11. DAHLGREN, G.; WHITELEAD, M. **Social Model of Health. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe**. Stockholm: Institute for Future Studies; 2007. Disponível em: http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/05/dahlgren_whitehead.pdf.
 12. ESCOREL, S. História das políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et al. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-363.
 13. FOUCAULT, M. A política de saúde no século XVIII. In: _____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 15.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000. p. 193-207. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, 7)
 14. GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl.1, p.21-33, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>>.
 15. GRIGÓRIO, D.A. **Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS**. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_589454898.pdf.
 16. HAMILTON, W.S.; FONSECA, C.M.O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.10, n.3, p.791-826, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19301.pdf>>.
 17. LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. Tradução de Maria Cecília F. Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci S. Ramos. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, Rio de Janeiro, 1976.

18. LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C. et al. (Ed.) **Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.27-58.
19. NUNES, E.D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciênc. Saúde Col.**, v.13, n.3, p.909-916, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/13.pdf>
20. NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.3, n.2, p.5-21, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412901994000200002&script=sci_abstract
21. NUNES, E.D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciênc. Saúde Col.**, v.15, supl.1, p. 956-956, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/001.pdf>
22. NUNES, E.D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1752-1762, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a15v29n9.pdf>
23. NUNES, E.D. Henry Ernest Sigerist. Pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. **Educ Med Salud**, v.26, n.1, p.70-81, 1992. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10435.pdf>.
24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington, D.C., 1964. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>
25. PAIM, J.S. La Salud Colectiva y los desafíos de la práctica. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Washington DC, 1992. p 151-167. (Publicación Científica, nº 540)
26. PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
27. PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: _____. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 203 -219.
28. PINZÓN, C.E. Paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. **Acta Méd. Colombiana**, v.33, n.1, ener./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n1/v33n1a7>
29. PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A.; FALLEIROS, I. Ciência, técnica e fragmentação. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: FIDELIS,

- C.; FALLEIROS, I. (Orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 153-171. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=160>>.
30. REBOLLO, R.A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Sci. Stud.**, São Paulo , v. 4, n.1, mar. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662006000100003>
 31. ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Tradução, Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
 32. SINGER, H.E. **Civilização e doença**. Tradução, Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 2011. p. 73; 158; 150; 52. (Saúde em debate, 122)
 33. SOCIALIST HEALTH ASSOCIATION. Lord Dawson of Penn. Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services 1920 [Lord Dawson of Penn]. Manchester, 1920. Disponível em:<http://www.sochealth.co.uk/resources/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>
 34. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde, 2004.
 35. TAMBELLINI, A.T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos, expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP, 2003. p. 48-58.
 36. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, LB. O que é saúde coletiva. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p.3-12.
 37. WIKIPEDIA CONTRIBUTORS. **Charles-Edward Amory Winslow**. Wikipedia, The Free Encyclopedia. January 23, 2015, 22:09 UTC. Disponível em:<http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Charles-Edward_Amory_Winslow&oldid=643876172
 38. WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPEAN. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. **BMJ.**, v.312, n.7047, p.1664-5, Jun. 1966. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351397/pdf/bmj00548-0048.pdf>



Memória Social: narração e enraizamento

Sandra Maria Greger Tavares

Não se pode prescindir do apelo recorrente à memória na busca da preservação e recriação das experiências humanas. A memória coletiva é importante protagonista da história, constituindo-se como atenta guardiã perante as artimanhas do tempo.

Na Teogonia de Hesíodo descreve-se que, no princípio dos tempos, a memória era representada por uma divindade, *Mnemosine*, filha de *Urano* (Céu) e *Gaia* (Terra), irmã de *Chronos* e *Okeanos*. Encontram-se associações entre esta divindade e a enumeração (narração) vivificadora, diante aos perigos da infinitude e do esquecimento (9,8).

Em outra tradição grega, *Mnemosine* aparece como uma fonte, fazendo par com o rio do reino dos mortos, *Lehte*, que funciona como a fonte do esquecimento. No oráculo de Lebadéia, em ritual de iniciação, fazia-se a descida ao *Hades*. Caso o iniciado bebesse da fonte do *Lethe*, se esquecia de seu passado ao entrar no reino da noite. Caso bebesse da

outra fonte (*Mnemósine*), guardaria na memória tudo que tivesse visto e ouvido no outro mundo (12).

Este jogo entre memória e esquecimento, visão e escuridão, luz e sombra, aparece na tessitura de uma narração, sendo o depoente, de acordo com Cruz (3), aquele que conhece os segredos e os destinos da palavra, que aprende a errar o curso (e compor o discurso), a criar entre as brechas da memória.

Mas, ao falar, quem fala? Ao lembrar, quem e como lembra? Até que ponto pode-se contar com a condição objetiva das reminiscências construídas pelo filtro da memória?

Gonçalves Filho (6) sugere que, ao se construir uma narração, o sujeito é informado pela memória, que a um só tempo carrega um ponto de vista e uma memória social, posto que só se alcança o passado pautando-se em grupos de referência (família, comunidades). O autor refere que, desde Sócrates, considera-se uma opinião (*doxa*) como a formulação, em fala, da maneira como o mundo se parece para cada homem (*dokei moi*). O compartilhamento da vivência de um mundo “comum” não reside na equivalência das opiniões, mas no fato de que o mundo se abre a múltiplas opiniões, tantas quantas são os homens. Não é necessário, nem possível, se atingir a superação da diversidade de opiniões, mas é importante se construir uma forma de diálogo em que a opinião de cada homem possa ser compreendida pelo outro. Neste âmbito, a medida de condição objetiva está intrinsecamente relacionada a uma prática intersubjetiva: o que é considerado como verdade abrange um modo de ver que se deixa atravessar por outros e que implica acordos e conflitos, ou seja, pressupõe a superação, não da diversidade, mas antes, de um olhar particular e reducionista.

Halbwachs (7) já defendera uma concepção de memória que superou sua associação a uma atividade subjetiva e a inseriu definitivamente no plano societário, compreendendo-a como exercício de reconstrução do vivido, apoiado nos grupos sociais de pertença do sujeito.

Quanto à forma de construção de uma narração, Gonçalves Filho (6) propõe que, ao se compor/escutar um depoimento, vislumbra-se, nas redes construídas por meio da evocação da memória, uma plasticidade e um senso refinados, atravessadas por significações repletas de vitalidade. A memória abarca todas as camadas do psiquismo, operando não ape-

nas por meio do pensamento e do discurso, mas também pela percepção, fantasia, imagens e afetos.

Bosi (1) apontou que o passado narrado por quem viveu a experiência carrega “uma realidade e uma vitalidade que não podemos encontrar em arquivos mortos e inertes” (p. 458). A elaboração da experiência realizada pelo depoente remete a um processo psicoterapêutico, uma vez que o sujeito se lança a um mergulho em suas reminiscências que, muitas vezes, propõe o desvendamento de enigmas, o enfrentamento de contradições, a princípio angustiantes.

De qualquer modo, a memória oral tem sido cada vez mais valorizada como método de investigação e discurso em ciências humanas. Frochtengarten (5), inspirado no questionamento levantado por Ecléa Bosi (1) sobre a motivação implícita a essa tendência memorialista (seria apenas um modismo acadêmico?), estabeleceu interessante relação entre a experiência de narração do passado e uma modalidade de resistência ante à ameaça de desenraizamento no mundo contemporâneo.

Bosi afirma que “do vínculo com o passado se extrai a força para formação de identidade (1994, p. 16)”, com base nas ideias de Simone Weil (13) que definiu enraizamento como aproximação à seguinte experiência: “(...) O ser humano tem uma raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro” (13).

A inserção na cidade, a recorrência dos meios ambientes vividos e experimentados, cria um vínculo entre o indivíduo e o lugar que produz enraizamento, mas que pode ser facilmente rompido nas condições sociais contemporâneas: “A vida de um grupo se liga estreitamente à morfologia da cidade: esta ligação se desarticula quando a expansão industrial causa um grau intolerável de desenraizamento” (1).

Gonçalves Filho (6) relaciona o desenraizamento, em sua dimensão política, a uma forma de impedimento, pois interfere negativamente na interação social, nas formas de comunicação com o passado e na expansão do campo de iniciativas, promovendo o isolamento e favorecendo lembranças pessoais e egocentradas.

A quebra de laços com os lugares e as pessoas, intensificada pelas dinâmicas da globalidade socioeconômica, aciona vivências de ruptura,

ameaça as tradições, enfraquecendo a participação e a coesão social no mundo contemporâneo.

Frochtengarten (5) considera a ruptura biográfica como a dimensão psicológica do desenraizamento social, à medida que o esvaecimento da significação da vida coincide com um esvaziamento identitário. O autor sugere que a memória oral, como forma de participação dos homens no domínio político, contrapõe essa tendência atual ao isolamento. “Quando habita o campo compartilhado por narrador e ouvinte, o passado de um homem ingressa no regime de inteligibilidade de outros homens, aproxima-se do passado do grupo (p.373).”

Depreende-se dessa discussão a relevância de se alargar e valorizar os espaços de visibilidade e articulação entre formas diversas de discurso e investigação com base na memória oral no campo científico, entre outros.

No que se refere ao meio científico da saúde, encontram-se recomendações explícitas, como as que constam no Termo de Constituição da Rede História e Patrimônio Cultural da Saúde (2), no sentido de fomentar a elaboração de registros de história oral e a produção de documentos acerca de memórias e práticas tradicionais, entre outras manifestações culturais, bem como da experiência de indivíduos, instituições e grupos em torno dos temas da saúde.

Ao considerar-se, com base nas ideias de Sawaia (10), a dimensão ética e afetiva do conceito de saúde, então se pode compreender saúde como potência de ação, ou seja, como liberdade, possibilidade de ter esperança e transformá-la em ação, mobilização, emancipação, projeto de vida, e não como ausência de doença: “Potência de ação é a capacidade de ser afetado e afetar o outro num processo de possibilidades infinitas de composição da vida. (...) É a unidade do corpo e da mente configurando uma força que vem da alegria de saber-se causa dos próprios afetos e senhor das próprias percepções e ações” (4).

A saúde como potência de ação implica a capacidade de pensar, sentir e agir, com consciência de si (dos desejos e sentimentos, dos motivos) e consciência do mundo (de sua inserção no humano e do contexto em que se dá essa inserção), segundo Dias (4).

De acordo com a autora, saúde é uma questão eminentemente sócio-histórica e, portanto, ética, porque é um processo da ordem da con-

vivência humana. É necessário considerar nas reflexões sobre saúde, a ideia de humanidade, bem como a temática do sujeito e a maneira como se relaciona com o social – família, trabalho, diversão e sociedade (4).

Ao compreender-se saúde como potência de ação, assume-se um comportamento político que guarda afinidade com o referido movimento de recuperação e valorização da memória oral no processo de preservação das experiências humanas e de enfrentamento do desenraizamento, pois nas duas situações se reafirma a dimensão sócio-histórica e coletiva da saúde.

Decorre que o estímulo a iniciativas que recomendem a recuperação e a preservação da memória coletiva da história da saúde, sejam por meio de práticas discursivas e/ou formas de investigação científica, consiste, antes de tudo, em instrumento para fertilizar a potência de ação de seus atores, revelando-se, por que não dizer, como um modo de promoção de saúde.

O entrelaçamento construído nesta obra por meio da integração entre provas de testemunhas e documentos sobre a história da Atenção Básica em São Paulo certamente se compõe de modo a sustentar e veicular a diversidade de perspectivas inerente ao campo da Saúde Coletiva.

A sintonia de diferentes vozes que participaram ativamente da desconstrução e reconstrução de modelos de saúde no Brasil, com a difusão de reminiscências de seus agentes estratégicos no movimento sanitário paulista, resulta em método de análise acerca de direções políticas que se tem imputado aos planejamentos técnicos das políticas públicas de saúde, em especial, no que tange aos princípios de organização que tem regido o Sistema Único de Saúde e que adotam o modelo da Atenção Básica como estrutura de acesso ao sistema de saúde em todo país.

Referências

1. BOSI, E. Memória política. In: BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. p. 453-467.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz. Termo de constituição da Rede História e Patrimônio Cultural da Saúde. In: CONGRESSO REGIONAL DE

- INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 7., Salvador, 2005. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/atualidades/termoconstituicao/hpcs.pdf>>.
3. CRUZ, B. Memória e invenção. **Rev. Margens Virtual**, Pará, v.1,n.1, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/nupe/artigo2.htm>>
 4. DIAS, M.D.A. Jovens trabalhadoras e o sofrimento ético-político. **Psicol. Soc.**, v.26, n.esp.2, p.93-102, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/seerpsicoc/ojs2/index.php/seerpsicoc/article/view/3837/2463>
 5. FROCHTENGARTEN, F. A memória oral no mundo contemporâneo. **Estud. av.**, São Paulo, v.19, n.55, p.367-376, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v19n55/26.pdf> GONÇALVES FILHO, J.M. Problemas de método em Psicologia Social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In: BOCK, A.M.B. (Org.). **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 193-239.
 6. GONÇALVES FILHO, J.M. Humilhação social: um problema político em Psicologia. **Psicol. USP**, v.9, n.2, p.11-67, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-65641998000200002&script=sci_arttext
 7. HALBWACHS, M. *La mémoire collective*. Paris: PUF; 2001.
 8. HESÍODO. **Teogonia. A origem dos deuses**. Tradução e estudo de Jaa Torrano. São Paulo: Iluminuras, 2003. (Biblioteca Pólen).
 9. MENESES. A.B. Do poder da palavra. **Remate de Males**, Campinas, v.7, p. 115-124, 1987. Disponível em: <http://revistas.iel.unicamp.br/index.php/remate/article/view/2964/2447>
 10. SAWAIA, B.B. Affectivity as an ethical-political phenomenon and locus for critical epistemological reflection in Social Psychology. **Int. J. Crit. Psychol.**, v.9, p.169-210, 2004.
 11. SAWAIA, B.B. Afectividad y temporalidad en el cuerpo teórico metodológico de la psicología social: una reflexión sobre el proceso de salud y enfermedad. **Rev. AVEPSO**, Caracas, v.21, p.53-64. 1999.
 12. VERNANT, J.P. **Mito e pensamento entre os gregos**: estudos de psicologia histórica. Tradução de Haiganuch Sarian.. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
 13. WEIL, S. O desenraizamento. In: BOSI, E. (Org). **Simone Weil - a condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1996. p. 407-440.



Narrações sobre História e Memória da Atenção Básica

Silvia Helena Bastos de Paula

Na década de 1920, o britânico *Lord* Bertrand Edward Dawson (26,45) Visconde de Penn, trazia os conceitos de Cuidado Primário, Secundário e Terciário relacionados com a organização de serviços de saúde em determinado território. Esse modelo é baseado no conceito de regionalização, com sua organização e coordenação de serviços e recursos de saúde em área definida, com ênfase na base de atenção primária.

A ideia é que o nível primário do sistema de saúde atendesse ‘problemas de saúde mais comuns’, o que é bem diferente de um sistema para atender os ‘problemas de saúde mais simples.’ Este é um aspecto que vale a pena ressaltar. Este nível teria a responsabilidade de realizar medidas preventivas como imunização, por exemplo, e resolveria mais de 80% dos problemas que motivam procura por serviços de saúde, seja médico ou de outro prestador de cuidados (57).

As entrevistas que serão apresentadas nesse capítulo são oriundas do ato de lembrar experiências na luta política para construir um modelo de intervenção em saúde, que não se constituísse em ‘medicina para pobres’, mas em um direito de terem saúde íntegra.

Este capítulo é apresentado em sete subtítulos que tratam de: conceito de atenção primária e atenção básica; modelos que antecederam a atenção primária; surgimento da atenção básica, movimentos e personagens na constituição da atenção básica; influência dos movimentos populares na atenção básica; obstáculos enfrentados no processo de reforma da saúde; percursos pessoais dos entrevistados que é a última parte das narrações, seguida de notas de edição. Este capítulo é também um tributo em respeito ao vivido e realizado por eles e seu legado para a sociedade paulista e brasileira.

A História Oral (40) contribui na formulação de documento histórico, pois estimula a recuperação da memória individual, coletiva e reflexão social que o narrador faz no tempo entre as lembranças do passado e as referências de suas experiências do tempo passado e presente (4). A narração oral é descrita como forma primária de obtenção de conhecimento, que sendo ou não científico, originará o documento escrito, que é a materialização da fala gravada. O registro oral deve ter base em roteiros para as entrevistas que permitirá orientar a pesquisa para a obtenção de material que origine documento histórico e permita reflexão social.

As entrevistas de História Oral desta edição foram realizadas em 2007, por um grupo de pesquisadores do Instituto de Saúde coordenados pela historiadora Maria Lúcia Barros Mott, (58) e pela singularidade das memórias e evocações de cada entrevistado permitem conhecer não somente fatos e acontecimentos, mas a reflexão e a reconstrução do vivido, identificando crenças e valores que moveram pessoas, grupos e sociedades em certo momento histórico. Embora tenha início pelos depoimentos individuais, haverá também, neste capítulo, a indicação de memórias que apontaram para o coletivo.

Conceitos de Atenção Primária de Saúde e do modelo brasileiro de Atenção Básica de Saúde

Considerações iniciais dos entrevistados sobre histórico, conceitos, dilemas e sinergias entre Atenção Primária e Atenção Básica (23,30,59,60) são evocadas por **Ana Luiza d'Ávila Viana**^{XXI 1}:

“[...] Para pensar a questão da atenção básica, é importante se discutir a configuração, a gênese dos grandes sistemas de saúde e proteção social. Quer dizer, no início do século XX se constituiu os dois grandes sistemas que modelam até hoje a saúde e a proteção social, que é o sistema de seguro e o sistema da seguridade social [...] O sistema de seguro é baseado na contribuição dos trabalhadores, [...] e é uma proteção voltada para aqueles inseridos no mercado formal de trabalho – os trabalhadores. [...] contra dois grandes riscos sociais: o risco de adoecer e o risco de envelhecer [...] O outro grande modelo é o modelo da seguridade, que é o da universalidade, que pressupõe uma responsabilização coletiva pelos riscos sociais. É o Estado que se responsabiliza por todos os riscos sociais, e quais são esses riscos? O risco de adoecer, o risco de envelhecer, o risco de ser excluído, o risco de se acidentar..”

Nelson Rodrigues dos Santos^{XVII}, ‘Nelsão’, é docente e ativista pelas reformas do sistema de saúde e nas suas lembranças se reporta ao início dos anos de 1960 para tratar da conceituação de Atenção Primária de Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) relacionando-as aos Programas de Extensão de Cobertura^(N.E.45) 2:

“[...] A Atenção Primária surgiu nos anos 60 nos ciclos de regimes políticos e de tensões sociais da América Latina. [...] nos anos 1960-1970 foram famosos os chamados ‘Programas

1 A numeração sobrescrita em algarismos romanos indica a relação dos entrevistados, organizados por sobrenome, constantes a partir da página 223.

2 As notas de edição estão disponíveis a partir da página 185.

de Extensão de Cobertura, para populações rurais, de cidades menores, populações marginais de cidades grandes. [...] Então esses programas de extensão de cobertura se desdobraram rapidamente na Atenção Primária, que [...] nasce nessa linha de dinâmica social [...] no sentido de exigir nos bairros periféricos de cidades médias, nas cidades pequenas, na zona rural alguma instalação física nem que fosse um postinho, uma simples sala, um simples local, ou um médico ou um dentista que se não pudesse morar lá que viesse duas vezes por semana em dias fixos e horários fixos, quer dizer, essas pequenas reivindicações começam crescer, a população já não estava ficando satisfeita só com uma oferta eventual [...] E outro grande acontecimento no final dos anos 1970 foi a Conferência Internacional de Alma Ata [...] o temário básico dessa conferência foi a Atenção Básica, não vista mais como extensão de cobertura, compensatória, mas a Atenção Básica como alta resolutividade de atenção integral à saúde, através de unidades de saúde próprias para as populações da cidade e da zona rural.[...] essa Atenção Básica se esforça, como vem se esforçando até hoje, para não ser uma finalidade em si mesma, compensando exclusões da população, mas com finalidade estratégica de ser a base de estruturação do novo sistema de saúde.”

Carlos Botazzo^{III} se recorda dos movimentos da Política Nacional de Saúde que nomeiam a rede de Saúde Pública de Atenção Básica e reflete sobre a equivalência desses conceitos:

“Atenção primária [...] é a denominação utilizada em todo mundo, mas como um conjunto de práticas que fossem básicas, quase como uma ‘cesta básica’ de saúde, digamos assim, para determinadas populações... só a partir de 2003, que surge a primeira conceituação do Ministério da Saúde para Atenção Básica [...] Se levo em conta que essa categoria Atenção Básica emerge em 2003 e os julgo de um modo ou de outro o conteúdo que ela expressa; é um conteúdo que já es-

tava colocado em Políticas Públicas antes mesmo do Sistema Único de Saúde, no PIASS³ e nas AIS⁴, aqui em São Paulo, no Programa Metropolitano de Saúde^{N.E.47}, naquilo que começamos a discutir a partir dos anos 1980. Já a partir de 1984, há os primeiros embriões da Reforma Sanitária, penso que, salvo as particularidades com que o Ministério hoje reveste a Política de Atenção Básica, ela não tem grande particularidade, na minha opinião, ou uma grande especificidade que possa diferenciá-las das políticas anteriores”

Botazzo, na época desta entrevista exercia a função de Pesquisador em Políticas de Saúde com ênfase na Saúde Bucal, tece intersecções com o modelo de Leavell e Clark e amplia esta concepção para dimensões das condições de vida e das sociabilidades:

“O conceito do Ministério da Saúde tenta emendar para caracterizar o que viria a ser a Atenção Básica, mas salvo o Brasil, que usa essa expressão atenção básica [...] essa denominação, não sei até que ponto de fato ela se equivale a de atenção primária, em princípio sim, é que a atenção primária, por outro lado, [...] vem ligada aos níveis de prevenção, na promoção da saúde, ela compõe um conjunto de atividades que são extra saúde. São intersetoriais [...] A promoção da saúde vem a ser a promoção das boas condições de existência: a educação, salário, moradia, transporte, [Leavell & Clark] até denomina a primeira divisão dizendo a certa altura: condições agradáveis de trabalho são essas condições de vida, digamos assim que são boas condições de vida, boas condições de existência, boas condições de sociabilidade, boas condições para o desenvolvimento das potencialidades, acesso às oportuni-

3 Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, para estruturar a Saúde Pública nas comunidades de até 20 mil habitantes.

4 AIS – Ações Integradas de Saúde, estratégia de transição do modelo de atenção fragmentada e centralizada para um sistema único e descentralizado de Saúde, que previa avanços rumo à definição de papéis para o alcance das ações integrais, com remessa de recursos da Previdência Social aos estados e municípios. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

dades iguais para todos que permitiriam o desenvolvimento dessas formas de sociabilidade, formas de associabilidade, enfim, elas poderiam gerar uma sociedade melhor. Esta seria, nesta concepção de atenção primária, a ideia da promoção da saúde. Acho que, contrariamente hoje, apesar da promoção da saúde estar muito focada no ambiente da própria saúde, se restringe muito à própria saúde e quando muito à prevenção e à educação em saúde.”

Para **Luiza Sterman Heimann**^{xii}, a diferença se explica por movimentos liderados por órgãos internacionais da década de 1970:

Essa diferença conceitual entre a Atenção Primária e a Atenção Básica vem se construindo historicamente desde o marco que foi a Conferência de Alma Ata (1978), onde se veicula no mundo, e particularmente na América Latina, através da OPAS⁵, uma estratégia de saúde para todos no ano 2000 (SPT 2000). Isso significava a necessidade naquele contexto político e econômico de extensão de cobertura de saúde para as populações, principalmente para os países subdesenvolvidos. Esse termo, Atenção Primária, vem cunhado aí de uma proposta de política de saúde, informada pela teoria da medicina preventiva, onde a atenção primária era considerada como um primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e de atenção à saúde possível para determinada sociedade, que incluía ações de prevenção e cura para as patologias mais frequentes. Este modelo teórico da medicina preventiva tinha como explicação para saúde e para doença a história natural das doenças [Leavell e Clark] com um foco essencialmente biológico, da saúde e da doença, onde os fatores ambientais ou sociais eram mais um fator — e por isso a palavra fator — explicativo dessa saúde ou dessa doença que, portanto, gera-

5 OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.

va intervenções de prevenção também nesses fatores causadores de doenças – sejam os ambientais, sejam os sociais.”

Leavell & Clark (1976) trouxeram o modelo da História Natural da Doença (HND) e um esquema conceitual organizado em níveis de atenção, que estabeleceu os níveis de prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Estes níveis compreendem cada um: prevenção primária, que inclui promoção de saúde e proteção específica; prevenção secundária, que inclui diagnóstico precoce (ou oportuno para intervenção e evitar dano), cura e limitação do dano; e, por último, a prevenção terciária, que inclui convalescença e reabilitação.

De acordo com **José da Silva Guedes^x**, a ideia norteadora da Atenção Primária é resolver os problemas relativos às doenças prevalentes e ordenar o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde:

“A ideia fundamental da Atenção Primária é aquela em que se garantem os cuidados para as patologias mais prevalentes, medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças e acesso aos diferentes níveis de complexidade que se tem num processo de assistência à saúde. O grande valor de uma assistência primária em saúde é que se destaca a responsabilidade continuada por uma clientela.”

José Carlos Seixas^{xix} discorre sobre o conceito de Atenção Básica e a visão sistêmica do conjunto de serviços disponíveis:

“Com certeza, a Atenção Básica não é aquilo que é básico, mas aquilo que deve ser feito, é aquilo que é condição primordial e importante para que o todo seja feito, [...] A explicação do primário nesse sentido é como algo que faz parte de um todo sempre, mas o que diferencia isso tudo é a condição de maior frequência, de facilidade, de resolutividade e de custo mais baixo, de maneira que se possa implantar uma rede de serviço que é parte de um todo, que é o sistema de saúde, o que se fizer na Atenção Básica facilita a possibilidade de resolução

dos demais problemas, por isso esse conceito de Atenção Primária, Secundária e Terciária tem uma concepção específica, de ocorrência de dificuldades e de custo operativo que implica a resolução do todo” [...].

Para **Eurivaldo Sampaio de Almeida**^I, não há diferenças de essências entre os dois conceitos:

“Primeiro quero manifestar minha opinião que não há e que não deve haver diferenças, para não complicar ainda mais o processo. A luta é para aplicar o modelo e não para colocar esta ou aquela denominação. A luta é para colocar isso dentro do processo saúde-doença referindo-se ao nível de atenção que foi chamado de primário, secundário e terciário, na operacionalização das ações de saúde, na integração horizontal e vertical em um mesmo processo de atenção. A atenção básica é o primeiro nível no escalonamento do sistema e representa a busca do melhor método técnico-operacional para disponibilizar o acesso às ações de saúde e a população utilizar essa atenção.

Pedro Dimitrov^{VIII} reforça a ideia de atenção básica e território relacionada com a base do sistema de saúde:

[...] “A ideia de assistência primária ou básica é universalizar a assistência, é da assistência médica no nível local com a tecnologia disponível, da forma mais adequada possível e com um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado. Serviço horizontalizado em que as unidades e profissionais de Saúde olham o território, os determinantes de saúde e fazem uma Saúde Pública adequada para enfrentar os problemas de saúde daquela população e funcionam em rede.” [...].

O professor **Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**^{VI} busca a diferença nas origens do conceito ligado à Medicina Preventiva na década de 1970:

[...] “Atenção Primária mais referida à experiência norte-americana estaria ligada à visão ecológica da doença, aos níveis de prevenção, [...] nasce mais como conceito ligado à Medicina

Preventiva. Na década de 1970, o conceito tem certa precisão e depois vai se misturando e começamos a falar mais em atenção básica. [...] no começo da década de 1970 surgiu muito ligada à escola médica e à incorporação de certo idealismo da medicina preventiva que vem junto com ele, mas já no final da década, não! No final da década de 70 o objetivo dela, no caso do estado de São Paulo, é bem preciso mesmo, é implantar uma rede capaz de, vamos dizer assim, trabalhar a partir do referencial da epidemiologia com os grupos prioritários, desenvolver ações de Saúde Pública para determinados grupos prioritários. Então, Atenção Básica fica mais ligado como a porta de entrada de um sistema de saúde com vários graus de complexidade, e vai deixando um pouco para trás aquele conceito mais da atenção primária como uma certa tecnologia de prevenção, de promoção, [...] no momento, o conceito de Atenção Básica se firmou, ele talvez tenha um deslocamento conceitual assim na Atenção Básica, ele incorpora com mais ousadia a questão da assistência médica, trabalhar com a demanda, com a assistência, e vai se confundindo com o conceito de porta de entrada de um sistema hierarquizado que o SUS foi dando a configuração. Na década de 80 ela já vem definitivamente misturada, quer dizer, como objetivo, é a ampliação do acesso mesmo, é a incorporação de maiores segmentos da população, ele amplia acesso, a partir da década de 1980 e 1990 os objetivos da política de atenção primária são basicamente essa ideia da incorporação da população e de porta de entrada para um determinado sistema de saúde”.

Cecílio amplia suas evocações para um período posterior quando foi instituído o SUS:

“Em 1990 com a criação do SUS⁶ e depois com as NOB⁷, com a municipalização, com o repasse de recursos, então a gente

6 SUS – Sistema Único de Saúde. Constituição Federal de 1988, Art. 198 e Lei 8.080/1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

7 NOB – Normas Operacionais Básicas formuladas para nortear o processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Disponíveis em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/legislacao/legislacao.php>

praticamente em duas décadas, ou menos de duas décadas, já tem uma forte expansão do que se poderia chamar de uma rede de atenção primária no Brasil, que nos faz bastante diferenciados em relação à maioria dos países, é uma experiência bem brasileira”.

José Ruben de Alcântara Bonfim^{II}, que se define como um sanitário com formação em medicina, para dar ênfase na importância que este curso teve na sua vida, entende que Atenção Primária ou Cuidados Primários de Saúde são sinônimos de um sistema resolutivo que atenda a maior parte dos problemas de saúde, ou seja, os mais frequentes:

“Cuidados primários ou atenção primária: é o atendimento abrangente às necessidades de saúde da maior parte da população; não entram nesse conceito apenas as doenças consideradas raras, de baixa prevalência. [...]”

Gastão Wagner de Sousa Campos^{IV} considera Atenção primária e Atenção Básica como termos sinônimos, e se refere a uma crítica formulada à proposta de Alma-Ata entendida por muitos como saúde para pobres:

“Considero sinônimos os termos atenção primária à saúde e atenção básica. Numa época considerou-se o termo primário pejorativo, passando-se para o Básico. Os termos indicam a mesma coisa, que é o primeiro nível de atendimento do sistema de saúde organizado.”

Para a sanitária e gestora da Atenção Básica **Rosa Maria Barros dos Santos^{XVIII}**, a explicação para a diferença da Atenção primária brasileira pode ter ligação com as críticas ao modelo de APS de Alma-Ata:

[...] “Em 1978 ocorreu a Conferência de Alma-Ata que trouxe a discussão do que seria uma medicina simplificada, uma cesta básica de atenção para os países em desenvolvimento. Então vamos fazer ações que sejam na verdade de grande impacto, mas que sejam de baixo custo. E daí começamos a discutir muito que seria Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. O termo primária vinha com conotação muito negati-

va justamente por que dizia respeito a essa cesta básica para a população” [...].

Nelson Ibañez^{XIII} discorre sobre vários aspectos que segundo suas lembranças influíram na proposta conceitual de Atenção Primária e refaz o trajeto de construção da Atenção Básica em São Paulo:

[...] “os cuidados primários eram uma parte integrante e estruturante, mostrando que poderia ter ações racionalizadoras a partir dessa atenção primária. Então tem várias definições de atenção, mas ela vai se concretizando na medida em que a periferia de grandes centros começam a ter necessidade de expandir a rede de cuidados, [...] e tendo gerações politicamente engajadas como a de 1964 a 1968, de esquerda como aqui em São Paulo onde a geração de 1968 assume realmente parte desse movimento sanitário⁸ [...] Então, definição de cuidados primários de Alma-Ata, depois há na [Organização Pan-Americana de Saúde] OPAS uma discussão sobre sistemas de saúde e sistemas locais de saúde. A ideia é que o Centro de Saúde faz parte de uma rede [início da década de 1980]. Essa concepção de atenção básica então já... é uma concepção em que há descentralização, hierarquização, porta de entrada, atendimento à necessidade de saúde da comunidade.”

Jorge Kayano^{XIV}, médico sanitarista e pesquisador, complementa com detalhes sobre os termos contextualizando a dicotomia entre assistência hospitalar e Saúde Pública:

[...] O termo Atenção Primária aqui no Brasil foi [...] assumido e disseminado pelo pessoal da Saúde Pública para tentar fazer avançar um pouco a ideia de consolidação, de um programa ou de um projeto de atenção à população, que conseguisse fazer valer a expressão completa do conceito de saúde, fugin-

⁸ Movimento sanitário corresponde à ação organizada a partir do Departamento de Medicina Preventiva, na década de 1970, e tinha um pano de fundo que era resolver as questões da fragmentação da política de saúde entre medicina previdenciária e saúde pública. Este movimento foi ampliado com junção de classes sociais diversas em torno de um processo de luta política e técnica pela redemocratização e pela conquista de saúde do país.

do da visão primária de total bem-estar físico, mental e social, para uma compreensão associada fortemente às condições de vida e, portanto, às necessidades de saúde [...] com atuação nas condições de vida e, principalmente, no meio ambiente, nas condições de moradia e de trabalho — fazer essa ideia prevalecer num sistema de saúde. Na época, todo o sistema era fortemente direcionado pela atenção hospitalar e pela atenção médica. [...] a partir de certo momento, o termo atenção primária começou também a ser considerado inadequado por se associar muito fortemente a uma visão de atenção de baixa qualidade ou de baixo custo ou de atenção para pobre. Isso fez que o termo aqui no Brasil acabasse encontrando alguma resistência, dificuldade, porque os que defendem a prioridade das ações voltadas para o controle e para a melhora de condições de vida da população não entendem que isso seja redutível à ideia de uma atenção de baixa qualidade ou para pobre, mas eu [tenho que] o termo atenção básica acabou sendo ventilado aqui no Brasil um pouco como tentativa de fugir dessa conotação mais negativa do termo atenção primária. Então, resumindo, no fundo acho que as duas expressões são idênticas e não me preocuparia tanto com uma diferenciação muito radical entre esses dois conceitos. Acho que se deve saber que têm histórias [um pouco] distintas.”

Para **Ausonia Donato**^{IX}, educadora atuante nas campanhas de erradicação da varíola em todo estado de São Paulo (37,53) e na formação e pesquisa em Educação em Saúde nos dias atuais, narra seu contato com o conceito de Atenção Primária:

“Foi com a Alma-Ata, que foi um pilar, em 1978, quando pela primeira vez se usa a tal expressão - Atenção Primária -, mas qual será a diferença lá de uma coisa que me ensinaram do Leavell & Clark, que dizia, atenção primária, secundária, terciária... até tive em aula ótima do Otávio Mercadante. [...] aí fui entendendo realmente a crítica que se fazia, que era um outro conceito mesmo, que atenção primária era vista aí,

veja, um dos elementos importantes era na reorganização, na reestruturação dos serviços para darem conta mesmo das necessidades da população. ‘Básica’ pelo que estou entendendo seria assim: todas as ações para os vários grupos etários, as ações de saúde, seja no âmbito de prevenção como até de recuperação das pessoas nas várias faixas etárias, nos vários ciclos de vida, para atender melhor a sua saúde. [...], até falava-se porta de entrada, eu achava muito esquisito esse nome, até que entendi que porta de entrada era isso [...] alguém chega num lugar, [...] onde se organizasse os serviços para dar conta dessas necessidades de saúde, ou seja, deixa-se então [...] os programas absolutamente verticalizados.”

José da Rocha Carvalho^V narra fatos que recupera desde a década de 1950, e o início quando se começou a falar do conceito de Atenção Primária e a confusão entre os níveis de atenção em saúde, e ressalta a discriminação com a medicina preventiva no templo da medicina paulista [FMUSP] e traz a lembrança do professor Paulo Vanzolini^{N.E.43}:

[...] no curso de medicina se dava pouca atenção nessa ideia de atenção primária [...]. A estatística vital foi colocada para nós aos sábados à tarde como um curso optativo, com o professor Paulo Vanzolini. [...]. Começa a se falar de atenção primária e da confusão com os níveis de atenção e a proposta política de discutir do que venha a ser uma atenção primária.[...] Na concepção da Organização Mundial da Saúde, a de Alma-Ata, a atenção primária é a estratégia de alcançar saúde para todos, com os instrumentos que estiverem disponíveis na comunidade onde você estiver inserido, portanto, não obrigatoriamente através de ações muitos simples, ações de um nível mais rudimentar, daquilo que for possível disponibilizar universalmente [...] Acredito que encontrei com a [...] minha lente o que é atenção básica, nessa construção dialética, entre os técnicos, profissionais e a população, ao se identificarem necessidades e as problematizar, e transformando em problemas, você identifica aquilo que será básico, para você ter sucesso.[...] Esta manei-

ra operacional de atenção básica que agora vou elaborar, um pouco está na ideia e por outro lado na atenção primária que considero, há uma confusão fortíssima, com nível primário de atenção rudimentar, elementar, aliás, o Mário Magalhães [da Silveira]^{N.E.32} fazia um contraponto: não confunda atenção primária com atenção primitiva!

Marina Ferreira Réa^{XVI} reforça a ideia de similitude entre os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica:

“Para mim eu falaria em atenção básica ou atenção primária igualmente, mas... não sei se as pessoas que estudam isso estão criando essa diferença. Mas nesse período que trabalhávamos como sanitaristas no nível local ou regional não fazíamos nenhum tipo de diferença, ora chamávamos de atenção básica, ora chamávamos de atenção primária, não era uma questão relevante na época, isso é uma coisa recente [...]”

Maria de Lima Salum e Moraes^{XV}, psicóloga e pesquisadora atuante na Saúde Mental, refere sua visão do modelo preventivista (3) que prevalecia sobre a construção do que se compreende por atenção primária e atenção básica no município de São Paulo:

“Na época não se falava em atenção básica, muito menos em atenção primária, não se usava essa terminologia, se usava muito prevenção primária, prevenção secundária, que são termos com conotações diferentes. Na verdade cabia atenção primária e os três níveis de prevenção, mas atenção primária existia, porque existiam os postos de assistência médica, só que atendiam ainda no modelo preventivista. Com a entrada do doutor José da Silva Guedes na saúde do município de São Paulo [1983-1985] e do José Carlos Bittencourt [Diretor do Departamento de Saúde da Comunidade] no governo do prefeito Mario Covas⁹, gestão na qual houve uma mudança de

9 Mário Covas. Prefeito de São Paulo de 1983-1985. Lista de governantes da cidade de São Paulo. Disponível em: http://ww1.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/organogramas/index.php?p=574

proposta política, uma revolução e também forte resistência [...] O que acontecia na época era que as hoje denominadas Unidades Básicas de Saúde se chamavam Postos de Assistência Médica [PAM] e tratavam basicamente de puericultura e acompanhamento da gestante, com as consultas de pré-natal e puerpério, e acompanhamento do desenvolvimento da criança. [...] embora o termo Unidade Básica da Saúde já date da época do prefeito Mário Covas, em 1985, [...] esse termo Atenção Básica começou a ser utilizado pelos trabalhadores da saúde a partir mesmo das normatizações do SUS”.

Rosicler Aparecida Viegas Di Lorenzo^{VII} relaciona o conceito de Atenção Básica com a Norma Operacional Básica de 1996:

“[...] o termo Atenção Primária era considerado como uma coisa menor, com menos recursos, menos pessoal capacitado e destinada aos pobres, por isso se resolveu mudar o nome... para ter maior aceitação... e ela ficou forte mesmo com a NOB-96¹⁰ quando começa a ser chamada de Atenção Básica nas portarias do Ministério da Saúde [...].

Os Conselheiros de Saúde que atualmente estão sob a legalidade conferida pela Lei 8.142 de 1990¹¹ já foram militantes em tempos de pouca legitimidade. Entretanto, sua visão sobre Atenção Primária e Atenção tem diferenças:

Para **Luiz José de Souza^{XX}**, ativista comunitário do movimento de Saúde:

10 NOB-1996 (Norma Operacional Básica de 2006). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

11 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde e da Outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Nota. Esta lei define o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde e participação por meios democráticos na formulação das políticas públicas de saúde. Neste sentido, mesmo diante de muitos obstáculos, o usuário do serviço passa a ter o direito, bem como o dever, de deliberar sobre planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde, assim como gestão financeira e administrativa do SUS. Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas permanentes e paritárias na relação entre usuários e demais componentes. As reuniões devem ser abertas e em tese qualquer pessoa pode participar das discussões acerca da gestão dos serviços de saúde e apresentar demandas para discussão nos conselhos.

[...] “O que se entende por atenção básica é um conjunto de atividades e ações dentro do setor saúde e do sistema de saúde, e tem uma verba apertada de transferência de recurso financeiro para seu exercício, essa seria a primeira colocação que faria” [...].

Naelson Correia Guimarães^{XI}, criador do Conselho Popular de Saúde da Zona Norte e Conselheiro do Conselho Municipal de Saúde, também não percebe diferença entre os dois termos:

“Nunca vi essa diferença, depois é que começaram a criar Unidades Básicas, é esse o Centro de Saúde, mas eu acho que todos eles têm a mesma função, não tem diferença, não [...] Eu acho o seguinte: que o Centro de Saúde na minha compreensão é a mesma coisa de Unidade Básica de Saúde, que antigamente dava-se o nome de Centro de Saúde que tinha as visitadoras, veja senhora, tinha duas, três pessoas, tinha a função de visitadoras da saúde, o trabalho delas era de sair de casa em casa de família em família, visitando [...] aqui funciona a unidade básica, que tem o nome de UBS – Unidade Básica de Saúde. Aqui em Santana tem hoje um Centro de Saúde, que fechou e foi transformado em Ambulatório de Especialidades (AME) e atende pessoas com tuberculose e portadores de AIDS. Eu não sei fazer essa diferença” [...].

As noções contemporâneas de cuidados primários ainda são derivadas do modelo biomédico de diagnóstico, tratamento e cuidados, e para serem equacionadas com atenção primária muitas vezes ainda são planejadas em “pacotes” para grupos, de forma seletiva (47,61) e como percebe um dos conselheiros entrevistados existe uma impressão de carência de recurso que pode ser a forma de expressar a ideia de medicina para pobres.

A atenção primária é definida em Alma-Ata como o primeiro ponto de contato ou porta de entrada do sistema de saúde para determinada condição de saúde ou doença de uma pessoa e é uma forte referência na formulação do SUS, mas é um modelo que no Brasil tem gerado distorções, seja por falta de informação da população sobre seus direitos, seja por falhas de estrutura e de organização caracterizadas em nossos dias por deficiência de oferta de serviços e de procedimentos e carência de especialidades (30, 31,38).

Antecedentes da Atenção Básica de Saúde em São Paulo

Antecedentes indicam o que aconteceu num espaço de tempo anterior do que se deseja lembrar, explicar ou relacionar e vários foram os antecedentes que formaram o ‘pano de fundo’ histórico da política de saúde no país (44) e em particular de Atenção Primária que, em 1978, com Declaração de Cuidados Primários de Saúde, (46) propôs mudanças na organização do cuidado que repercutiram na cultura de instituições de saúde e nas práticas políticas de governos no que se refere à Saúde Pública.

Nas três décadas que antecederam a proposta da Carta dos Cuidados Primários de Saúde, ou seja, no pós-guerra nos anos de 1940, Henry Ernest Sigerist (55) dirigiu seu olhar para a promoção da saúde, inserindo-a na discussão de outras temáticas. Ele foi um dos primeiros autores a referir o termo “*promoção da saúde*” em *The place of the physician in modern society*, de 1946, quando indicou as quatro tarefas indispensáveis da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para ele, promover a saúde implicava propiciar boas condições de vida e de trabalho. (43) O autor trouxe novas ideias para a saúde, com elementos da promoção de saúde, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, invocando, para tanto, o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e de empresários, educadores e médicos.

No contexto do pós-guerra, em 1948, foi sugerido pelos delegados brasileiros no Conselho das Nações que fosse criada uma entidade de caráter internacional para tratar dos assuntos de Saúde Pública e surgiu a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 7 de abril de 1948, entidade filiada à Organização das Nações Unidas, e que foi presidida pelo médico brasileiro Marcolino Gomes Candau (1911-1983), durante vinte anos (1953-1973) (5).

O Ministério da Saúde foi criado pelo Governo de Getúlio Vargas^{N.E.21}, instituído pela Lei 1.920 de 25 de julho de 1953, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Ministério da

Saúde e Ministério da Educação e Cultura (5). O modelo adotado na organização do Ministério da Saúde foi o de dar continuidade, agora com maior autonomia, ao que já realizava o Departamento Nacional de Saúde (DNS)¹², mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão de governo o perfil de Secretaria de Estado apropriado para atender aos importantes problemas da Saúde Pública existentes.

Sobre os modelos de atenção anteriores à Atenção Primária em São Paulo, **Pedro Dimitrov**^{VIII}, médico sanitарista e ativista no movimento sanitário paulista, comenta os antecedentes de como São Paulo atuava nas questões de Saúde Pública antes da proposta de Atenção Primária de Saúde:

“No período de 1900 a 2000, nestes cem anos, fundamentalmente, a assistência à saúde no Brasil era dada por conquistas... a gente tinha a seguinte situação: assistência médica para as pessoas ricas, que pagavam. Depois, a partir da década de 1920 e em 1930, tinha assistência médica conquistada pelos trabalhadores, que se organizaram nas suas Caixas de Aposentadorias e Pensões. Essa era a assistência médica dada para o trabalhador a partir da própria iniciativa do trabalhador, por conquista deles. E havia alguma assistência médica feita para os pobres de modo geral, aqueles que não eram trabalhadores, oferecidas pelas Santas Casas, pelas instituições caritativas. Fora isso, o aparelho de Estado em São Paulo também fazia assistência à saúde, porém fundamentalmente voltado para o controle das epidemias”

Para **Gastão Wagner**^{IV}, médico sanitарista e docente da Universidade Estadual de Campinas, as raízes da Atenção Primária se constituem nos movimentos de 1920 e 1930 com as ideias de Dawson(26)^{N.E.51} e com a instituição desse modelo num país socialista (antiga União Soviética),

12 Portal da Saúde. Ministério: histórico. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>

escolhido como o lugar de realização para a I Conferência de Cuidados Primários de Saúde (1978).

“Entre 1920 e 1930 é construído a doutrina dos sistemas de saúde, ideias de como ter política de saúde, a ideia de bem-estar social, e nos anos 20 é implantado na União Soviética, que era socialista, mas também em países capitalistas, onde tinha o trabalhismo, social-democracia, pioneiros são a Suécia e a Inglaterra e depois outros países europeus, depois a Oceania quase toda, o Canadá, na América Latina, Chile, Cuba, Costa Rica. O Brasil é tardio”.

São Paulo vinha de uma história de iniciativas pioneiras no controle de epidemias (41) e na pesquisa de vanguarda com patologistas e infectologistas respeitados internacionalmente, mas também enfrentava carências de estrutura e de pessoal capaz de assumir responsabilidades de gerência na Saúde Pública.

O médico e gestor da Saúde de São Paulo, **José da Silva Guedes**^x, sobre os anos que antecederam a Carta de Cuidados Primários de Saúde, relembra modelos excludentes que fragmentaram a saúde, das ações programáticas^{N.E.3} e do INAMPS, dos planos de medicina de grupo e a reforma realizada por Walter Leser^{N.E.61}:

“No começo a Atenção Primaria era Ação Programática de Saúde, era tudo programado, uma mulher doente com dor de barriga, isso não é nosso, seja de quem quiser da previdência social ou da [caridade] pública, mas isso não vai dar certo. Em São Paulo são contingentes sociais, localizados especialmente com inspiração política e ideológica, a igreja e o velho partidão, que estava dividido entre fazer a revolução armada e as guerrilhas, etc. [...] a humanidade precisava melhorar, tem uma classe de profissionais de saúde, diria, médicos e enfermeiras que ficavam no dia a dia dos hospitais e que viam as dificuldades nos tratamentos, etc. e com a discussão da redemocratização foi permitindo que a preventiva se reunisse com eles, foi se criando uma série de movimentos e São

Paulo sempre participou com algumas lideranças [...] Nesta época da reforma do Leser [1967-1968], e daí para frente, [até 1979] teve outra reforma que foi a criação do INAMPS¹³, porque antes de 1967 se tinha uma série de Institutos de Assistência Médica, Institutos de Previdência que incluíam assistência médica para uma série de categorias profissionais e, em 1967, isto é unificado. Se tem um monstro monolítico com uma quantidade enorme de dinheiro e que destinava cerca de 25% de sua receita para a assistência médica. [...] Levou muito tempo para que a Previdência começasse a fazer convênios com o setor filantrópico e enquanto isso acontecia no nível da Previdência, havia toda uma luta da chamada ala ou área da Saúde Pública que envolvia as Secretarias Estaduais de Saúde, pois achávamos que já havia amadurecimento suficiente para que pudéssemos integrar os serviços curativos da Previdência com os serviços de prevenção, promoção e assistência básica que a Saúde Pública fazia, e isto não era aceito naquele momento pelo pessoal da Previdência que dominava a situação”.

Jose da Silva Guedes^x relembra ainda o contexto e as facilidades oferecidas aos hospitais com recursos públicos:

Era uma assistência médica de caráter curativo fundamentalmente, exercida por alguns hospitais próprios do INAMPS, que eram poucos, e pela maioria dos hospitais contratados que eram privados e com fins lucrativos [...] estávamos comandados por militares e muita gente que apoiou a ação dos militares para acabar com a democracia no país se beneficiou deste tipo de ação. Então surgiram os Planos de Medicina de Grupo e houve momentos em que a Caixa Econômica Federal passou a ter uma linha de financiamento para construção de equipamentos em hospitais privados e lucrativos e

13 Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

na hora em que estavam prontos e equipados, tinham garantido um contrato com o INAMPS, para oferecer assistência médica aos trabalhadores filiados ao INAMPS.

O médico **José da Rocha Carvalho**^V destaca iniciativas que precederam a Atenção Primária na região de Ribeirão Preto, com Pedreira de Freitas^{N.E.25}, descrevendo a forma intercedente entre o controle de endemias e o modelo de Centros de Saúde (37) com finalidades diferentes daquelas que hoje se entende como Unidades Básicas de Saúde (8):

“[José Lima] Pedreira de Freitas fez ali a sua tese de cátedra, passando inseticida BHC¹⁴ nas casas e erradicando praticamente o inseto barbeiro, com vistas a controlar a doença de Chagas, em função disto ele tinha que ir para Ribeirão Preto fundar um Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, e aproveitou o local onde ele trabalhava nessa cidadezinha [Cássia dos Coqueiros]¹⁵, que na verdade era um centro de malária, precursor do serviço de profilaxia de erradicação da malária e profilaxia da doença de Chagas, onde ele ancorava suas pesquisas e transformou em um Centro de Saúde, ligado ao Departamento de Medicina Preventiva de Ribeirão Preto, portanto tentando fazer por esta via algum tipo de trabalho em uma cidade pequena de zona rural. Isto fez com que tivesse a perspectiva de que poderia fazer o mesmo em cidades mais próximas e até em Ribeirão Preto, e ele acabou influenciando outras experiências [...] Pedreira de Freitas é um homem que teria que ser resgatado como um líder que

14 BHC — inseticida organoclorado utilizado nos anos de 1950 contra os triatomíneos hematófagos intradomiciliados particularmente na profilaxia da doença de Chagas. Pelos efeitos carcinogênicos os organoclorados passaram a ter uso proibido há 30 anos, não são mais produzidos no Brasil e em vários outros países. O controle da transmissão por vetor da doença de Chagas foi instituído em 1950 pelo Serviço Nacional de Malária sob a forma de programa de saúde de alcance nacional, mas até os anos de 1970, apenas o estado de São Paulo mantinha ações regulares de controle. Para saber mais, consultar: a) Freitas JLP. Resultados da aplicação de Rhodiatox e Gammaxane contra triatomíneos. *Rev Paul Med* 1950; 36: 231-243. b) Silva RA, Bonifácio PR, Wandereley DMV. Doença de Chagas no Estado de São Paulo: comparação entre pesquisa ativa de triatomíneos em domicílios e notificação de sua presença pela população em área sob vigilância entomológica. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 1999; 32(6): 653-659. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v32n6/0862.pdf>

15 Município de Cássia dos Coqueiros, localizado a 68 km de Ribeirão Preto, na microrregião de Batatais. Mais informações consultar: <http://www.cidade-brasil.com.br/distancia-cassia-dos-coqueiros.html>

impulsionou algumas das ideias que estão na base do movimento sanitário” [...].

Para **Eurivaldo Sampaio de Almeida**¹, o estado de São Paulo tem peculiaridades políticas, sociais, econômicas, tecnológicas e também de ordem científica, tecnologia e de densidade demográfica; além disso, a dicotomia que existia entre a Saúde Pública e a Assistência à Saúde em São Paulo, a concepção de saúde e de doença deve ser levada em conta na origem da Atenção Primária, pois interfere nos resultados e nas maneiras de intervir no processo saúde-doença:

“A dicotomia que existia entre a Saúde Pública e assistência à saúde, com a vinculação da assistência médica à Previdência Social em São Paulo, como em todo país, deve ser levado em conta nos antecedentes da Atenção Primária, interferindo na organização do Sistema e dos Modelos de Atenção. [...] Os antecedentes da Atenção Primária [1978] em São Paulo podem ser sintetizados como resultado de um processo de modernização de políticas para melhorar o acesso da população descoberta, depois que surge a Atenção Primária de Saúde com as recomendações na Carta de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, como projeto que teve momentos e conceitos com interpretações diferentes, alguns até errôneos, a meu ver, com limitações, considerando a proposta apenas como um programa de extensão de cobertura para populações marginalizadas, que oferecia ‘ações mínimas para doenças simples’” [...].

Ana Luiza d’Ávila Viana^{XXI} analisa a crise econômica e a dissociação entre os modelos de Previdência e de Saúde Pública, que separavam a atenção curativa e a preventiva, e esses pensamentos marcaram a fase anterior a Atenção Básica: *“O nosso modelo é essencialmente curativo, individual e para grandes hospitais – esse é o modelo da Previdência, que é o nosso modelo. A Saúde Pública e a atenção básica ficaram na responsabilidade do Estado, nas suas três esferas de governo. Então essa dicotomia foi muito forte, e só vai ser resolvida na emergência do SUS; só quando*

chega o SUS é que consigo juntar essas duas peças que ficam todo o tempo dissociadas”.

Ana Luiza d’Ávila Viana^{XXI} se reporta à conjuntura anterior ao SUS na década de 1980, com coexistência do sistema previdenciário e o de Saúde Pública e pela interferência do modelo previdenciário:

[...] Só que antes do pré-SUS, o que tenho? Tenho a década de 1980, que é importante pela democratização e pela crise econômica na qual tem-se [primeiro] uma proliferação de experiências isoladas de Atenção Básica, mas não existe um modelo; segundo, [tem-se] a grande questão daquela época, a unificação da Previdência com a Saúde Pública. A Saúde Pública desenvolvida pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias [...], a grande questão do SUS era a unificação desses dois modelos [...] Junto com a questão da descentralização, eles não mudaram a pauta e não houve espaço para se discutir um modelo específico de Atenção Básica [...] a resposta para a atenção básica no SUS só sai na segunda metade dos anos 1990, em 1994 com o PSF [Programa de Saúde da Família]. E por vários motivos, tem uma questão importante: o SUS é um modelo tardio, pela questão da seguridade social, foi colocada quase 40 anos depois que a Inglaterra a formulou [...] é tardio também porque ele se conforma num período de crise econômica e do Estado, que já estava debilitado [...] no período de crise do projeto nacional desenvolvimentista [...] ficou um vazio no ponto de vista do Sistema da Saúde, na questão da organização dos níveis de assistência que começa ser preenchido a partir de 1994 pelo PSF que é a grande estratégia do Ministério da Saúde”.

Nelson Rodrigues dos Santos^{XVIII} ou ‘Nelsão’, como é conhecido, também destaca a dicotomia entre Assistência Médica e Saúde Pública na ambiência política anterior ao modelo dos Cuidados Primários de Saúde e da Atenção Básica:

“[...] as políticas anteriores de saúde eram exatamente as políticas de divisão entre cura e a prevenção, tanto que em 1977

houve uma sexta Conferência Nacional de Saúde, que ainda não era uma Conferência dessas com grande participação da população, era Conferência restrita de técnicos e dirigentes, mas nessa 6ª Conferência Nacional de Saúde o Ministério da Saúde da época ainda era de linha muito conservadora: o documento base que o Ministério da Saúde preparou para ser discutido na Conferência, [em verdade] eram dois documentos: um descrevia a rede médico-assistencial, e o outro descrevia a rede médico sanitária” [...].

Outra vertente destacada por **Nelson Ibañez**^{XIII} foi o movimento da Medicina Comunitária e a influência norte-americana na criação dos Departamentos de Medicina Comunitária nos cursos de Medicina. Ressalte-se que, em 1955, aconteceu o Seminário sobre Medicina Preventiva nas Escolas de Medicina de Viña Del Mar^{N.E.59} e este assunto foi discutido amplamente com representantes de várias regiões do Brasil.

“[...] O primeiro grande momento de reflexão sobre essa rede, já com maturação, começa a aparecer no final da década de 1960. Claro que antes disso houve um movimento de medicina comunitária e de início da influência norte-americana nos departamentos de medicina preventiva[...] A medicina comunitária tem vários enfoques, tem o enfoque da atenção primária, mas tem foco também de educação, de promoção, de focalização para o pobre, que também é outra questão importante, quer dizer, às vezes as políticas de atenção básica, atenção primária, elas se voltaram para focalização de populações marginais, populações pobres. A extensão de cobertura. Quer dizer, essas populações que são urbanizadas e que não estão ligadas formalmente ao trabalho... formam esse exército afora do Brasil, isso foi processo intenso, elas não têm direito à Previdência, são indigentes, então o Estado deve cuidar delas. Essa figura do indigente que vai permanecer até a década de 1980, deve ser assistido pelo Estado. Então é uma coisa residual, compensatória, e deve ser assistido pela rede de serviços públicos ou pela filantropia [...]” .

No depoimento foi citado o evento que influiu sobremaneira na reforma do ensino médico e adoção de ideias de medicina social e comunitária entre eles, o de 1955, quando aconteceu o Seminário sobre Medicina Preventiva nas Escolas de Medicina¹⁶, de 10 a 15 de outubro de 1955 em Viña Del Mar, no Chile, evento esse patrocinado pela Repartição Sanitária Pan-Americana o qual tratou sobre o ensino e a formação de profissionais de saúde. Esse seminário teve a participação, além dos chefes das Divisões de Educação e Treinamento da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, e da OPAS, em Washington, do chefe da Divisão de Saúde Pública, dos representantes das Zonas IV, V e VI e dos assessores temporários da OPAS. Também compareceram delegados do Ministério da Educação do Brasil, dos escritórios da Fundação Rockefeller do Brasil, Chile e México, e do Instituto de Assuntos Interamericanos do Brasil e do Uruguai, chegando a um total de 73 participantes, dos quais 58 eram diretores e professores de medicina preventiva e social de faculdades e escolas médicas da América Latina. No encontro estavam representadas 78 escolas de medicina da América Latina, das quais 26 faculdades do Brasil. O país teve representantes da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, e São Paulo foi representado por três escolas de medicina por meio de Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e Raphael de Paula Souza (Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo), João de Aguiar Pupo (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Jairo Ramos, Walter Pereira Leser e José Maria de Freitas (Escola Paulista de Medicina) e José Lima Pedreira de Freitas e Zeferino Vaz (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) (7).

Os temas tratados no seminário foram: I - Programa e métodos de ensino de medicina preventiva; II - Organização do Departamento de Medicina Preventiva. A formação e as funções do pessoal docente; III-Relações com outros departamentos da escola médica; e IV-Papel do Departamento de Medicina Preventiva nas atividades dos serviços de Saúde Pública e vice versa.

16 OPS ou OPAS. Organización Panamericana de Salud promoveu um sobre ensino médico da medicina preventiva que influiu na criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas universidades brasileiras. Seminario sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva. Viña del Mar, Chile, 10-15 de outubro, 1955. Tehuacán, México, 23-28 de abril, 1959. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana; Marzo, 1957 (Publicaciones Científicas n 28). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1309/40174.pdf?sequence=1>

Mesmo diante de mudanças políticas no país nos anos de 1960, houve expansão dos cursos de medicina e de medicina preventiva, no período 1960-1999, no Brasil, e foram criadas 66 escolas de medicina (40 surgiram nos anos 1960 e 1970). Em 2002 anotava-se 98 escolas médicas no país (7).

Para **Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**^{VI}, os antecedentes da Atenção Básica em São Paulo estavam ligados ao idealismo da Medicina preventiva e evoluiu e se distinguiu desta forma:

“[...] a Atenção Primária na década de 1970, no começo, é muito ligada à escola médica e à incorporação de certo idealismo da Medicina Preventiva [...] já no final da década de 1970 o objetivo dela, no caso do estado de São Paulo, é bem preciso, é implantar uma rede capaz de trabalhar a partir do referencial da epidemiologia e desenvolver ações de Saúde Pública para determinados grupos prioritários. Na década de 1980 ela já vem definitivamente misturada, quer dizer, o objetivo é a ampliação do acesso, é a incorporação de maiores segmentos da população. Então a partir da década de 1980 e 1990 os objetivos da política de Atenção Primária são basicamente a incorporação da população e a porta de entrada para um determinado sistema de saúde”[...].

Rosa Maria Barros dos Santos^{XVIII}, radicada em São Paulo desde os anos 1970, foi ativista pela Reforma Sanitária e mais tarde uma das profissionais que teve relevante papel na implantação do Programa Saúde da Família; (9,10,20) nas suas memórias também reforça o papel das Santas Casas na atenção aos sem recursos e desempregados no período pré-Atenção Primária de Saúde e pré-SUS:

“Os jornais estampavam mortes de indigentes na porta de Prontos-Socorros e de Hospitais Públicos, com frequência, alimentando indignação de todos pela injustiça do Sistema de Saúde vigente [...] a situação que encontramos quando nos formamos como sanitaristas médicos [...] da SES-SP, apenas os trabalhadores com carteira assinada faziam jus aos ser-

viços de saúde da rede pública [...] os chamados indigentes, que constituíam cerca de 30% da população [...] eram atendidos nos Postos de Saúde das Prefeituras, nos Centros de Saúde Estaduais ou nas Santas Casas [...]se algum paciente necessitava de internação de urgência, um especialista ou uma cirurgia eletiva, em serviço que fosse gratuito e que atendesse indigentes [...]"

Ausonia Donato^{IX} narra sobre a fragmentação e falta de comunicação nos programas de saúde e campanhas de vacinação na organização dos cuidados de Saúde Pública:

[...] “Lembro bem quando na fase já da chamada manutenção da vacinação, no começo de 1970, os programas de saúde eram assim, o programa de tuberculose, o programa de hanseníase, o programa de saúde da mulher, o programa de saúde da criança, eram vários programas, e que não se conversavam! Então assim, se você tivesse um problema de hanseníase, e podia ser uma gestante, só que daí tinha que esperar a filhinha, em outro lugar, de gestante, quer dizer, nada ia acontecer com você por inteira. Se você tivesse, sei lá, por exemplo, uma suspeita de tuberculose, você tinha que ir lá na filhinha do programa de tuberculose, porque mesmo tendo passado pelo dermatologista antes, ninguém ia olhar o lado dessa sua outra doença, ou moléstia ou suspeita de[...]”

O dentista sanitarista e pesquisador científico **Carlos Botazzo**^{III} constrói uma narrativa sobre os antecedentes da Atenção Primária relembrando as reformas empreendidas e as sucessivas tentativas de mudança no modelo de atenção à saúde de São Paulo que curiosamente não acontecem e tudo segue igual:

[...] “Dessas reformas [no modelo de Atenção à Saúde], lembro a do Geraldo Paula Souza, na década de 1920, desde o tempo que se tem a instituição do Serviço Sanitário no Estado de São Paulo^{N.E.60}. A reforma feita por Walter Leser [1968], que foi implementada em 1969, algumas durante a gestão do

João Yunes¹⁷, depois na gestão seguinte do [José Aristodemo] Pinotti. Com a constituição dos Escritórios Regionais de Saúde — os ERSAS —, podemos localizar duas ou três grandes reformas, e veja que é interessante, que passamos por vários modelos de organização de serviços básicos à emergência e por várias políticas, sendo que até do ponto de vista arquitetônico das unidades, elas estavam mais ou menos adequadas ao modelo. Então, quando Paula Souza, por exemplo, começa com a ideia de Centro de Saúde, tendo um determinado modelo arquitetônico para Centro de Saúde nas várias classificações, que foram adotadas depois – Centro de Saúde: CS1, CS2, CS3, CS4, de acordo com o porte e tipo de equipamento e de profissionais que estavam colocados ali. É curioso, parece que as políticas vão mudando, as sucessivas reformas vão acontecendo, nossos programas estratégicos não entram em desenvolvimento. Mas isso continua acontecendo no mesmo espaço, algo que foi concebido de acordo com uma ideia de política ou de serviço da década de 1920, depois parece que não tem que mudar nada [e] se coloca uma outra coisa nova dos anos 1970, 1980 e 1990 e tudo continua igual” [...].

José Ruben de Alcântara Bonfim¹¹ relaciona o surgimento da Atenção Primária de Saúde com a própria emergência do conceito de Saúde Coletiva e com a formação de médicos sanitaristas voltados para a gerência de sistemas locais e distritais de saúde:

“[...] a velha Saúde Pública estava focada no controle das doenças, não de todas, mas de grande parte das doenças infectantes, [...] Havia assistência materno-infantil, assistência à tuberculose, à hanseníase[...] já estava em marcha há algum tempo a mudança da atenção de Dispensários para a concepção de Centros de Saúde. Centros de Saúde nos chamados níveis 4,3,2,1, [...] Em São Paulo foi criado o curso para formação de sanitaristas em seis meses, que era feito por

17 João Yunes foi secretário estadual de Saúde no governo Montoro, entre 1983 e 1987, e Secretário Nacional de Políticas de Saúde, no governo Fernando Henrique Cardoso, entre 1998 e 2000.

convênios firmados entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Faculdade de Saúde Pública, eram duas turmas por ano, começou no 1º semestre de 1976 e encerrou-se no 2º semestre de 1982 [...] com esse processo a Secretaria então teve um avanço notável [...] os sanitaristas médicos passaram a instituir e efetivar os Programas de Saúde [...]

Para **Jorge Kayano** existe uma situação na qual havia e continua havendo preocupação com altas tecnologias, fármacos de última geração com prevalência da atenção individual e ressalta que a atenção básica não se contrapõe à atenção médica, mas inclui outros agentes e determinantes entre os quais as determinações sociais do processo saúde-doença, de forma que a atenção médica especialista se destine aos casos de maior necessidade.

“ [...] O que tem de distinto da Atenção Básica [em relação a políticas anteriores] é a preocupação em se fugir um pouco da primazia e da superioridade hierárquica, da abordagem médica sobre os problemas de saúde [...] a abordagem da Atenção Básica procura não se contrapor à necessidade da atenção médica especializada e da internação hospitalar, mas procura conter essa atenção a situações de maior necessidade. Quando estou falando da abordagem médica, falo da categoria profissional médica, que acaba se traduzindo numa situação que ainda é prevalente hoje, de domínio, da valorização tanto pela sociedade quanto pelo próprio sistema de saúde, da chamada atenção de mais alta complexidade, da atenção especializada da internação e das intervenções mais tipicamente médicas e corretivas, em detrimento, e com certa subordinação, das abordagens mais de promoção, prevenção de saúde, que estariam voltadas com maior preocupação para a temática das condições de vida e de encontrar formas de reduzir a incidência de doenças — acho que isso não é à toa” [...].

Marina Réa^{XVI} faz referência a um momento de retrocesso do Sistema Único em Saúde de São Paulo, ocorrido no governo de Paulo Maluf (1995-1998)^{N.E.44} quando foi instituído o PAS (50):

[...] “o governo Maluf criou o PAS¹⁸, que foi um desastre absoluto para a Prefeitura de São Paulo, na verdade era ele no Estado e o Celso Pitta^{N.E.11} na Prefeitura, esse período foi péssimo. [...], uma sequência de oito anos muito ruins, foram 4 anos de Pitta e 4 anos de Maluf, e ao mesmo tempo coincidiu com o período que o SUS municipalizou, então os municípios passaram a ter muito poder, mas, no caso de São Paulo, quem teve poder foi essa gente que não tinha uma postura digamos, de Saúde Pública, e sim voltada para a assistência à saúde individual, para dar mais poder aos hospitais e à medicina hospitalar. Então perdeu-se muito, perdeu-se muito mesmo![...].

Maria Lima Salum e Morais^{xv}, que entrou para a Saúde Pública em 1981, quando passou a compor o quadro de psicólogos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, refere-se aos antecedentes da Atenção Básica sob o aspecto da Saúde Mental na Atenção Básica e da Atenção Psiquiátrica e de Saúde Mental em São Paulo, (16,27) e como a condição de doente mental era estigmatizada e segregada nesses serviços:

“Havia os ambulatórios de Saúde Mental, que já eram do Estado. Passa a existir uma proposta de nós reunirmos a Prefeitura e o Estado para articular melhor esse sistema; é a época também em que se questiona no Estado a hospitalização [psiquiátrica], então é um movimento conjunto da população que existiu, o SOS Saúde Mental, para tirar as pessoas, enfim os loucos, dos manicômios e dos hospitais psiquiátricos, deixar de procurar o Juqueri, que era um grande hospital estadual, e tentar reintegrar essas pessoas no convívio social.”

Na área da saúde mental no Século XX o país adotava o Modelo Asilar para atender pessoas identificadas como alienadas, psicopatas e de-

18 PAS - Plano de Assistência à Saúde (1995 a 1998), criado na administração de Paulo Salim Maluf (Partido Progressista), prefeito de São Paulo de 1993 a 1996, e herdado por seu sucessor Celso Pitta. Com base neoliberal, o PAS estabelecia parcerias com cooperativas privadas que recebiam recursos públicos e ofereciam serviços privados de saúde e controlavam hospitais e Unidades Básicas de Saúde do município.

mais denominações dadas para aos estados de loucura. (51) Maria Salum relembra que: “a *doença mental é uma doença altamente estigmatizada, que substitui, de certa forma, a lepra na história. Contando um pouquinho da história da doença mental, para tentar entender isso, houve épocas em que até os próprios leprosários se tornaram locais de asilo dos doentes mentais*”. A segregação era respaldada na proposta de tratamento moral em manicômios formulada por Pinel¹⁹ e Esquirol²⁰. A assistência filantrópica, privada ou pública, se constituiu com base nos conceitos vigentes de loucura e em como a sociedade de cada época segregava, continha ou abandonava seus loucos.

Em São Paulo destacou-se a criação da Assistência Geral a Psicopatas em 1930, (51) que em 1933 foi descentralizada para o interior do estado pelo Decreto nº 975 de 14 de julho de 1933, assinado pelo General de Divisão Waldomiro Castilho de Lima, Interventor Federal no Estado de São Paulo. O decreto autorizava a instalação de colônias agrícolas de assistência a psicopatas, no interior do Estado, subordinadas à Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas. Ainda no século passado, por volta de 1919, houve uma Reforma Psiquiátrica, que recomendava a mudança do modelo asilar e centrado no hospital para o modelo comunitário e até mesmo as denominações mudaram. Fala-se de hoje de Saúde Mental, de sofrimento psíquico e desinstitucionalização da atenção aos afetados por transtornos mentais (16,27).

A médica **Rosicler Di Lorenzo**^{VII} se reporta às suas memórias sobre a instituição do Programa Saúde da Família, (9,10,21) apresentando um aspecto mais recente do conjunto de possibilidades e modelos adotados para oferecer Cuidados Primários de Saúde em São Paulo como foi o caso do Projeto Qualis (18)^{N.E.49}.

“Eu poderia contar talvez um pouco como foi a implantação do Programa de Saúde da Família no Estado de São Paulo, em final de 1995, começo de 1996, quando vim trabalhar com a

19 Philippe Pinel. Facchinetti C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*. 2008; 11(3): 502-505. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ripf/v11n3/14.pdf>

20 Jean-Étienne Esquirol. Foi discípulo de Philippe Pinel e o sucedeu na direção do Hospital da Salpêtière em Paris no ano de 1811. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Jean-%C3%89tienne_Esquirol

Dra. Ana Figueiredo na Coordenadoria de Planejamento em Saúde em 1996 existiu algumas experiências, o modelo cubano de Médico de Família, inclusive existia financiamento para a implantação. Quando cheguei e comecei a ter contato com o Saúde da Família, foi exatamente no momento da reestruturação não havia bem um setor na Secretaria para tomar conta disso, e tinha exatamente algumas pessoas questionando, principalmente da parte de deputados federais e estaduais, sobre projetos de alguns municípios, se esses projetos estavam ou não aprovados no Ministério da Saúde para implantar o Saúde da Família. [...] Fomos nos colocando nesta área da Saúde de Família. Então, [o Programa] se inicia exatamente depois de Médico de Família [...] que teve experiência principalmente no município de São Paulo. Inclusive o Qualis²¹ do município de São Paulo tem a ver com a sequência do Médico de Família [...] Tinha toda a coisa do Estado de São Paulo, tinha muito a ver que ele começa primeiro como projeto para os municípios da Comunidade Solidária [...] que eram os preferidos para o Ministério implantar o Saúde da Família [...]"

Membros dos Conselhos Populares de Saúde antes do SUS e responsáveis pelo Controle Social depois de 1990 oferecem sua visão sobre os antecedentes da Atenção Básica pelo depoimento de **Luiz José de Souza^{xx}**, usuário e conselheiro de saúde desde 1981, atuando inicialmente como liderança da região de Taipas:

[...] “comecei em 1981, na época que nasceu meu primeiro filho, e descobri que na nossa região só tinha um Posto de Saúde, que era uma casinha alugada pelo Estado, a Secretaria do Estado da Saúde, uma casinha muito precária e quando fui para lá, levar meu filho na vacinação, e para todo atendimen-

21 Projeto Qualis. Estabelecido em 2000 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em áreas prioritárias com menores IDH - Índice de Desenvolvimento Humano, com populações remanescentes de quilombos e assentamentos rurais, oferecia incentivo financeiro complementar ao valor remetido pelo Ministério da Saúde para custeio das equipes do então denominado Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoos/incentivo-a-estrategia-saude-da-familia-qualis>

to básico de um recém-nascido, encontrei muita dificuldade, sem estrutura nenhuma, coisa muito precária [...].”

O Sr. **Nelson Correia Guimarães^{IX}**, também Conselheiro de Saúde, faz referência à Atenção Primária expressando certo descrédito nas mudanças e a ideia de retrocesso é referida em vários momentos quando relembra o PAS – Plano de Assistência à Saúde (28,50), estabelecido em 1996 na gestão de Paulo Maluf (1993-1996). Este episódio é referido por conselheiros e profissionais de saúde como algo traumático para as crenças sobre direito à saúde já instituídos na Constituição Federal de 1988 (17) e previstas na Lei Orgânica da Saúde (15).

“isso continuou existindo, mas sempre deficiente, de material, de pessoal, de atendimento, de tudo, enfim [...] o PAS, passado tudo isso, se elege José Serra^{N.E.26}, [...] aprovou a lei as organizações sociais no município e hoje esta aí. Mas mesmo assim esta é uma questão confusa, confusa, [...] me permita retroceder um pouco às Unidades Básicas, são todas de controle municipal, diante da gestão plena total que o município adquiriu, o Estado repassou todas as unidades básicas para município, [...] Então, as Unidades Básicas que o Estado repassou... Mas essa história precisa ser contada novamente...”

Sobre os movimentos que antecederam a Atenção Primária, sabe-se que desde as décadas de 1950-1960 lideranças brasileiras participaram dos movimentos internacionais, que refletiram a formação médica e a prevenção de enfermidades. (5,7) Nos anos de 1960-1970, foi idealizada a Reforma da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, realizada pelo Dr. Walter Leser^{N.E.61} e sua equipe, cujo trajeto compreende os modelos da Medicina Clínica, Medicina Preventiva e da Saúde Pública. (7) Era um tempo de reformas e adaptações na administração estadual para atender a uma estrutura de poder autoritário e centralizador do governo federal, mas no caso da Saúde, apresenta elementos que mostram mais uma vez a face de pioneirismo de São Paulo na organização de uma rede de Saúde Pública, com base em serviços de ambulatório, organizada em rede hierárquica (39,41).

Surgimento da Atenção Básica em São Paulo

A reforma, idealizada pelo Dr. Walter Leser e sua equipe, inovou na decisão de preparar profissionais para gerir estes serviços, com habilidades de planejamento, administração pública e manejo epidemiológico do perfil de saúde da população. O ativismo pela ‘saúde e democracia’ e a liderança desses chamados sanitaristas de “curso curto”, alvo de críticas e também de elogios, foi importante naquele momento, pois a visão crítica da realidade político-sanitária, ainda hoje está a serviço do sistema de saúde em vários setores (2,5,7).

Conscientes ou não, a indução de organismos internacionais provocou iniciativas por parte de autoridades e profissionais. Nessa década, a comunidade internacional discutiu as desigualdades e inequidades em saúde em todo o planeta, e na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), (46) em cooperação, divulgaram a histórica “Declaração de Alma-Ata”, um marco que conjugou o enfoque de direito humano à saúde, com estratégia possível de promoção de reformas radicais nos sistemas de saúde, visando contribuir para o aumento da capacidade de decidir da população e para mais justiça no mundo.

Para **Pedro Dimitrov**^{vii}, o surgimento da Atenção Básica foi se delineando aos poucos e aponta alguns marcos desse trajeto no estado de São Paulo:

“Aos poucos se foi construindo um serviço de saúde no estado de São Paulo, inclusive com a história dos Centros de Saúde Escola Paula Souza [1925]²², da Faculdade de Saúde Pública, primeiro centro de saúde escola, então, foi-se desenvolvendo uma assistência à saúde em São Paulo... Havia o Serviço de

22 Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza” da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo é o primeiro Centro de Saúde Escola do Brasil, apresentando atividades integradas nas áreas de Assistência, Pesquisa e Ensino. Para saber mais: a) Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza Disponível em: <http://www5.usp.br/tag/centro-de-saude-escola-geraldo-de-paula-souza/>; b) Faria L. A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 1011-24, set.-dez. 2005. <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/20.pdf>

Controle de Tuberculose, o Serviço de Controle da Hanseníase, o Departamento de Profilaxia da Lepra, na realidade existiam serviços verticais por patologias. E havia também o Departamento Estadual da Criança [DEC] no Estado de São Paulo, diferente do Brasil, era o Estado mais rico, construiu redes próprias de controle de determinadas doenças, de determinado tipo de assistência verticalizada por tipo de patologia ou segmento da população, tipo criança ou pré-natal para grávidas”.

José Carlos Seixas^{XIX} recorda a convergência de interesses em vários setores da sociedade e a aproximação entre o movimento popular e o grupo organizado proveniente da academia na reforma da saúde do Estado de São Paulo, dando ênfase na criação da carreira de sanitarista (42) e na formação de pessoal qualificado para assumir os respectivos cargos de gerência para a instituição das ações programáticas, estratégia destacada na organização do cuidado para as demandas na rede de saúde:

Na instituição pública de saúde surgiu um grupo, e nas universidades surgiu outro grupo e a periferia também, se foi pedindo mais racionalidade, seriedade, recursos e melhor atendimento etc. [...] No começo, a atenção primária era ação programática de saúde, era tudo programado, uma mulher doente com dor de barriga, isso não é nosso, seja de quem quiser da previdência social ou da [caridade] pública, mas isso não ia dar certo. Em São Paulo são contingentes sociais, estão localizados especialmente com inspiração política e ideológica, a igreja, a igreja católica e o velho partidão [Partido Comunista Brasileiro] que estava dividido entre fazer a revolução armada, guerrilhas etc., ou trabalhar para mudar as coisas aos poucos, mas que tinha uma visão mais generosa, a humanidade precisava melhorar. Tem uma classe de profissionais de saúde, médicos e enfermeiras que ficavam no dia a dia dos hospitais e que viam as dificuldades nos tratamentos etc., e que foi dando sustentabilidade, e com a discussão da redemocratização foi permitindo que a preventiva [Medici-

na Preventiva] se reunisse e assim foi se criando uma série de movimentos e São Paulo sempre participou com algumas lideranças”.

Eurivaldo Sampaio de Almeida¹, que fez parte da equipe do Dr. Walter Leser e foi responsável pela execução de grandes reformas nos distritos (1) e no modelo de Centros de Saúde em São Paulo e que tem longo trajeto de contribuições e memórias sobre o surgimento de Atenção Básica em São Paulo:

“Resgatando minhas memórias sobre o surgimento da Atenção Primária de Saúde em São Paulo [...] esse processo de implantação começa com o surgimento dos Centros de Saúde em São Paulo, porém eles não eram organizados de forma sistêmica. As instalações dos Centros de Saúde, no processo desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado foram potencializados pelas duas gestões do professor Walter Leser e pelas Secretarias Municipais de Saúde, como exemplo, as experiências municipais de São José dos Campos e de Campinas e os Centros de Saúde Escola das Faculdades de Medicina que também tiveram um papel importante. [...]. Entra em jogo um novo conceito, uma nova busca: é a lógica de programação em saúde, ainda não suficiente em quantidade nem em qualidade.

Eurivaldo continua suas evocações sobre movimentos que levaram à reforma sanitária brasileira: *“Depois teve o movimento da Reforma Sanitária, envolvendo as Ações Integradas de Saúde e depois o SUS, com todas as mudanças na concepção de saúde-doença, toda ampliação na rede de serviços e que repercutiu na ampliação do sistema e no envolvimento dos municípios. A descentralização da gestão da saúde para municípios, a ampliação da rede, provocou mudança de gestão e de trabalho incorporando a Atenção Básica como um componente do sistema. [...] Os Centros de Saúde eram sua representação. Mais recentemente a Reforma Sanitária traz novo conceito para a atenção primária que já envolve o SUDS e o SUS em São Paulo”*.

A narração de **José da Silva Guedes**^x reforça a importância da reforma de 1968 empreendida por Walter Leser (7) e sua equipe e do projeto inspirado nas ideias de professores da Faculdade de Saúde Pública para criar o espaço político e técnico para a atenção básica de São Paulo:

[...] “1967, a gente começa uma grande reforma na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde. Nesta época, o secretário de Saúde era o Walter Leser e a proposta de mudança realmente efetiva na Secretaria,[...] muito tempo antes vinha sendo proposta pelos professores da Faculdade de Saúde Pública, que era o caso do Rodolfo Mascarenhas^{N.E.53}, então Diretor da Faculdade e professor de uma cadeira de Prática de Saúde Pública; então qual era a grande essência daquela reforma? Era sair de uma situação, de uma série muito grande de serviços que a gente chamava de verticalizados, havia um serviço que cuidava da lepra, um que cuidava da tuberculose, uma rede dos chamados centros de saúde; tinha serviços de puericultura, serviços de pré-natal e estas coisas não se coordenavam. [...] e a grande tarefa da reforma levada a cabo pelo Leser foi organizar uma figura, os chamados Centros de Saúde polivalentes”.

José Guedes^x explica ainda o papel dos Centros de Saúde nos anos de 1970, assinalando diferença do tipo de serviço que se tornou depois da instituição do SUS. *“Naquela época, [...] o Centro de Saúde era uma figura muito ligada à área de vigilância, legislação e vigilância sanitária e na maior parte dos lugares realizava a vacinação, mas frequentemente não tinha assistência às pessoas, [...] havia o dispensário de lepra, dispensário de tuberculose e frequentemente os serviços de puericultura não estavam dentro de Centros de Saúde, [...] tentando fazer assistência primária, eles sempre estiveram separados ou boa parte do tempo separados da estrutura hospitalar”.*

Rosa Maria Barros dos Santos^{xvii} dá ênfase ao movimento da Reforma Sanitária na mudança do modelo de atenção e o situa como uma estratégia para reduzir a segmentação existente na saúde na década de 1970:

[...] “A partir de 1975 surge em São Paulo um movimento pela Reforma Sanitária [...] para se contrapor a essa saúde que era segmentada, que só atingia uma parte dessa população, e que deixava de fora as pessoas, justamente aquelas pessoas mais pobres e mais carentes [...] Em 1976, já como médica, fiz o Curso Curto de Saúde Pública, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, uma iniciativa do Dr. Walter Leser, na época secretário estadual de saúde de São Paulo, para formar novos sanitaristas, direcionando-os às gerências dos centros de Saúde, principalmente [...] Como funcionária da SES-SP conheci a rede de Centros de Saúde [CS], classificados em CSI, CSII e CSIII, segundo sua complexidade, todos subordinados à Coordenadoria de Saúde da Comunidade, que tinha como coordenador o Dr. Eurivaldo Sampaio, ilustre professor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, até os dias de hoje” [...].

Ela destaca ainda, a necessidade de formação de bases teóricas para apoiar a crítica ao modelo de saúde que se desejava mudar. Esta necessidade levou o médico David Capistrano^{N.E.13} a criar um veículo para estimular e divulgar o pensamento reformista que foi a revista Saúde em Debate do Cebes: (6)

“Então lutando por princípios de universalização realmente, para que o conceito de saúde fosse ampliado, e não o que a gente aprendia durante o próprio curso. [...] quer dizer, discutíamos muito isso [...] que a saúde era determinada por questões sociais, morre mais quem é mais pobre, então não tínhamos toda essa crítica, toda essa visão, e aí se fundou o Cebes e se criou uma revista que era a Saúde em Debate e o David Capistrano liderava esse movimento, mais tarde eu vim saber que o Sergio Arouca também liderava esse movimento no Rio de Janeiro [...]”.

Com a chegada do cardiologista Dr. Adib Jatene^{N.E.2} na Saúde Pública no início da década de 1980, Rosa descreve a estratégia de elaboração

do Plano Metropolitano de Saúde (36)^{N.E.47} para ampliar a rede e estabelecer um sistema hierárquico de atenção estrategicamente distribuído, de forma a promover não o aumento de cobertura, mas a inclusão de populações marginalizadas na periferia da cidade de São Paulo:

“No começo da década de 80 surge a figura do Dr. Adib Jatene, um especialista em cardiologia e em cirurgia cardíaca, fazia parte da equipe do Zerbini²³, e de repente foi chamado pelo [Paulo] Maluf para ser o secretário estadual de saúde. Foi uma grata surpresa porque, de repente, ele que confessava modestamente que não sabia nada de Saúde Pública, mas que queria saber [...] trouxe o Dr. José da Silva Guedes para perto de si, para implantar o projeto do Plano Metropolitano de Saúde, e permaneceu até depois do Plano Metropolitano I e II. No Plano Metropolitano I eu também estava junto representando um dos distritos mais pobres e complicados de São Paulo, na Zona Leste. [...] o Dr. Adib Jatene teve a ideia de estender a cobertura dos serviços de saúde de São Paulo [...] com atenção primária, [...] e o plano criou muitas Unidades Básicas de Saúde [...], para ampliar a rede e levar [serviços] para bolsões [de pobreza] onde não existia nenhum atendimento naquela ocasião, e criou referências para média e alta complexidade, ambulatórios especializados, e já foram pensados os hospitais para criar referências e as contra referências. Naquele período cresceu muito o número de Unidades de Saúde no Estado de São Paulo [...] Adib foi buscar recursos [para investir na ampliação da rede], junto ao BIRD [Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento].

Nelson Ibañez^{XIII} aponta em suas memórias as dúvidas sobre saúde e doença, com as questões: atender a doentes ou a sadios? E questiona o papel do Centro de Saúde, as Ações Programáticas^{N.E.3} e reflete sobre

23 Euryclides de Jesus Zerbini (Guaratinguetá, SP, 1912 – São Paulo, SP, 1993). Pioneiro no Brasil na realização de transplante de coração, seu trabalho deu origem ao Centro de Cirurgia Cardíaca na USP, que hoje é o Instituto do Coração-INCOR. Fonte: Stolf NAG; BrailleDM. Euryclides de Jesus Zerbini: uma biografia. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc., São José do Rio Preto. 2012 mar; 27(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/en_v27n1a20.pdf

a perplexidade dos médicos daquela época com as mudanças propostas pela horizontalidade da atenção em Saúde Pública.

“[...] quando começamos em Cotia, essa discussão de preventiva e curativa também era uma coisa que incomodava, o Centro de Saúde devia atender pessoas sadias?... Tinha um pouco essa discussão, então a Ação Programática [...] tinha uma resistência muito grande, principalmente porque os médicos também eram consultantes, e os diretores de Centros de Saúde pertenciam a uma geração de sanitaristas que ingressaram na carreira já idosos, estavam quase aposentando [...] nasce com a proposta de Centro de Saúde da Faculdade de Saúde Pública, um pouco mais horizontalizado, com ações de prevenção e de Educação em Saúde, que achava que o povo devia ser educado para saúde, a ‘vulgarização da ciência,’ essa coisa... Então esse é o primeiro, mas ele não é hegemônico, não vai vingar, vai crescer à base de unidades da rede do interior [...] enfim, o Estado constrói uma rede básica, [antes] ou era posto de puericultura, dispensário ou centro de saúde que fazia vacinação, enfim, [a proposta desses serviços] era um pouquinho mais amplo... Então os departamentos de medicina vão começar a discutir a medicina comunitária [...]. Tem uma política, vamos dizer, que se inicia com a primeira reforma do Leser que pensou a rede básica de saúde e definiu o que é Centro de Saúde, hierarquias de centro de saúde, população, enfim... extensão de cobertura [...]”

Nelson Rodrigues do Santos^{XVIII} ressalta que o surgimento da Atenção Básica teve contribuição de vários pontos espalhados pelo país e São Paulo teve um peso proporcional à dimensão econômica do Estado:

“[...] então o peso que São Paulo teve a mais foi só o peso do tamanho econômico e de desenvolvimento do Estado de São Paulo, mas guardadas as proporções, os postos pela inovação do Sistema de Saúde foram muito espalhados pelo Brasil todo, cada Estado com seu peso, todas as regiões foram con-

tribuindo, isso é uma coisa importante da gente lembrar [...] mas ele teve um papel de liderança, de peso político e econômico na história do país, essa é a diferença de proporção que diferencia São Paulo dos demais Estados.”

Para **Gastão Wagner de Sousa Campos**^{IV}, no surgimento da Atenção Básica em São Paulo o destaque inicial é a criação e o modelo do Centro de Saúde Paula Souza^{N.E.12}, no surgimento da Atenção Básica em São Paulo e questiona a forma como São Paulo desenvolve seu modelo de atenção, tradições e resistências:

“[...] via o Paula Souza, primeiro centro de saúde do Brasil, em 1930 trazer para o Brasil e para São Paulo, esse modelo de Centro de Saúde que vai influir a nossa concepção sobre atenção básica em Saúde Pública durante muitos anos ...[...] Eu acho que atenção primária de um sistema público não é a tradição de São Paulo. A tradição de São Paulo é uma tradição restrita, que servia quando a Saúde Pública era separada do sistema de saúde, era separada do hospital e da clínica. Ela é ultrapassada, e a gente tem uma resistência muito grande, porque nós somos formados nisso. Em Campinas, na primeira vez que eu fui secretário, levei esse modelo até as últimas consequências, tentando melhorar e aperfeiçoar ao máximo, aí eu chego na segunda administração [...] e tem uma resistência muito grande, para contratar generalistas e montar equipe...[...]”

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio^{VI} se reporta também à década de 1970 e aos formuladores de propostas, projetos políticos e modelos de atenção para a saúde, apontando os estudantes e docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva, e no final da década de 1970 também a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:

“Falando do Estado de São Paulo, na década de 1970, são os grupos que estão nas universidades, nas preventivas, eles são os formuladores com certeza. No final da década de 1970, a Secretaria de Saúde do Estado é um ator institucional impor-

tante como formulador, [...] provavelmente o Emerson [Elias Merhy] tem uma história atrás de si, uma história de disputas de projetos, de modelos para o estado de São Paulo, tais como, campanhista *versus* permanente, vertical *versus* horizontal, as origens desse modelo aparecem na ‘programação em saúde’ da década de 1970 vêm do Paula Souza, das experiências do primeiro Centro de Saúde com características de [atenção com] permanência [...]

Também para **José da Rocha Carvalheiro**^V o surgimento da Atenção Básica está relacionado com a reforma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo [1968]. Refere-se ainda à dicotomia entre assistência médica e Saúde Pública enfatizada por maioria dos entrevistados e narra como os serviços tinham atribuições distintas por tipo de programa e enfermidade:

“Isso foi um momento importante na minha formação, um momento histórico com a separação da assistência médica de um lado e da Saúde Pública do outro, por exemplo, a Secretaria de Saúde de São Paulo^{N.E.56} era uma das secretarias mais desenvolvidas do país especialmente depois da reforma [Walter Leser], mas mesmo antes São Paulo tinha uma rede de centros de saúde espalhados e distribuídos, que cumpriam as missões básicas, que na época eram atribuídas aos programas verticais. O centro de saúde com concentração de programas de saúde ainda não existia, tinha que se andar por toda rede de serviços, por exemplo, os centros para hanseníase, para tuberculose. Tinha uma perspectiva de vigilância epidemiológica, que eram feitas nos centros de saúde distribuídos pelo estado inteiro”

Luiza Sterman Heimann^{IX} também relaciona os eixos da reforma da Secretaria de Saúde em 1968, idealizada por Walter Sidney Pereira Leser^{N.E.61} e equipe, na sua primeira administração — a criação da carreira de sanitaria (outubro de 1969), a preocupação com a extensão de cobertura entre os fatos que influíram na constituição do que se entende por

rede de atenção básica de São Paulo e ainda esmiúça particularidades da rede da época :

[...] “na segunda metade da década de 1970, no Estado de São Paulo, se vivia um momento de reestruturação da Secretaria do Estado da Saúde, formulado pelo professor [Walter] Leser. [...] As bases dessa reforma, da Secretaria, eram extremamente marcadas, acho que pela própria história do professor Leser, pela Medicina Preventiva, então um dos eixos [...] da reestruturação era a normatização vertical com uma execução horizontal. Isso significava o quê? De integrar os diversos serviços numa rede de atenção básica composta por serviços ambulatoriais e hospitalares, que eram considerados um outro nível de atenção, que naquela época era o nível de complexidade dos serviços públicos estaduais [...] Então se tinha uma rede que cuidava das crianças, outra que cuidava das gestantes, outra que cuidava de tuberculose e uma rede que cuidava da hanseníase, e assim por diante, tanto ambulatorial quanto hospitalar. O avanço era integrar numa rede ambulatorial esses diferentes programas, e numa rede hospitalar também esses diferentes tipos de doenças. Esse foi um grande avanço no sentido de ir se construindo uma rede de atenção onde se buscava também estender cobertura e houve uma grande ampliação também de serviços. Acho que esse foi marco aqui em São Paulo”.

Luiza Heimann^{IX} destaca ainda a importância da capacitação de médicos para assumir o novo modelo de atenção à saúde proposto por Walter Leser e sua equipe: *“os sanitaristas [...] acabaram sendo a liderança desse processo na rede, então essa é uma marca importante e particular do Estado de São Paulo, e que permite até hoje uma diferenciação do Estado na sua potencialidade de implantar o Sistema Único de Saúde na medida em que ele teve a construção de uma base possível, sólida, de atenção básica no Estado”*.

Em seu depoimento, **Carlos Botazzo**^{III} traz a noção de Atenção Básica e as iniciativas que aconteceram em São Paulo, no Vale do Ribeira^{N.E.48} e em algumas regionais de saúde:

[...] Na época em que a prática da Atenção Básica emergiu, se estou entendendo a Atenção Básica como Atenção Primária, diria que o Estado de São Paulo teve um papel destacado. [...] O início dos anos 1980 a 1990, década bem corrida, acho que São Paulo teve um papel de destaque, saiu muita gente proeminente daqui que contribuiu e que contribui de modo bastante incisivo na definição ou na redefinição das políticas públicas de saúde no Brasil. Nós tivemos programas que foram de relevo, acredito que, todavia, mal avaliados, alguns até esquecidos — o que aconteceu com relação ao PIASS [Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde], por exemplo, que foi no Vale do Ribeira, muita gente que está ainda na ativa sabe o que foi esse Programa [...]. O Vale do Ribeira funcionou como um grande laboratório [...] Departamentos Regionais de Saúde, nos meados dos anos 1980, muitos municípios, muitas cidades do interior de São Paulo, tivemos trabalhos destacados que tomavam a atenção de São Paulo na organização da Atenção Primária. Lembrar que na época, não se tinha um comando único da saúde, ela não era unificada [...] então alguns desses experimentos de Atenção Primária eles também foram experimentos no sentido gerencial, de experimentar, por exemplo, um comando único, a unificação de programas, a unificação programática ainda que fosse impossível do ponto de vista legal-administrativo, unificar instâncias; mas de tentar um trabalho conjunto como foram, por exemplo, as Ações Integradas de Saúde, as AIS que vigiram aqui, onde se tentava trabalhar, articular ao nível federal, estadual e municipal, dentro de um mesmo território [...]

José Ruben de Alcântara Bonfim^{II} destaca o processo de mudança gradual e a existência de experiências relevantes em vários estados do país,

[...] acho que tem muita coisa interessante, produtiva que aconteceu em muitos estados do país. Eu não diria que São Paulo é

vanguarda. [...] Então, essa transformação não ocorreu assim num passe de mágica. Foi resultado da formação desses sanitaristas que ao assumirem a direção das unidades, passaram a instituir, efetivar os Programas de Saúde. [...] os administradores da época interpretaram que a concepção, pelo menos parte da concepção primordial da OMS/UNICEF²⁴, estava atendida nos Programas de Saúde. É verdade, mas não tudo. Por exemplo, na concepção da Secretaria o controle... a atenção, a assistência às doenças crônicas e degenerativas, não existia, e essa ideia está na concepção dos cuidados primários de saúde.[...] em 1976 quando eu comecei a trabalhar como médico sanitaria já havia isso. Na primeira unidade que fui trabalhar só se atendia criança pequena e mulher grávida, só! [...] Na Saúde Pública, na transição da Saúde Pública tradicional para a moderna Saúde Pública, surgiu o conceito de participação da comunidade. Este conceito ainda existe como substrato, mas agora tem uma roupagem muito mais elegante, muito mais bela e vistosa, que é a da promoção da saúde. Porque a promoção da saúde é o resultado da interação entre os agentes de saúde e aqueles que recebem o cuidado. A promoção da saúde é sempre um processo simultâneo, é o educador que se educa e o educando que ensina”

José Ruben de Alcântara Bonfim^{II} comenta ainda fatos pitorescos na atuação dos sanitaristas, os conflitos dessa ocupação de cargos por jovens profissionais e os critérios de ocupação de cargos de chefe de Centro de Saúde em São Paulo em 1976: *“quando cheguei lá, fui ser chefe de mim mesmo, porque havia um único médico que ao saber que um fedelho ia ser chefe dele, imediatamente adoeceu.[...] naquela época os sanitaristas faziam provas, faziam um concurso de provas e títulos para sair de uma Unidade para outra. Não havia o famoso QI: “Quem indica”, Não!”*

24 OMS. UNICEF. Alma Ata 1978: cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Unicef, 1979 Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Jorge Kayano^{XIV} atribui papel secundário a São Paulo nesse processo e explica sob contexto a questão do industrialismo:

“Estou cada vez mais convencido de que São Paulo, neste ponto, da Atenção Básica, teve um papel secundário [...] Isso tem muito a haver com o fato de que o complexo médico-industrial da saúde é mais fortemente desenvolvido exatamente em São Paulo. Se pensarmos em termos do país, seria o estado de São Paulo o estado ‘locomotiva’ e de ponta exatamente da defesa da expansão da abordagem puramente médico-hospitalar da saúde no campo internacional. [...] Isso não é à toa, porque [risos] o papel do Sistema de Saúde americano e o peso que tem dentro do PIB [Produto Interno Bruto] é fortemente indutor de não incorporação e não avanço do sistema público de saúde ou das abordagens coletivas ou dos princípios da Atenção Básica/Atenção Primária.[...] o Brasil é bastante heterogêneo e desigual, o segmento, por exemplo, do mercado privado de saúde e principalmente dos planos de seguro de saúde é muito mais fortemente estruturado aqui no estado de São Paulo. Do ponto de vista político, diria que a própria ação da Secretaria de Estado da Saúde no fortalecimento e no desenvolvimento da Atenção Básica ou no fraco empenho, ou na pouca capacidade de intervenção e de coordenação do gestor estadual, historicamente, em São Paulo é relativamente fraca, tem como base essa realidade.”

Jorge Kayano^{XIV} ressalta os enganos e mitos sobre o acesso à saúde de alta tecnologia que permeia o imaginário de toda sociedade, em contradição com a capacidade de formar e produzir conhecimento e nesta fala faz indiretamente o complemento ao que afirmou Gastão Wagner, anteriormente, ao se referir a vocação de São Paulo para tecnologias de maior complexidade na saúde:

“Do ponto de vista da população paulista, acho que se poderia dizer que se existe uma expectativa de consumo e acesso da população à atenção de mais alta complexidade como si-

nônimo falso, fantasioso, mas, afinal, predominante do ponto de vista até cultural, de confundir acesso à alta tecnologia, à cura e à saúde diria que a política pública no estado de São Paulo esteve a reboque dessa cultura e, infelizmente, o estado de São Paulo nunca foi líder nesse processo. Não diria em termos de produção de conhecimento, de preocupação ou de pesquisa ou de qualidade, vamos dizer na formação ou/capacidade de pesquisa e de produção de conhecimento nessa área, mas sim, uma maior dificuldade de apropriação concreta de conhecimentos, capacidades no campo da Atenção Básica e da Saúde Coletiva no sistema de saúde de uma forma bastante prática. Acho que se tem esse conflito instaurado na medida em que se tende a perder, e perde com maior facilidade, ou as dificuldades de prevalência dos conceitos da Atenção Básica são maiores no estado de São Paulo do que em qualquer outro estado do Brasil, infelizmente [...].

Para **Marina Réa**^{xvi}, o surgimento de Atenção Básica como se entende depois de 2003, quando foi emitida a Política de Atenção Básica, (10) está relacionada com a Reforma da Secretaria de Saúde empreendida por Walter Leser e sua equipe em 1968:

“Dr. Walter Leser era secretário da saúde [1967-1971 e 1975-1979] e criou vários cursos curtos de Saúde Pública no sentido de povoar os postos de saúde e os distritos sanitários com gente jovem de garra e que desse outra feição na Saúde Pública de São Paulo. Havia na época muita gente se aposentando nessa posição de sanitarista, então os cursos de Saúde Pública que a Faculdade de Saúde Pública estava fazendo não davam conta de, em pouco tempo, preencher essas posições [diretores de centros de saúde]; então ele criou esses cursos curtos de seis meses e eu fiz um deles [...]

Maria de Lima Salum e Moraes^{xv} recorda o funcionamento dos serviços de Saúde Pública até os anos de 1980 e os movimentos para integrar as questões de saúde mental nos serviços municipais:

“O que acontecia na época é que os serviços de Saúde Pública se chamavam Postos de Assistência Médica e tratavam basicamente de puericultura e acompanhamento da gestante, com as consultas de pré-natal e puerpério, e acompanhamento do desenvolvimento da criança. Havia assistentes sociais, algumas educadoras em saúde, que faziam alguns grupos educativos e havia vacinação também. Os médicos eram basicamente nesta linha, podemos chamar de ‘preventivistas’, até de uma medicina sanitária mais antiga em que o importante era preservar a saúde a tal ponto que o pessoal chamava de postos de saúde e não postos de doença. Então esses programas visavam realmente a prevenção, e a imunização ficava incluída naturalmente, mas em termos de clínicas médicas eram só pediatras e ginecologistas. Havia também equipes odontológicas, os dentistas só podiam atender gestantes e crianças em geral, pequenas em idade até pré-escolar. Eventualmente havia então grupos de gestantes e grupos de puericultura”.

Houve um esforço de melhoria dos serviços, do acesso e oferta com ampliação de horários de funcionamento, afirma Maria Salum ao descrever os conflitos consequentes a esses esforços: *“em 1981, foram inaugurados 16 novos Postos de Saúde com o nome de PAM [Postos de Assistência Médica com maior capacidade instalada e melhor equipados que um Posto de Saúde]. O departamento que cuidava dos postos de saúde ou da atenção básica ou primária chamava-se Departamento de Saúde da Comunidade”*

Pondo em contexto a narração de Maria Salum com os movimentos dos anos de 1970 e 1980 que tratavam dos primeiros passos do processo de Reforma Psiquiátrica (16) no Brasil, houve um processo contemporâneo ao “movimento sanitário” e em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, de defesa da saúde coletiva, de equidade na oferta dos serviços.

Maria Salum^{xv} reflete sobre os movimentos dos anos de 1970 e 1980 que tratavam dos primeiros passos do processo de Reforma Psiquiátrica

(16) no Brasil, como um processo contemporâneo ao “movimento sanitário” e sobre a incorporação da Saúde Mental na Rede Básica municipal e a mudança de eixo da atenção ocorrida na gestão de Luiza Erundina^{N.E.29}. Discorre sobre faces do protagonismo dos trabalhadores de saúde mental em especial dos psicólogos, mas não exclusivamente eles, pois envolvia também usuários dos serviços de saúde:

“A doença mental é uma doença altamente estigmatizada, que substitui, de certa forma, a lepra na história. Contando um pouquinho da história da doença mental, para tentar entender isso, houve épocas em que até os próprios leprosários se tornaram locais de asilo dos doentes mentais. Havia os ambulatórios de Saúde Mental, que eram do Estado. Passa a existir uma proposta de nós reunirmos a Prefeitura e o Estado para articular melhor esse sistema; é a época também em que se questiona no Estado a hospitalização. Então é um movimento conjunto da população que existiu, o SOS Saúde Mental, para tirar as pessoas, enfim os loucos dos manicômios e dos hospitais psiquiátricos, procurar o Juqueri, que era um grande hospital estadual, e tentar reintegrar essas pessoas no convívio social. [...] na verdade, o grande eixo da inovação é a desospitalização e a integração do paciente na comunidade.”

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longa história de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo este movimento que passa a ter protagonismo e a construir, a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, do mercantilismo da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo de assistência centrada no hospital na assistência às pessoas com transtornos mentais (27).

Ausonia Donato^{IX} se refere ao surgimento da Atenção Básica, associando o processo ao tirocínio do Dr. Walter Leser.

[...] foi com o Leser, foi ele que mudou o modelo, foi essa sumidade, foi ele sim. Facilitou nessa direção. E para nós uma coisa importante da área de educação é que muito da metodologia que a gente usou e o Centro de Saúde foi se apropriando do método, do jeito de trabalhar. Mas lembro bem que a população gostou muito, a gente conversava nos centros de saúde, gostavam muito, [...] Foi um elemento facilitador, a questão do centro de saúde unificado, quer dizer unificando os serviços, foi uma coisa muito importante para a população. Sabe [a população expressava] a gente está gostando muito de poder agendar as coisas para a família toda e não precisar ir hoje para tal lugar, depois... quer dizer, a questão do acesso, para a população foi assim, uma marca decisiva desse último modelo.

Para **Rosicler Aparecida Viegas Di Lorenzo**^{VII}, um dos grandes marcos do surgimento da atenção básica foi um evento: a primeira e única Mostra do Saúde da Família, no Estado de São Paulo. Destaca a importância da Norma Operacional Básica de 1996 na ampliação e consolidação do modelo de Saúde da Família:

“A Norma Operacional Básica – NOB (1996) é muito marcante para o estado de São Paulo. Os municípios realmente passaram a ter o financiamento diferenciado para a Atenção Básica via Saúde da Família, passa de 30 municípios para 100 e sempre numa escala incrementada, numa ascendente de participação dos municípios. Pode-se dizer que para São Paulo o Saúde da Família, a Atenção Primária, a estratégia da Saúde da Família se dá com a NOB de 1996, mas em 1998 é implantada e no ano de 1998 se começa a realmente ter municípios procurando implantar o Saúde da Família que já tinham financiamento por equipe, anual que nunca foi do tamanho adequado, mas isso fazia com que eles se mobilizassem para essa proposta. Nisso gerou uma grande discussão no estado. A partir de 1998, já se tinha alguns eventos isolados e o Saúde da Família é uma conquista, é uma conquista de alguém que se dispõe a estar convencendo outras pessoas porque nós não tínhamos muita experiência, tínhamos o modelo do Mé-

dico de Família de Cuba, então médicos lá no seu território, alguns médicos cubanos inclusive, trabalhando em alguns municípios que ganharam os financiamentos do Ministério.”

Para o conselheiro **Luiz José Souza^{xx}**, as más condições de vida na comunidade o despertaram para a participação e para a luta por acesso aos serviços públicos:

“Eu vi aquela situação, achei muito ruim. Como eu participava já de uma associação de bairro aqui na nossa vila, nós convidamos a associação para fazer um trabalho junto à Secretaria de Estado para a gente construir uma unidade básica nessa nossa região, que até então naquela época só chamava posto de saúde, CS, centro de saúde, posto de saúde. Unidade básica de saúde, basicamente, começou a ser mais usado esse termo lá no Programa Metropolitano de Saúde[...] Então nós começamos assim e naquela época também se deu aquele projeto que o estado de São Paulo fez, a cidade de São Paulo fez, com o Banco Mundial para construir várias unidades de saúde, unidades básicas de saúde e unidades hospitalares.”

Naelson Correia Guimarães^{xi}, também Conselheiro de Saúde, resalta a luta pela municipalização e o conflito de transferência das unidades de saúde da gestão estadual para a gestão municipal:

“As unidades básicas que foram repassadas eram 270 unidades; dava um total de quase 400 unidades básicas para o município [...] grande parte delas eles retiraram material, alguns equipamentos que estavam nas unidades, pessoal também foi transferido, enfim, eles passaram as coisas mais ou menos. Só para entender, o município e o pagamento do pessoal era feito, era, não sei se continua, pelo Estado. Inicialmente os funcionários do município reagiram, não do Estado. Havia uma separação entre o que era estadual e o que era municipal. Esse pessoal levantou o problema salarial, porque o pessoal que trabalhava no município todos eles ganhavam mais, houve esse enfrentamento na transição”.

Movimentos e personagens na constituição da Atenção Básica de São Paulo

As narrativas de história oral permitiram identificar de forma contextual no passado recente e no presente (40), recuperados pelas memórias sobre fatos, pessoas e entidades envolvidas na constituição de um modelo de atenção em saúde baseado nos princípios da Atenção Primária de Saúde. (46) São pessoas e entidades que entenderam a saúde na sua complexidade, como um bem e como forma de viver na sociedade civilizada, reconhecendo a Saúde como direito humano que deve ter garantido o acesso a todos e a participação dos cidadãos, que não seriam cidadãos enquanto não tivessem direito de expressão de forma democrática na luta por um sistema de saúde que efetivamente proteja a saúde e a vida (39).

As pessoas aqui assinaladas foram ou são sujeitos ativos e participantes que se mobilizaram em contexto adverso à participação e divisão de poder. São agentes coletivos e individuais que lutaram para que saúde fosse entendida e atendida como um direito, e não mercadoria ou ato de caridade. Observou-se nas falas a construção de uma ruptura, ainda que incompleta, do modelo vigente, de bases flexnerianas, para construir no período outro modelo mais íntegro e comunitário com elementos contidos no Informe Dawson (26) e na Conferência de Alma-Ata (46).

Para **José Carlos Seixas**^{XIX} houve uma mobilização de vários setores e destaca iniciativas de trazer médicos da Escola Paulista de Medicina e o movimento da periferia e nomes como Otávio Mercadante^{N.E.40} e José da Silva Guedes:

“O estado de São Paulo faz parte desse movimento muito nitidamente, tanto no âmbito da sociedade, da periferia, como da classe média que mudou o sistema; foram quase os excluídos e os periféricos que fizeram a mudança junto com uma burocracia administrativa, com lideranças que chamo de muito felizes, não dá para explicar isto com a luta de clas-

ses [...] Os doutores José da Silva Guedes e Otávio Mercadante são exemplos e tem outros na mesma categoria, na Escola Paulista de Medicina, e quando se fez uma carreira de sanitarista, em São Paulo, na instituição pública de saúde, surgiu um grupo, e nas universidades surgiu outro grupo, e a periferia também foi pedindo mais racionalidade, seriedade, recursos e melhor atendimento etc”.

Guedes^x se reporta ao esforço para discutir redes de saúde em 1963, discussão esta que foi protelada em razão do contexto político autoritário e centralizador da época. Em 1977, ainda com a dicotomia entre Assistência Médica e Saúde Pública, veio à tona um dos agentes mais relevantes nos processos de mudanças, a ‘participação qualificada’:

E em 1977 esta coisa estava bastante acesa, esta participação, a ponto de que o Ministério da Saúde queria propor uma rede única de serviços integrando os componentes da Previdência com os da Saúde Pública, mas não tinha conjuntura política que permitisse redigir um documento com este conteúdo, então o documento que é apresentado no lançamento de duas redes de saúde, uma rede médico sanitária, que tem grande extensão de cobertura no país e tem baixa tecnologia no cuidado, do Ministério da Saúde, e a outra rede médico hospitalar, que deve ser de baixa distribuição, mas de alta tecnologia médico hospitalar que é da Previdência, e elas se articulam para que, em algum momento, o cidadão que vai ao posto de saúde chegue, quando necessário, ao hospital. A proposta do Ministério da Saúde foi apresentada por Antonio Carlos de Azevedo... mas a plenária final não aprovou e ficou uma coisa muito interessante, porque, pela primeira vez, dentro ainda de uma ditadura, uma plenária recusa um documento do governo, e qual foi a saída? [...] A proposta seria encaminhada aos Estados para que as Secretarias discutissem a conclusão dos diferentes Estados e o Ministério pudesse ver qual o pensamento nacional a respeito daquilo. A gente só conhece um Estado que levou esta discussão realmente a sério que foi São

Paulo, com o Leser que era o Secretário naquele momento – isto era no ano de 1978 – porque a conferência foi em 1977, agosto, setembro.

Guedes participou do grupo de São Paulo que foi organizado por Walter Leser para pensar na reforma da saúde do país e elaborar a proposta de São Paulo para integração em rede: *“propôs uma rede única de saúde bem integrada, composta por postos e hospitais coordenada pela Secretaria Estadual, mantida com recursos oriundos da Previdência e o município assumindo determinadas tarefas. Criação do Fundo Estadual de Saúde para reunir os recursos enviados da Previdência com o do Estado. Isso tem muito a cara do SUS!, no final do ano foi levado para o Rio de Janeiro, para discussão com a Previdência, que precisaria concordar com este tipo de proposta. É evidente, a Previdência não concordou com a proposta de São Paulo!”*

Guedes faz questão de enfatizar a importância da Faculdade de Saúde Pública na formação de pessoal para estruturação de uma rede básica, reorganizada sob os princípios da atenção primária e sob direção local de sanitaristas:

[...] “em 1975, o Leser volta a ser secretário e Paulo de Almeida Machado^{N.E.41} era Ministro da Saúde [...] a Faculdade de Saúde Pública sempre formou sanitaristas na sua história, mas ela só formava trinta por ano, dos quais metade eram estrangeiros que a CAPES [Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior] mandava para cá, e profissionais do Nordeste, em geral da Fundação SESP^{N.E.20}, e um quarto deles, mais ou menos era de São Paulo, então meia dúzia de pessoas por ano, se tanto, eram preparadas em Saúde Pública para trabalhar em São Paulo e, em quatro anos, o convênio²⁵ permitiu preparar 400 sanitaristas, porque esta reformulação

25 A Faculdade de Saúde Pública estabeleceu um convênio com a Secretaria e com o Ministério da Saúde para realizar cursos semestrais intensivos, com 50 alunos indicados pela Secretaria e 10 pelo Ministério. O Ministério custeava as despesas da Faculdade com o curso e a Secretaria pagava as bolsas. Com os seis cursos realizados em 1976, 1977 e 1978, cerca de 300 vagas na carreira puderam ser preenchidas, permitindo que mais Centros de Saúde passassem a contar com sanitaristas formados para chefia. Fonte: Bonfim JRA, Bastos S. (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.

feita pelo Leser previa o comando desta rede feita por médicos sanitaristas [...] Foi a partir desta fase que a gente pôde falar, na realidade, em alguma coisa tipo assistência básica, uma assistência primária, naquele sentido de que ela garante, inclusive, o acesso a diferentes níveis de saúde, esta a gente nunca teve. Quando a gente tem o SUS em funcionamento, a duras penas, se tenta garantir esta responsabilidade, mas ela ainda não é uma realidade total, mas está sendo conquistada” [...].

Guedes aponta ainda a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, o movimento da Reforma Sanitária (13,33) e a militância do ‘partido sanitário’ como personagens e eventos relevantes e decisivos na mudança de modelo:

[...] “com o movimento da Reforma Sanitária em 1986 e a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que teve 5000 participantes, enquanto as outras Conferências tinham tido 600 a 700 participantes no máximo, isso denota intenso clima de participação e a conferência aprovou como documento final um texto elaborado pela Abrasco^{N.E.6} em que se falava na organização do SUS, era o retrato do que a Constituição iria colocar. [...] num determinado momento era o Otávio Mercadante que fazia parte do grupo de coordenação de reforma e a este grupo cabia a tarefa de mobilizar o Legislativo para caminhar. [...] a gente costumava brincar naquela época que a gente se intitulava um ‘partido sanitário’. Quer dizer, isto não era um partido político, nada! Era uma legião de gente interessada em fazer avançar a organização da saúde para garantir assistência às pessoas e isto era o partido sanitário. E a luta pela reforma sanitária, isso juntava movimento popular, juntava partido político, juntava sanitaristas, os departamentos de preventiva, escolas de Saúde Pública, era o grupo que fermentou esta coisa toda.

Nelson Rodrigues dos Santos^{XVIII} põe foco na visão histórica que teve Walter Leser e na persistência dele na conquista do apoio da Facul-

dade de Saúde Pública para formação de sanitaristas em número suficiente para empreender a reforma da Secretaria, a incorporação dos Centros de Saúde Escola com a iniciativa em Campinas, a organização de um sistema municipal de saúde e elaboração de competências para serviços de atenção básica em São José dos Campos, em Santos, e em Bauru com David Capistrano^{N.E.13} e o pioneirismo da enfermeira Joana Azevedo^{N.E.23} no Vale do Ribeira^{N.E.48}:

[...] “quero citar nominalmente o secretário de saúde Walter Leser, ele teve uma sensibilidade histórica que poucas vezes a gente viu. Quando ele sentiu a realidade das necessidades através da Secretaria Estadual de Saúde [...] pressionou insistentemente a Faculdade de Saúde Pública para fazer o curso curto, para formar sanitaristas em número muito maior a cada seis meses, ele teve uma antevisão histórica, fenomenal que raramente se vê. [...] São Paulo teve suas características próprias, várias cidades apontaram na frente, então é fundamental numa memória dessas lembrar que não só Campinas que se destacou muito na época, a partir de 1977, mas logo a seguir São José dos Campos teve um papel espetacular, um papel de grande liderança, de construção competências e do sistema municipal de saúde, com rede de postos periféricos. David Capistrano foi para Bauru e implantou lá um sistema municipal de saúde resolutiva com os princípios da Atenção Básica, foi um paradigma também muito importante. São José do Rio Preto também na época teve um papel importante, Santos mais tarde com David avançou mais ainda; e perto de Campinas, em Paulínia, porque tinha o Centro de Saúde Escola”.

Outra característica distinta de São Paulo, ressaltada na narrativa de ‘Nelsão’, foram os convênios tríplexes com faculdades, Departamentos de Medicina Preventiva, Centros de Saúde Escola e prefeituras:

Na época também nessa característica mais paulista, a Secretaria de Saúde de São Paulo, na visão do Leser, fez convênios

com várias faculdades, com Departamentos de Medicina Preventiva²⁶ de várias faculdades, e fundou os Centros de Saúde Escola, onde o estado punha dinheiro, recursos humanos e materiais, as faculdades punham docentes e alunos e as prefeituras entravam com prédio e com profissionais também, era um convenio tríplice de prefeitura, estado e universidade.

‘Nelsão’ narra detalhes da experiência de Joana Azevedo no Vale do Ribeira (25,56):

[...] outra experiência pioneira do estado de São Paulo que vale a pena lembrar, que é mais dos meios acadêmicos de Saúde Pública, mas com uma percussão muito grande é a da enfermeira Joana Azevedo, foi para o Vale do Ribeira, e ela já tinha informação de outros países e do próprio país e ela foi extremamente criativa e pioneira. No Vale do Ribeira começou a trabalhar com a concepção de Agentes Comunitários de Saúde, capacitando e recrutando, criando paradigmas de trabalho, rotinas de trabalho, inserção dos agentes comunitários com as equipes de Saúde Pública, com o resto do sistema de saúde e principalmente com a população. Então o que temos hoje, já tantos anos depois até os anos 90 o que veio a ser a Saúde de Família e Agentes Comunitários tem suas raízes fortes nesse trabalho da Joana.

Eurivaldo de Almeida Sampaio, nas suas memórias, lembra de maneira especial do médico sanitário Ricardo Bruno Mendes Gonçalves^{N.E.57} que escreveu sobre Programa de atenção a saúde com enfoque populacional no livro *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde* (1994) (32). E reconhece a importância de Reynaldo Ramos (5, 7, 37)^{N.E.50} além de apontar de modo contextual outros nomes importantes na criação do “Curso Curto”; de Saúde Pública:

Com a reforma dos serviços percebeu-se a falta de profissionais capazes para a coordenação dos Centros de Saúde, e sob

26 Ver Seminário de Viña Del Mar, 1955 (N.E.59).

a liderança e coordenação do Professor Reynaldo Ramos e apoio do Ministério da Saúde foi criado o Curso de Saúde Pública de Nível Local-Área Medicina, o chamado “Curso Curto”, de seis meses, dirigido para a coordenação dos centros de saúde, porque o curso regular era ministrado em um ano, e com vagas limitadas. Tive a satisfação de participar da coordenação e como professor destes cursos inicialmente junto com o Prof. Reynaldo Ramos, que era coordenador. Em 12 cursos, teve média de 700 sanitaristas formados. Particpei da formulação de todos os cursos e fui professor de todos eles. Os médicos egressos desses cursos entravam na Secretaria por concurso e escolhiam os Centros de Saúde onde iriam atuar. Muitos desses médicos fortaleceram os movimentos de saúde que surgiram naquele período.

A carreira de sanitarista referida por vários narradores como um verdadeiro foco de mudanças na micropolítica de gestão e de cuidados na rede básica de saúde, criada por lideranças técnicas, acadêmicas e políticas de pensamento crítico ao regime vigente como recorda Eurivaldo Sampaio: *para a estruturação da carreira sanitarista, ressalto a efetiva participação e dedicação de Zilah Altair Wendel Abramo^{N.E.62}, Evelyn Naked de Castro Sá^{N.E.18}, Sonia Ferreira, Tristão Pereira da Fonseca Filho e Vera Shirley C. Ronchezel, entre outros.*

Eurivaldo^l narra outras iniciativas de reforma do modelo de atenção à saúde e pessoas que foram relevantes para constituição da atenção em Saúde Pública e ampliação de suas possibilidades de intervenção nos serviços da rede básica.

Dr. Abrahão Rotberg^{N.E.1} e Diltor Vladimir Araújo Opromolla^{N.E.14} de Bauru queriam reformular o conceito de lepra para hanseníase, e potencializou essa reforma na atenção proposta pela SES-SP. [...] a Professora Edith Seligmann Silva^{N.E.15}, psiquiatra e docente Faculdade de Medicina [...] foi convidada [para assessorar] a estratégia de diálogo com a equipe de Saúde Mental, que fez resistência a incorporar a Saúde Mental nos centros de saúde [...] a enfermeira Maria

Luiza Salum^{N.E.31}, a Lily, pelo desenvolvimento da concepção do que hoje seria a Atenção Básica, agradeço muito à minha assessoria do Gabinete da CSC [Coordenação de Saúde da Comunidade]. Elaboramos um Protocolo com as atividades mínimas de Centro de Saúde para nortear o processo de trabalho.

Ibañez elabora suas memórias situando os momentos e movimentos importantes da Saúde Pública, da Atenção Básica até a instituição do Programa Saúde da Família. E aponta nomes relevantes para a mudança no sistema de saúde paulista na década de 1980 quando o sistema previdenciário e centrado no médico entraram em crise junto do modelo econômico do regime militar, em meio a inflação que corroía a economia nacional. Aponta os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, Eurivaldo de Almeida, Gastão Wagner Campos, Ana Figueiredo e Luiz Cecílio, como marcos e personalidades relevantes para constituição da Atenção Básica paulista.

Para **Nelson Ibañez**^{XIII}, que vem de um trajeto de médico e pensador sobre a organização de Sistemas de Saúde, (35) aponta e explica fatos, movimentos e passos administrativos indispensáveis para a organização do sistema de saúde:

[...] Mas só para a gente situar o que a reforma Leser fez? Ela pega essas unidades verticalizadas e unifica com a concepção de Centro de Saúde horizontal, ou seja, todas essas atividades devem estar no mesmo espaço coordenado... ela vai criar regiões de saúde, criar hierarquias de centro de saúde, criar uma normatização das ações e 'a grande coordenadoria' da Secretaria que é a Coordenadoria de Saúde da Comunidade.[...] reforçada pela criação da carreira de sanitarista e a conformação de cursos curtos de sanitaristas, nós estávamos numa ditadura militar e tenho duas gerações que vão fazer frente à Saúde Pública paulista [...] São Paulo cria dentro desses cursos curtos uma massa de jovens recém-egressos da Faculdade [que] aderem à Saúde Pública, e dentro dessa nova

proposta de carreira, recheia e traz sangue novo para a Secretaria. Mesmo na época da ditadura com restrições das ações, vão ter algumas perseguições, mas São Paulo trazer e lotar de médicos jovens, dirigentes nas Unidades Básicas, principalmente na Grande São Paulo, vai criar um movimento sanitário [...] que se junta com movimentos populares e suas reivindicações. Esse movimento sanitário não é só um movimento na Secretaria, é um movimento de renovação médica, é um movimento contra as arbitrariedades do regime, é um movimento a favor da saúde da população, dos movimentos sociais, enfim, a participação social [...]

Nelson Ibañez^{XIII} recorda a atuação de Adib Jatene^{N.E.2} com o Projeto Expansão da Rede Básica e de Assistência da Grande São Paulo^{N.E.47} apresentado na VII Conferência Nacional de Saúde (13), como parte de uma resposta às reivindicações dos movimentos populares de saúde da cidade de São Paulo e iniciativas federais de redesenhar o sistema de saúde.

[...] entra o governo Maluf, e assume o Adib Jatene. Na grande São Paulo já estão os sanitaristas e os movimentos populares [...] que vão fazer um grande movimento por extensão de cobertura e levantamento de necessidades. Esse documento se chama “Projeto de Expansão da Rede Básica e de Assistência da Grande São Paulo”. O ‘Projeto do Jatene’ [...] é o embrião do Programa Metropolitano de Saúde do Estado de São Paulo^{N.E.63}. Esse programa é desenhado, e aprova um financiamento para a construção de 100 unidades e 5 hospitais elegendo áreas prioritárias do município de São Paulo, já dentro de uma previsão de que a Previdência num [segundo] momento vá financiar e custear esse serviço também, já nas Ações Integradas de Saúde (AIS), no começo do CONASP [Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária; criado em 1981]. Então o programa metropolitano vai ter nova proposta de modelo assistencial, que é Sistema Local de Saúde integrando as ações preventivas e curativas, e definindo hierarquia da rede, regionalização, porta de en-

trada, ações de promoção e proteção, ações de comunidade e um componente de participação comunitária também [...]

Ibãnez aponta ainda a mudança da função da Secretaria de Saúde e os programas que levam respostas para a universalidade e integralidade e o acesso à terapêutica farmacológica.

[...] tem um primeiro momento, aqui em São Paulo: a Constituição, a intervenção sanitária, Saúde Pública tradicional, movimentos sindicais, início da horizontalização, e a reforma do Walter Leser; tem um segundo momento em que coloco o movimento de Saúde Comunitária, os esforços de extensão de cobertura, seguido dos modelos dos Sistemas Locais de Saúde e o esboço da organização de um sistema único com as AIS e atenção básica, ela é central para a reorganização, depois perde esse foco, e só vai ganhar o foco mais tarde com o Programa Saúde da Família, e uma revitalização a partir do investimento novo, [que permite e incentiva] a possibilidade de recrutar gente nova e reforçar [os quadros de técnicos]. Então, em São Paulo, se a Secretaria saiu do foco da organização da atenção primária e conseguiu reforço na área de medicamentos, tanto através do “Dose Certa”, com controle do preço dos medicamentos e controle de patentes, isso melhora o acesso a terapia de controle da AIDS, com a quebra de patentes... tudo isso faz parte da atenção básica, então eu garanto a universalidade e equidade de acesso à terapêutica, não só do serviço, não posso acessar o serviço e não ter terapêutica”.

Pedro Dimitrov^{VIII} também destaca Walter Leser como personagem central e tece uma rede de agentes e fatos que fizeram composição nesse processo:

O principal ator nesta questão é o professor Walter Leser, nominaria também o professor Eurivaldo Sampaio e o professor José Carlos Seixas, como professor da Santa Casa e como auxiliar do Ministério da Saúde, e que foi um dos consultores

na reforma da Secretaria Estadual de Saúde.[...] E o professor Eurivaldo tinha experiência da Fundação SESP, com programas de saúde, tinha experiência de universidade no Centro de Saúde de Botucatu, assim como o José Carlos Seixas tinha [experiência] do Centro de Saúde da Barra Funda, e estes programas que tinham já sido experimentados, tinham sido desenvolvidos na Fundação SESP.[...] e os médicos sanitaristas [...]

Para **Dimitrov**, existem detalhes que merecem destaque sobre a participação dos sanitaristas de curso curto:

[...] “com formação política de esquerda e uma visão da Saúde Pública como um direito de cidadania de um lado, dando, orientando, colaborando, com a população para que ela fizesse pressão no lugar certo. A primeira turma do Curso de Saúde Pública do “Curso Curto” fundou o Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde²⁷. O José Ruben [de Alcântara Bonfim] e o Emerson Merhy são importantes nisso [...] O Cebes surgiu como consequência da iniciativa de fundarmos uma revista. Primeiro a história começou com a revista porque nós queríamos politizar a questão da saúde e a Revista de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública era uma revista extremamente técnica, epidemiológica, pouquíssima coisa de administração, mas política não se falava e nós queríamos jogar para dentro da discussão da saúde, a questão política que não era a ênfase da revista da Faculdade de Saúde Pública. Então nós resolvemos criar uma revista, foi Saúde em

27 CEBES - Aconteceu em Brasília o 28º. Encontro da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), na sede da UnB, de 7 a 14, em julho de 1976. O pessoal de São Paulo e da Associação dos Médicos Sanitaristas tinham um documento elaborado com ‘Teses’. Havia expressões de mudança política sanitária entre o pessoal dos Departamentos de Medicina Preventiva principalmente dos grupos de São Paulo. A revista Saúde em Debate havia sido concebida e precisava de uma entidade para agregar os esforços para a discussão teórica e política sobre reforma da saúde e redemocratização. Na assembleia final do encontro de 1976, o grupo de São Paulo, composto de sanitaristas egressos do primeiro curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, fez a proposta de criação do Cebes que teve seu registro como entidade em 1976 como pode ser verificado na página dos créditos do primeiro número da revista Saúde em Debate (out-nov-dez 1976).

Debate²⁸. Uma vez criada a revista precisava ter uma entidade que sustentasse essa revista. Daí então foi criado o CEBES” [...].

Dimitrov traz a reflexão sobre alguns gestores que souberam atuar com a população na busca por oferecer serviços adequados às necessidades da população e que além de politizados eram, segundo a opinião dele, médicos humanistas, e se refere à 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) como marco no avanço do movimento da Reforma Sanitária.

“O Adib [Jatene] utilizou isso com muita habilidade, foi na periferia fazer discurso para a população e dizia: quanto mais vocês agitarem aqui mais eu consigo dinheiro ‘lá em cima’. O Leser fez isso, o Adib fez isso, João Yunes^{N.E.24} fez isso, então alguns Secretários mais humanistas e mais comprometidos com a assistência à saúde da população souberam canalizar essa pressão da população para os canais adequados para obter mais recursos para o setor da saúde. [...].Então foi um momento muito rico e daí começaram a surgir pressões no que seria a 8ª Conferência Nacional de Saúde [Brasília, 1986] surgiram propostas de implosão do INAMPS, a questão das Ações Integrais de Saúde, que precisava ser financiada pelo sistema público do mesmo jeito que era financiado o sistema privado [...]”.

A médica sanitaria **Rosa Maria Barros**^{xviii} relembra nomes e entidades que influíram no desenvolvimento da Atenção Básica, e também destaca a coerência de Eduardo Jorge e esposa de decidirem morar com a família na Zona Leste, se aproximando ainda mais do território sob sua responsabilidade, antecipando assim, o modelo adotado entre ACS nos dias de hoje quando a contratação é feita entre pessoas que residem no território onde irão trabalhar.

28 Criar a revista era uma ideia alimentada por David Capistrano desde 1975 quando conheceu a revista alemã Reforma Médica, criada em 1848 por Rudolf Virchow. Fonte: Bastos de Paula SH, Santos RMB, Bonfim JRA, Moraes MLS. A criação de Saúde em Debate, revista do CEBES: narrando a própria história. Saúde em Debate. 2009 jan-abr; 33(81): 148-155. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/saudeemdebate81.pdf>

“ O Eurivaldo Sampaio, porque além de ser um professor universitário, ele era da Faculdade de Medicina de Botucatu, veio aqui para São Paulo como Coordenador de Serviços de Saúde, que era justamente os postos, os Centros de Saúde, ele era coordenador da Coordenação da Saúde Comunitária, e teve um papel importante porque ele nos dirigia naquela época. A partir de 1975 surge em São Paulo um movimento pela Reforma Sanitária [...] o José Ruben [de Alcântara Bonfim] estava junto, o Emerson Elias Merhy, o David Capistrano^{N.E.13}, o Albano [da Franca Rocha Sobrinho], o Eduardo Jorge Martins [Alves Sobrinho] que saiu do curso de Sanitaristas e se embrenhou naquele mundão lá na Zona Leste, na época era uma região inóspita, sem atrativos, sem escolas boas para os filhos dele, mas ele foi com a esposa [Yamma Mayura Maia Duarte] que também, é médica e uma grande batalhadora [...]. E dentro dessa turma [surge] um grande movimento para se contrapor a essa saúde que era segmentada, que só atingia uma parte dessa população, e que deixava de fora as pessoas, justamente aquelas pessoas mais pobres e mais carentes [...] Nelson Santos, uma figura que também nos ajudou muito. O Roberto Gouveia^{N.E.52}, um político que foi bastante atuante, deixou história com suas leis sobre direito do usuários.”

Rosa Barros recorda entidades e movimentos de luta pela conquista de serviços de saúde nas áreas mais desfavorecidas da cidade, tudo isso acontece em meio a movimento contra o governo autoritário da época e essas lutas convergiam mesmo entre segmentos historicamente isolados. Havia, porém interesses comuns que alinhavam instituições tradicionais, interesses populares e até de religião.

[...] “os sindicatos médicos foram entidades muito importantes naquela época, o Conselho Regional de Medicina, que também foi ganho por um grupo novo, com Irene Abramovich, que participou ativamente do CRM [...] a Associação dos Médicos Sanitaristas [AMSESP]^{N.E.7} também foi muito importante na ocasião, os Movimentos Populares e Associa-

ções de Amigos de Bairros, principalmente na Zona Leste e eu conheci várias delas, eram muito mobilizadas, tem o Padre Ticão^{N.E.42} na Zona Leste, no bairro de São Miguel Paulista e na igreja de São Francisco em Ermelindo Matarazzo, é uma figura atuante até hoje, um grande líder, uma grande mobilizador dessa comunidade naquela ocasião. [...] Dr. Carlos Seixas também teve um papel importantíssimo dentro da Faculdade de Saúde Pública, e depois dentro do próprio Ministério, batalhando a questão de estender essa assistência à saúde, inclusive atingindo comunidades muito distantes e núcleos pequenos, espalhados por esse Brasil todo, e aí entra o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saneamento e Saúde” [...].

Rosa Barros também ressaltou a criação da revista Saúde em Debate (6) e do próprio Cebes, como iniciativa importante para formação de crítica entre profissionais estudantes e ativistas da saúde e como um veículo destinado à difusão do pensamento crítico dos sanitaristas e pensadores sobre questões sociais e políticas envolvidas nos processos saúde-doença, poder e política: “*Sergio Arouca com certeza. O Hésio de Albuquerque Cordeiro fazia parte, o José Ruben de Alcântara Bonfim também, Gastão Wagner Campos, o Emerson Elias Merhy, todos eram pessoas que estavam diretamente ligadas à publicação da revista Saúde em Debate [...]*”.

Rosa Barros traz reminiscências do momento em que entra em cena o Qualis-PSF (1996) (18), o programa de Saúde da Família que o secretário Adib Jatene e José da Silva Guedes o instituíram em São Paulo, inspirados na experiência do estado do Ceará e de outros países.

[...] “Adib Jatene [...] chamou o Dr. [José da Silva] Guedes, que era um famoso professor da Santa Casa [de Misericórdia de São Paulo], ele dirigia o curso de Medicina Preventiva da Santa Casa, e o chamou para perto de si para implantar o Plano Metropolitano da Saúde [...], ele confessava modestamente que não sabia nada de Saúde Pública, mas que queria saber [...] Em 1998 é que entra o David Capistrano, chamado também pelo Dr. Adib Jatene, para implantar o Programa de

Saúde da Família na região Norte e na região Sudeste. [...] Então David já entrou com essa visão de que deveria trazer respostas para as questões de saúde mental, para a saúde bucal, e trazer psicólogos e fisioterapeutas, ele trouxe essa visão de ampliar a equipe”

Luiz Cecílio^{VI} assinala que na década de 1970 havia disputa de projetos e modelos de organização do sistema de saúde.

[...] “o final da década de 1970 tem por trás uma história de disputas de projetos, de modelo, isso é uma discussão muito interessante, acho que o trabalho do Emerson Merhy²⁹ no mestrado dele é definitivo, [...] própria Maria Inês³⁰ que retoma a questão de programação [...] o ator institucional que está presente é a Secretaria Estadual de Saúde, o Walter Leser uma figura que individualmente tem esse destaque e os sanitaristas que entram em cena, e entre os quais eu me incluo. No final da década de 1970 passamos por essa formação que ainda hoje eu avalio como uma grande sacada do gestor” [...]

Para **Gastão Wagner** os personagens marcantes nesse processo foram aqueles que trouxeram conceitos à discussão e recorda o quanto a Educação em Saúde, a pedagogia de Paulo Freire foi relevante para a Saúde Comunitária apontando o Movimento Sanitário, a experiência de Paulínia^{N.E.46} e David Capistrano^{N.E.13} são os principais formuladores.

“ A primeira pessoa que me falou em atenção primária em saúde fora dessa coisa dos programas, dos centros de saúde ligados à Saúde Pública, foi o Prof. Eurivaldo Sampaio de Almeida[...] Aí que eu conheci essa tradição dos Sistemas de Saúde, [...] já em Paulínia com o apoio do Prof. Nelson Rodrigues dos Santos que era meu chefe, e vinha da Medicina Comunitária que valoriza a clínica [...] e do Sergio Arouca que

29 Merhy EE. O capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas, Papyrus, 1985.

30 Nemes MIB. Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de uma Política de Programação . In: Schraiber LB (Org.). Programação em Saúde Hoje. 1 ed. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-116.

foi meu professor, do Mario Hamilton³¹ um argentino que dava aula de modelo, gestão, planejamento, [...] na década de 1980 a 8a Conferência Nacional de Saúde e o povo da medicina comunitária [...] a partir do anos 1990, o Programa de Agente de Saúde Comunitário primeiro e depois a partir de 1994 com o Programa de Saúde da Família como uma alternativa de atenção primária para o SUS. [...] A educação e saúde nascem muito ligadas à essa medicina comunitária e ao Paulo “Freirismo” no Brasil, os grandes educadores da área da saúde, o Instituto de Saúde tem a Ausonia Donato, enfim, um conjunto de professores e depois a atenção. Então essa concepção de saúde da família, de atenção primária, os principais formuladores são o tal do movimento sanitário, [...] o David Capistrano e algumas figuras que aderiram a isso”

Para **José da Rocha Carneiro**^V ao lembrar de personagens anteriores ao período depois de Alma-Ata (1978), ele vai buscar memórias de tempos pretéritos e das raízes do pensamento reformista na saúde do país.

[...] “Na década de 50[...] Pedreira de Freitas^{N.E.25} embora ele não seja tão badalado como figura importante, quanto o Walter Leser, Carlos Gentile de Mello^{N.E.8}, o Nelsão [Nelson Rodrigues dos Santos], que foi meu colega de turma e é da minha geração que é anterior a do Sergio Arouca. [...] Temos ainda, Ernani Braga^{N.E.17} o Maneco Ferreira^{N.E.35} esses tinham prestígio nacional e com isso tinham uma dinâmica internacional

31 Dalton Mario Hamilton (Argentina, 15.8.1932 – Rio de Janeiro, RJ, 25.7.2008). Médico pela Universidade de Buenos Aires, em 1958, *master of science* em população na Universidade de Michigan, nos Estados Unidos. Desde então, sua atuação profissional se desenvolveu em três áreas intimamente relacionadas: sistemas de informação, investigação e planejamento em saúde. A crise política na Argentina e o consequente golpe militar, ocorrido em 1976, levou-o a exilar-se no Brasil onde, após uma rápida passagem como consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi convidado pela Unidade de Planificação, Pesquisa e Programas Especiais (PAPPE) do Ministério da Saúde, para assessorar o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde de Montes Claros, em Minas Gerais, e de Caruaru, em Pernambuco. Foi pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (1978-1986) onde chegou a ser vice-presidente de desenvolvimento institucional (1993-1996). Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/ilustres/daltonmario.htm>; ver também Mário Hamilton: uma história de dedicação à saúde pública. Disponível em: <http://www.agencia.fiocruz.br/mario-hamilton-uma-hist%C3%B3ria-de-dedica%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-sa%C3%BAde-p%C3%ABlica>

com as ideias oriundas dos ‘médicos dos pés descalços’ da China, e as ideias do livro ‘La salud del pueblo’, que trazia experiências concretas de diversos pontos do mundo, sempre relacionadas com maneiras de organizar a atenção na saúde, inclusive através de agentes comunitários que eram chamados de ‘médicos dos pés descalços’ sempre com algum profissional da saúde envolvido, mas com uma participação muito intensa da população.[...] Mário Pinotti^{N.E.37} foi um nome importante da Saúde Pública brasileira, Ministro da Saúde, o criador, antes, da SUCAM, e o introdutor na campanha contra a malária do sal cloroquinado³², que ele inventou, misturar cloroquina no sal de cozinha, diziam que era tão terrível de comer que só foi aplicado na África e tinha contrabando de sal sem cloroquina, tinha mercado negro de sal, por que ninguém aguentava temperar comida com sal cloroquinado, foi um grande nome.”

Luisa Heimann^{IX} também considera Walter Leser uma liderança central no processo de constituição de atenção básica de São Paulo e aponta uma rede de nomes e instituições influentes:

“O professor Leser acho que foi um dos principais atores aqui no estado e os departamentos de Medicina Preventiva das escolas médicas tiveram papel importante nessa época [...], tanto na capital como no interior do Estado; a OPAS acho que teve um papel importante na América Latina, no Brasil e aqui em São Paulo, como órgão internacional difusor e apoiador de iniciativas de estruturação da atenção primária e alguns sanitaristas que tiveram papéis importantes dentro da Secretaria do Estado, o grupo da Medicina Social da Santa Casa, como [José da Silva] Guedes, [Otávio] Mercadante, [José Carlos] Seixas – são figuras dessa história da Saúde Públi-

32 Silva R, Hochman G. Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960). História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro: abr-jun 2011; 18(2):519-543. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18n2/12.pdf>

ca paulista –; um grupo de sanitaristas que foi formado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social de Campinas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); David Capistrano foi uma liderança importante, e mais um grupo que ele liderava, de que inclusive fez parte o Gastão Wagner que era todo de ex-residentes da Medicina Preventiva da Unicamp, a Marilisa Berti de Azevedo Barros, o Luiz Cecílio e o José Ruben, que atuaram e que estão atuando ainda em São Paulo. Do Departamento de Medicina Preventiva aqui da Faculdade de Medicina de São Paulo tivemos uma liderança importante dos professores Guilherme Rodrigues da Silva^{N.E.22}, Cecília Donnangelo^{N.E.30}, Ricardo Bruno Gonçalves^{N.E.57}, Lilia Blima Schraiber^{N.E.27}; e o professor Nelson Rodrigues dos Santos que foi importantíssimo [...] nesse movimento de implantação da Atenção Primária”.

Carlos Botazzo^{III} aponta entidades e personalidades de expressão na reforma do sistema e na atenção básica paulista dando ênfase à esquerda política da época:

“Se eu fosse pensar em termos de entidades, imediatamente colocaria o Cebes que tem um papel destacado aqui nessa questão. Os partidos políticos também, as bases de saúde de alguns partidos notadamente de esquerda, muita gente localizada no MDB [Movimento Democrático Brasileiro]. [E entre] figuras da mais alta expressão: Sergio Arouca, Sonia Fleury, Ana Maria Tambelini^{N.E.5}, Cecília Donnangelo, Maria Cecília Minayo^{N.E.36}, Everardo Duarte Nunes, Gastão Wagner, Emerson Merhy, David Capistrano da Costa Filho, Ricardo Bruno Gonçalves, Moisés Goldbaum^{N.E.38}, o pessoal de São Paulo e do Rio de Janeiro que era mais conhecido. E antes, na Faculdade de Medicina da USP, também há lugar para Samuel Pessoa^{N.E.55}. E também funcionou como um bom laboratório [de ideias e ações]o pessoal da Preventiva de Botucatu [...] Em serviços, não se pode esquecer o Departamento Regional de Saúde de Campinas, o Departamento Regional de

Saúde do Vale do Ribeira, o Departamento da região de Itape-
cerica, o pessoal de lá teve um papel destacado. Cidades do
interior de São Paulo: Itu, Itapetininga, Penápolis, Araçatuba,
Bauru, Botucatu. O Sebastião de Moraes^{N.E.58}, que era da base
sanitária ligada ao Cebes e ao MDB [Partido do Movimento
Democrático Brasileiro] de Campinas, implementa serviços
inovadores, depois ele vai ser o Secretário de Saúde de Itú e
inova tremendamente em 1985 e 1986, na Saúde Bucal [...]. O
José da Rocha Carvalheiro, Regina Giffoni Marsiglia, o Depar-
tamento de Medicina Social da Santa Casa, teve um papel de
destaque, José da Silva Guedes, Otávio Mercadante, o próprio
Instituto de Saúde e a Luiza Heimann [...] fui delegado na VIII
Conferência Nacional de Saúde, a famosa de 1986, esses ato-
res estiveram muitos deles e continuam articulados dentro
desta reforma” [...].

Jorge Kayano^{XIV} lembra entre as entidades que contribuíram para
a intensificação da atenção primária e básica a Associação de Médicos
Sanitaristas de São Paulo (5, 42):

[...] “a Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São
Paulo, uma instituição antiga que cresceu com a incorpora-
ção dessa leva de profissionais médicos sanitaristas, forma-
dos nos cursos de nível local desenvolvidos pela Faculdade
de Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Digamos
que depois de ter cumprido certo papel ele desapareceu
na década de 1990 em favor inclusive da consolidação e do
crescimento da chamada Associação Paulista da Saúde Pú-
blica [APSP]. Em termos mais gerais a Abrasco [Associação
Brasileira de Saúde Coletiva] que hoje tem uma visibilidade
maior, mas que não pode ser colocada no plano superior ao
do Cebes, também uma entidade constituída e formada prin-
cipalmente por profissionais, por militantes da área de Saúde
Pública que também teve um papel relativamente importan-
te nesse período de luta pela redemocratização de expressão
da saúde enquanto direito contemplado na Constituição Fe-

deral de 1988. Nós temos o movimento popular de saúde com uma preocupação de integração e interligação maior com o Estado de São Paulo, mas houve uma articulação dos chamados Departamentos de Saúde Coletiva” [...].

Marina Réa^{XVI} recorda a criação de espaços de livres para reflexões e críticas como a Associação de Médicos Sanitaristas³³ e do Departamento de Medicina Preventiva, que mesmo dentro do ambiente tradicional da academia foi importante para o debate e surgimento de ideias inovadoras e reformistas na saúde e na atenção básica:

“O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP era um Departamento muito mais à esquerda do que os demais setores da Faculdade que sempre foi muito tradicional, muito conservadora! E a Medicina Preventiva não! Era um lugar onde se podia desenvolver coisas mais revolucionárias, mais da esquerda. Criamos a Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo [16.8.1968], e foi muito ativa na época de David Capistrano Filho, um dos líderes. Eram reuniões mensais, muito concorridas, de muita troca, às vezes eram temáticas, [...] às vezes não, às vezes eram só discussões sobre a própria prática de atenção básica para a rede e como fazer essa melhoria, com isso nós tínhamos um *feedback* mensal um do outro, muito rico, muito bom! Essas reuniões eram tão boas que iam pessoas mais velhas, da velha guarda, tipo Seixas, Guedes, essas pessoas da geração anterior dos sanitaristas, que reconheciam em nós, no grupo jovem que tinha entrado, esse sangue novo que eles estavam precisando para fazer a reforma da Secretaria [...] o próprio [Walter] Leser chegou ir às reuniões, David Capistrano sem dúvida era uma liderança dentro disso, nessas reuniões, que era bárbaro, ele mostrava-se desde o início uma pessoa que acabou despontando como Secretário de Saúde.

33 Associação de Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo (AMSESP)

No futuro acabou indo para a Secretaria de Saúde de Bauru, depois para a de Santos”.

José Ruben de Alcântara Bonfim^{II} recorda como desencadeador de mudanças o episódio da expulsão dos residentes da Medicina Preventiva e Social da Unicamp e a acolhida pelos professores Guilherme Rodrigues da Silva^{N.E.22} e Maria Cecília Ferro Donnangelo^{N.E.30} da USP em 1975, quando tiveram mais um contato com a moderna Saúde Pública que veio a se chamar uma década depois de Saúde Coletiva. Esta expulsão de alguma maneira contribuiu para construir algo novo, o movimento de reforma. Refere-se também ao curso de sanitarista e a personagens relevantes para a constituição da Atenção Básica de São Paulo.

“[...] Zeferino Vaz fez uma intervenção branca no Departamento de Medicina Preventiva e Social, afastando Sergio Arouca, muitos docentes que o tinham como referência e a maior parte dos residentes, R2, aliás, quase todos os residentes R2 vieram para São Paulo, continuar os seus estudos em Medicina Preventiva e Social com Guilherme Rodrigues da Silva e Maria Cecília Ferro Donnangelo aqui na USP em 1975. E lá nessa residência eu já tive mais um contato com a moderna Saúde Pública que veio a se chamar uma década depois de Saúde Coletiva, esse termo não existia na ocasião. O 1º curso curto e os demais foi resultado de convênios entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Faculdade de Saúde Pública... eram duas turmas por ano, começou no 1º semestre de 1976 e encerrou-se no 2º semestre de 1982 e aí findou-se. Nunca mais existiu.[...] A 8ª Conferência presidida por Antonio Sergio da Silva Arouca, que morreu em 2003, teve como relator o grande mestre da Saúde Pública de todas as épocas, Guilherme Rodrigues da Silva, que morreu em 2006. [...] Entre os secretários estaduais que desenvolveram a Atenção Básica... Adib Domingos Jatene, José da Silva Guedes, oito anos como Secretário, Barradas^{N.E.28}, oito anos, aí já tem 16 anos”.

A educadora **Ausonia Donato**^{IX} lembra com emoção do Dr. Walter Leser e das suas duas administrações e o considera um ‘ser político’ capaz de compreender propostas inovadoras.

“O Professor Leser, acho que era a pessoa mais moderna que conheci na minha vida [com emoção]. O professor Leser acabava tudo.[...] Secretário da Saúde por duas vezes! Diziam que era um secretário técnico, nunca vi alguém mais político na vida, no sentido de saber o que queria, de dirigir, de ouvir as pessoas, digo que ele era moderno, porque aceitava todas essas coisas aqui e, muito feliz, aprovava as inovações, mesmo que parecesse uma birutice, imagine, dizia o professor Leser, perfeito!”

Maria de Lima Salum e Moraes^{XV} resgata memórias de sua luta pela Saúde Mental na Secretaria Municipal de São Paulo e aponta nomes que atuaram de forma decisiva em mudanças da saúde mental na atenção básica, a influência do Plano CONASP e das AIS (48).

[...] “com a entrada dos doutores José da Silva Guedes e o [José Mário Taques] Bittencourt [Guaratinguetá, SP, 23.3.1917-1992] e basicamente do Mario Covas [1983-1985] que era prefeito, houve toda uma mudança então em termos de proposta política, uma revolução [...] Provavelmente [João] Yunes, o Secretário de Estado, e [José da Silva] Guedes procuraram integrar o serviço de saúde do Estado e da Prefeitura. Nós íamos, eu às vezes, nas reuniões regionais para ver como a situação estava, apesar de não haver na Prefeitura um movimento de abertura maior para a doença nas unidades de saúde, nós mesmas começamos a ser procuradas, as psicólogas, por mães de crianças que tinham problemas, então cada uma começou. [...] a saúde mental sempre caminhou meio à margem do processo, se observa que foi um movimento nosso, como psicólogas, mas não era um movimento do grupo inteiro, ainda não havíamos incorporado. [...] Nós sempre fizemos separadamente e naquela época os procedimentos ainda não eram pagos, porque foi depois com o CONASP³⁴, com as AIS³⁵, que começaram a ser

34 Conasp – Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (1982).

35 AIS – Ações Integradas de Saúde.

pagos os procedimentos de psicologia. Em termos de inovação, a maior foi mesmo essa da [prefeita Luiza] Erundina [1989-1993], na verdade o grande eixo da inovação foi a desospitalização e a integração do paciente na comunidade. A proposta que mais se aproximou, tentou cercar mesmo o doente mental da forma de reintegrá-lo foi essa, a mais revolucionária, a do hospital-dia, hospital geral, enfermaria psiquiátrica e os centros de convivência, é uma grande inovação, no sentido de se tentar integrar o paciente à comunidade. Se a cooperativa tivesse dado certo seria melhor ainda, em alguns lugares deu, porque eles pelo menos têm alguma coisa [para sobreviver], tem que ter o cuidado de não ser um trabalho subserviente, um trabalho menor, mas alguns conseguiram se organizar para ter um rendimento mínimo.”

Rosicler Di Lorenzo, envolvida com Saúde da Família e Atenção Básica em tempo mais recente, recorda o início do Saúde da Família em São Paulo (10, 21):

Era o Guedes e o Barradas que também teve um papel importante nesse momento para o Saúde da Família, os dois determinaram o que você podia trabalhar com as regionais, que são uma instância especial, mesmo que você esteja numa coordenação central ainda tem toda uma outra questão de entrada política, para determinar o que era necessário ter e fazer. [...] Na Universidade tivemos parcerias preciosas, tivemos a Faculdade de Medicina de Marília, Faculdade de Presidente Prudente, o Cosems foi fundamental, o Gilberto Natalini, o Enio Duarte com a Cidinha [Maria Aparecida Pimenta] de Amparo que era secretária, que continua no movimento.

Naelson Correia Guimarães^{IX}, conselheiro de saúde e membro do movimento popular, destaca Eduardo Jorge, Luiza Erundina e Celina Maria José de Oliveira ^(N.E.9) que comandava o movimento na Zona Leste e ainda está ativa nas instâncias de participação do SUS (54) como representante do Movimento Popular de Saúde da Zona Leste no Conselho Municipal de Saúde de São Paulo(54) até os dias atuais.

[...] o nosso movimento era aqui na Zona Norte: constituiu o primeiro Conselho Municipal da Saúde da cidade de São Pau-

lo, feito por Eduardo Jorge, em 1989, o primeiro Conselho [de Saúde] no Brasil, ainda não era um Conselho originado do conteúdo da Constituição de 1988, tinha a constituição, mas ainda não tinha a definição das leis, que vieram depois, a Lei 8.080 [de 19 de setembro de 1990] e Lei. 8142 [de 28 de dezembro de 1990] [...] fui então, já nesse período ser membro do Conselho Municipal, e lá fiquei muito tempo atuando lá, aí eu passei a ter uma atuação mais ampla, na Zona Leste, quando eu conheci Celina Maria José de Oliveira, uma das militantes que teve destaque, era militante chefe (risos) e a Zona Leste nesse momento, concentrava maior densidade de movimento, comandava o movimento na cidade de São Paulo; depois criamos um movimento na zona Sul, e evolui para as demais regiões na cidade de São Paulo, [...] o momento que o SUS teve maior evolução foi no governo da prefeita Luiza Erundina [] ela levantou o hospital de Campo Limpo na Zona Sul, os dois da Zona Leste e da Vila Maria e outros que eu não me recordo agora, então vivemos o melhor momento do SUS.

Por fim, **Luiz José de Souza^{xx}**, militante e conselheiro ainda atuante relembra sua inserção na comunidade da região de Taipas e da percepção de carência de serviços e da sua atitude ativa para organizar as pessoas em torno de interesses comuns. E oportunamente das alianças políticas entre Estado e Município, por meio de seus do governador Franco Montoro^{N.E.4} [15.03.1983 – 15.03.1987] e do prefeito Mario Covas Junior^{N.E.33} [15.3.1983-31.12.1985] que contribuíram sobremaneira para realização de mudanças no modelo de atenção.

A Secretaria de Estado e a Secretaria Municipal, porque naquela época com o Programa Metropolitano de Saúde, a Secretaria de Estado e a Secretaria Municipal de Saúde elas trabalhavam juntas. Tinha um intercâmbio e uma aproximação e um trabalho mais ou menos conjunto, até porque o governo, o governador era Montoro e o prefeito Mário Covas, indicado pelo governador, então as coisas caminhavam bem entrelaçadas, e o Programa Metropolitano de Saúde

saiu também junto com esse governo e daí as coisas caminhavam.

Os narradores trouxeram memórias sobre como São Paulo avançou nas reformas da saúde apesar da Ditadura Militar de 1964, e também por causa dela, sabendo-se que o Estado nacional era dividido em blocos econômicos: o bloco dos estados mais pobres e demandantes do governo federal e que se fragilizaram mais ainda no período da ditadura; e o bloco dos estados fortes economicamente, como era o caso de São Paulo, que tinha certa independência e esboçou iniciativas de resistência pela redemocratização como o caso do movimento popular de saúde. Essa força político-econômica garantia certa independência ao Estado de São Paulo, tornando-o pioneiro nas iniciativas de ações programáticas de saúde.

A liderança de Walter Leser nas iniciativas na década de 1960 que tornou possível a formação de sanitaristas para o desenvolvimento de uma rede de básica (1) e foi apontada pelos narradores que alguns dos marcos dessa liderança foi a Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde empreendida por Walter Leser (10.2.1967 a 15.3.1971). Em síntese a reforma da Secretaria da Saúde, conhecida como “Reforma Leser”, implicou na reorganização técnico-administrativa das unidades sanitárias, criação da carreira de médico sanitarista, criação do programa de imunização, campanhas de erradicação da Varíola (1968-1970), criação de Centros de Saúde Escola, novos métodos de controle da lepra (hanseníase) e outras ações de controle das epidemias e endemias.

A reforma da SES-SP também foi parte de processo de adaptação político-administrativa proposto pelo governo estadual em 1967 para promover a renovação do aparato administrativo e se adaptar seus processos em tempos de regime ditatorial. O grupo que elaborou a proposta da saúde se associou aos trabalhos de uma comissão instituída pelo governador Roberto Costa de Abreu Sodré pelo Decreto 48.206, de 7 de julho de 1967, que criou o Grupo Executivo da Reforma Administrativa (GERA), o órgão central de planejamento, coordenação, direção, execução e controle dos trabalhos relativos à reforma administrativa do serviço público estadual, objeto do Decreto n. 48.040, de 1.º de junho de 1967.

Elaborada por um grupo de sanitaristas da própria Secretaria de Estado da Saúde e docentes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com assessoria dos consultores da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os americanos Herman Ertresvaag Hilleboe³⁶ especialista em Saúde Pública e Morris Schaeffer³⁷, que com base em suas especialidades e em observação sistemática sobre a dinâmica da Secretaria e da realidade de saúde da época sugeriram o modelo de reforma.

Na reforma iniciada em 1968 nem todas as medidas puderam ser postas em prática no mesmo momento e o processo se prolongou na década de 1970. A estrutura foi composta de quatro coordenadorias: de Saúde de Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados com os institutos de pesquisa, Instituto Butantan, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Pasteur e o mais novo deles, o Instituto de Saúde, criado em 1969.

A regionalização da saúde criou uma infinidade de novas posições de administração e evidentemente de burocracia e necessidades de controle de poder e decisões na estrutura. Com a formação de médicos sanitaristas pelos cursos curtos, recebendo gente jovem para formar os quadros, se pretendia reunir profissionais com uma nova mentalidade. A partir desse pressuposto, a SES-SP estabeleceu convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP e o Ministério da Saúde para a formação de novos sanitaristas por meio dos denominados Cursos de Nível Local, nos quais era dada ênfase aos conhecimentos sobre planejamento, organização de serviços, estatística, epidemiologia e ciências sociais.

O contingente de formandos desses cursos tinha o perfil de serem jovens, de lideranças estudantis, interesse de aplicar seu saber para transformar a realidade e alguns eram provenientes de lugares onde já se discutia a medicina preventiva e comunitária. Com a chegada desses novos sanitaristas a Coordenadoria de Saúde Comunitária se tornou um centro de poder na reforma da SES.

36 Para outras informações, consultar: http://www.columbia.edu/cu/lweb/archival/collections/ldpd_5952818/

37 Para outras informações consultar: <http://www.nytimes.com/1997/03/25/nyregion/morris-schaeffer-89-virologist-who-tightened-controls-on-labs.html>

Influências dos Movimentos Populares na Atenção Básica

No período que compreende os anos de 1964 a 1985, a população brasileira viveu momentos de opressão, exclusão crescente e violação dos direitos políticos e humanos, que abalaram e desmobilizaram os movimentos sociais. Esses movimentos vinham atuando com legitimidade junto aos partidos e ao governo de 'Jango³⁸', que promovia escutas, comícios e plebiscitos, ouvindo segmentos da sociedade civil, para discutir modelo e direitos na sociedade. Depois do golpe de 1964, esses segmentos foram reprimidos e cerceados na articulação das demandas das camadas populares.

Mas, logo a crise econômica associada à ausência de liberdades democráticas do governo militar e o aprofundamento das desigualdades provocou insatisfação e forte reação das comunidades e organizações sociais pela melhoria de vida, em particular na saúde, cujo sistema estava falido. A luta era pela redemocratização, e isso incluía liberdade sindical e direito de manifestação dos movimentos populares e comunitários da saúde, em particular aqueles enraizados nas comunidades mais pobres nas zonas leste e sul da capital paulista.

Entende-se por movimentos sociais e participação popular, um processo que une os grupo em torno de interesses contrariados ou não atendidos e a busca por mudança. Os movimentos sociais de São Paulo na década de 1970 foram fundamentados na conquista, consolidação e ampliação de direitos em geral, e neste caso, no acesso a serviços básicos de saúde em São Paulo.

As conquistas populares muitas vezes eram iniciativa de uma pessoa que ampliava sua insatisfação para sua comunidade, segundo as evocações dos entrevistados quanto ao aumento de legitimidade que os cidadãos que viviam em São Paulo ofereceram aos administradores e

38 João Belchior Marques Goulart, filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), foi presidente do país, de 7 de setembro de 1961 a 31 de março de 1964 quando foi deposto por força do golpe de 1964. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/biografias/joao-belchior-marques-goulart.jhtm>

profissionais que atuavam no governo e na academia, impulsionando a participação social na saúde, uma característica da atenção primária (57) e a mudança do modelo de saúde no Estado.

Para **Dr. José Carlos Seixas**^{XIX} houve uma feliz conjunção de esforços:

“O estado de São Paulo faz parte desse movimento muito nitidamente, tanto no âmbito da sociedade como da periferia, [...], foram praticamente os excluídos e os periféricos, junto com uma burocracia administrativa, com lideranças que chamo de muito felizes, e não dá para explicar isto com [teoria] de luta de classes [...]

As lembranças de **José da Silva Guedes**^x detalham passos e envolvimento do movimento de Saúde da Zona Leste e da região do ABC:

“Desde 70, pelo menos, tem um movimento popular de saúde muito forte nesta cidade. Ele começa em vários pedaços, provavelmente, mas um que se destaca é o movimento da Zona Leste que tem muito a ver com o movimento de base religiosa, inclusive, no fim da Zona Leste de São Paulo, Itaquera, Guaianazes, lá no limite dos municípios do ABC e durante muito tempo era mais fácil chegar à Zona Leste, onde as pessoas estavam morando, era mais fácil chegar via ABC do que pelo trem da Central ou coisa assim, que passava lá e por quê? Porque tinha emprego ali, passou a ter moradia mais barata e o lugar era um ‘bom dormitório’ e nesta área você tinha uma porção de padres iniciando um movimento e sai um movimento de saúde. Em 1975 há um curso curto [na FSP] que forma 400 sanitaristas num período [até 1979] e nestes lugares tinha alguns centros de saúde, vários destes sanitaristas foram para esta periferia, porque os sanitaristas trabalhavam em tempo integral, vários deles foram para lá morando com suas famílias e se incorporaram e ajudaram este movimento popular reivindicando saúde. A Secretaria, naquela reforma de 1967, pre-

via a existência do Conselho Comunitário de Saúde e que cada centro de saúde tivesse um e, na descrição da lei da reforma, o figurino deste conselho era muito adequado às cidades do interior que tinham representantes do prefeito, dos Rotaries, coisa que na periferia não tem. Na periferia de São Paulo há 400, 500 mil habitantes, e não mora nenhum vereador, nenhum político. Então, havia e é claro começa a ter um trabalho conjunto de movimento popular, movimento de igreja, a presença de sanitaristas e o pessoal passa a lutar para ter um conselho popular, um conselho comunitário de saúde que pudesse ser eleito pelos usuários. [...] mas o Leser, era fim do mandato dele, topou que eles fizessem eleição e publicou no Diário Oficial o resultado da eleição do Conselho Popular de Saúde, acho que chamava Conselho Popular de Saúde do Jardim Nordeste, um bairro significativo, simbólico até... Então, tinha um movimento popular e tinha um movimento onde os sanitaristas, inclusive eu, faziam parte”.

“**Nelsão**” recorda que a Secretaria de Saúde do Estado tinha tradição de atuar com movimentos populares muito mais antiga:

“O Leser não ia muito para a periferia, mas os outros foram e em 1983 a Secretaria Municipal de Saúde era avessa ao movimento popular, tivemos que organizar trabalho com técnicos de gabinete e com os movimentos populares para mostrar aos funcionários que dava para trabalhar. De repente, era a luta pelo hospital do Campo Limpo, que era o hospital que a gente começou na zona sul naquele momento. Então, já existem comissões de saúde e conselhos, então participam: Jardim São Luís, reunião às quartas feiras, Jardim São Bento... Dentistas pelo movimento da saúde, encontros da mulher na zona sul, outubro de 1984, associações populares de saúde.[...] A população reivindica a cura e a prevenção juntas, esses postinhos, esses médicos, esses dentistas, essas ações

de enfermagem que é que vai trabalhar com pré-natal, com puericultura, mesmo que seja só extração de dentes, trabalhar com medicamentos, mesmo que sejam medicamentos sintomáticos, vai trabalhar com vacinação, quer dizer, é uma mistura de programas de nutrição, de odontologia preventivos e curativos ao mesmo tempo, combate a verminoses, que naquela época era uma bandeira muito grande e então a Atenção Primária nasce nisso, ela nasce muito modestamente com custo, com uma atenção integral mais avançada, mas já nasce integral.”

Nelson Ibañez^{XIII} lembra do importante papel dos movimentos sociais na periferia da cidade, sua institucionalidade e perda do foco na Atenção Básica.

“[...] o papel dos movimentos sociais na implantação das áreas periféricas foi fundamental, mas o que aconteceu? [...] Eu vejo assim: o SUS abriu a participação, então se tem os conselhos locais, conselho gestor... O grande problema é que essa participação direta também sofre limitações, mas foi um avanço no sentido de trazer o tema para a agenda. Hoje, grande parte das preocupações desses Conselhos não estão na atenção básica... [...] Então, você ampliou a rede básica, criou os movimentos sociais que participaram disso e foram fundamentais no início, mas hoje eles de certa forma, estão institucionalizados e preocupados com o tipo de acesso à rede secundária e terciária. Claro que se discute o PSF, mas em alguns lugares o PSF passa a ser um programa focalizado lá para determinada populações marginais, onde a unidade básica não chega, mas a proposta do PSF não é de focalização de pobre, não é um programa para pobre, e nas áreas centrais de São Paulo ele funciona também para pessoal que tem plano privado, as pessoas de idade, tem toda uma dinâmica diferente. Então, no fundo você teria que ter um investimento maior aí ...”

Rosa Barros recorda o papel de mobilização e articulação do movimento sanitário exercido pelo Cebes: *“na verdade era a parte visível e que podia ser mostrada, mas por trás existiam as reuniões, as discussões dos sanitaristas para conquistar os sindicatos, existiam as reuniões clandestinas desse grupo de sanitaristas, regularmente num barzinho que era na [Rua] Capote Valente com a [Rua] Teodoro Sampaio, onde ainda hoje é o ‘Degas,’ nos reuníamos quase toda noite, também todas as sextas-feiras se reunia para discutir quais deveriam ser os encaminhamentos para assegurar a reforma sanitária.”*

Luiz Cecílio^{VI}, entre suas evocações, traz uma reflexão sobre a presença dos usuários nos serviços de saúde, entendida como uma forma de participação:

“eu queria fazer essa reflexão ... o grande elemento do controle social é a presença física dos usuários no serviço. Essa pressão física, humana, trazida pelo sofrimento... pela fila... pela demanda, [como a dizer] estamos aqui! ... a insatisfação, a tensão, o enfrentamento com os funcionários, a briga com o prefeito, a reclamação com o vereador, a bomba que sai... acho que o jeito que a população participa uma maneira desorganizada, aparentemente caótica, quase anarquista, porque ela corre por fora dos esquemas que nós vamos montando, eu acho que a população tem uma forte presença como controle direto pela sua presença física ...e acho que às vezes nos falta sensibilidade para compreender esses movimentos.

Marina Réa^{XVI} traz a participação para outro espaço mais específico, o das políticas de saúde para mulheres, no contexto dos anos de 1970 quando também se organiza o movimento de mulheres no país:

“A Suzana [Kalckmann], diferentemente de nós, vinha da área da educação[...] e tinha trabalhado com educação de jovens, adolescentes. Então ela trouxe para nós uma experiência dessa linha, muito legal também. Uma outra coisa que acho também que foi muito importante é que nós abríamos

mos o Instituto de Saúde, durante o governo João Yunes e governo [Franco] Montoro, para fóruns de participação popular, criamos um fórum mensal de participação de mulheres dentro do Instituto. Foi um momento muito fértil porque ao mesmo tempo em que fazíamos e levávamos proposta para ser referendada e criticada pelas mulheres, que mulheres que vinham? Mulheres do movimento organizado.[...] No governo Montoro foi criado pela primeira vez a Delegacia da Mulher, [...] um espaço no qual a mulher pudesse ser atendida, tivemos uma participação enorme nisso, nós fomos junto com a Zuleica Alambert, que era Coordenadora do Grupo da Condição Feminina que o Montoro criou [1983] e que tinha representantes dos vários setores da educação, trabalho... da saúde éramos nós, a Beth [Elizabeth Meloni Vieira], a Anna Volochko ... e nossa atuação dentro disso ajudou na formação das Delegacias de Mulher e foi nesse mesmo período do Governo Franco Montoro que esses fóruns de saúde da mulher, dentro do Instituto de Saúde foram muito ricos, ... a ideia de um vídeo documental ... chamava-se “Oficina de Participação Popular” qualquer coisa assim ou Fórum das Mulheres.. [...]”.

Ausonia Donato, no ato de relembrar de uma de suas vivências de campo com a utilização de antigas referências da Educação em Saúde (53) elabora crítica ao tecnicismo dos anos de 1970, que na sua opinião colocava o método de ensino dos cursos acima do sofrimento das pessoas e dispara:

[...] no fundo tudo era um tecnicismo da época... Enfim, peguei a palavra e autoritariamente disse: olha, vocês vieram porque vocês estão doentes, vocês sabem disso?... vocês tem que tomar remédio,... é por isso que vocês vieram, nós vamos orientar vocês, vocês tem cura!, apesar de ser muito chato, muitos meses [de tratamento], mas a tuberculose tem cura!. E fiz um discurso diretivo, no que eu fui muito agradecida por aqueles que estavam ali, ou seja, eu estou

contando isso porque me marcou muito de um jeito ruim, isso também, porque elas [a equipe] prepararam tudo isso na sua vontade real de que eles participassem, porque na década de 1970 começa o discurso da participação. É importante a população participar, não se falava em controle social, claro, controle social é pós-1986, que é SUS, antes é participação da comunidade, [...]

José Ruben elabora uma crítica já contemporânea ao SUS que parece ser um problema crônico do setor de saúde do país:

”Os conselhos em todos os planos, federal, estadual, municipal, têm que estabelecer e deliberar sobre a política. Os poderes públicos, o federal, estadual e municipal apresentam os seus planos e seus projetos e o Conselho diz o que é que tem que ser executado e qual é a ordem de prioridade. É uma inversão completa do que se fez até hoje. Eu não acho que o cidadão comum está despreparado para discutir com os técnicos. Sinceramente não acho, até porque entre os membros do Conselho, que não são da administração direta ou indireta, geralmente os representantes são pessoas qualificadas e são, em muitos casos, até servidores da administração pública em outros planos, como é o meu caso, por exemplo sou preparado para discutir políticas farmacêuticas e como ativista social eu fui um dos fundadores e o primeiro presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [...]”

Luiz José de Souza destaca as más condições de saúde e a exclusão da população mais necessitada:

Bom, naquela época as principais reivindicações eram a construção de unidades básicas de saúde que pouco existiam e as poucas eram muito precárias, casa alugada, etc., a outra reivindicação era condições de hospitais, leitos hospitalares que também eram muito poucos, e atendimento gratuito para

a saúde, porque nós sabíamos que naquela época ainda existia um tipo de atendimento muito diferenciado que não era universal. As pessoas que trabalhavam, que tinham carteira assinada, tinham seu convênio, quem tinha convênio procurava seu convênio, muitos que tinham carteira assinada podiam não ter convênio, mas tinham o INAMPS que atendia as pessoas que tinham carteira assinada, e as pessoas que não eram empregadas, que não tinham carteira assinada, não tinham convênio, não tinham nada, ficavam meio que assim a Deus dará, sem saber para onde ir. Então, a reivindicação também era que todos tivessem acesso à saúde, não só quem tivesse um emprego, ou quem tivesse um convênio, a gente já discutia essas questões.”

Naelson Correia Guimarães^{IX}, militante do movimento popular de saúde da Zona Norte, conselheiro de saúde, relembra nomes que marcaram sua entrada para o movimento em período anterior à aprovação do SUS, e a instalação do movimento popular na instalação da atenção básica:

[...] “ conheci [Otávio] Mercadante, tive convivência com ele muito tempo, bem, até então o nosso movimento era aqui na Zona Norte, constituíram o primeiro Conselho Municipal da Saúde da cidade de São Paulo feito por Eduardo Jorge, foi em 1989, eu já tinha atuação há bem 10 anos antes, na saúde, o Eduardo criou o primeiro Conselho, que existia no Brasil, [...]. Esse Conselho foi fundado em 1989, um ano antes, da lei que criou o SUS, [...] aí eu tive uma atuação muito intensa, desde quando entrei no movimento, atuei muito nesse Hospital [Mandaqui] que era a sede para receber as reivindicações das Unidades Básicas.[...] naquele momento era preciso apoiar as unidades básicas com dinheiro, aliás não só com verbas, com material e fundamentalmente nós debatíamos a questão dos recursos humanos, ou seja, dos funcionários principalmente médicos, que deveriam ingressar no serviço

público, mas com uma condição, na base do concurso público; foram feitos, me parece alguns concursos, tanto o que existe hoje ainda é resquício daquele tempo.”

O Conselho Nacional de Saúde já existia desde 1937, mas até 1990 era um órgão consultivo do Ministério e os conselheiros indicados pelo próprio governo. A participação social ocorreu em diversos níveis e formas por meio da atuação dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, foi pautada pelos princípios da descentralização, integralidade e participação popular, tornando possível o desenvolvimento de experiências locais que buscaram a seu modo superar o modelo de atenção de base previdenciária, privatista e voltado não só para a cura, instituído durante a ditadura militar, reconhecidamente ineficiente e causador de grandes iniquidades.

Mais tarde no final da década de 1980 as ideias do municipalismo na saúde, que também se constituiu num importante movimento para o desenvolvimento da Atenção Básica no país, pois reivindicava mais poder para a esfera municipal e se articulava com movimento mais amplo pela democratização e descentralização, conferindo mais autonomia municipal para planejar e executar suas políticas públicas, prevendo o deslocamento do poder para a esfera local, mais próxima do cidadão, de forma a oferecer um conjunto de serviços culturalmente aceitáveis e tecnologicamente capaz de dar resolução à maior parte dos problemas de saúde e de atuar promovendo a saúde nos territórios, com a participação de usuários na co-gestão e escuta deles nas avaliações do sistema de saúde (22, 52).

Obstáculos para a instituição da Atenção Básica em São Paulo

As décadas de 1960 e 1970 foram de grandes transformações sociais e políticas no mundo inteiro. A guerra fria, a guerra do Vietnã, protestos contra o racismo nos Estados Unidos da América, protestos de estudantes e trabalhadores na França, entre outros acontecimentos marcantes que mudaram os rumos da humanidade. Quando surgiu a Declaração sobre os Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata (1978), (29,46) o país se encontrava há doze anos sob regime militar e há dez sob o AI-5 (Ato Institucional nº 5), emitido em 13 de dezembro de 1968 pelo governo do general Artur da Costa e Silva, com medidas que suprimiam direitos civis e políticos segundo a ementa:

“Suspende a garantia do habeas corpus para determinados crimes; dispõe sobre os poderes do Presidente da República de decretar: estado de sítio, nos casos previstos na Constituição Federal de 1967; intervenção federal, sem os limites constitucionais; suspensão de direitos políticos e restrição ao exercício de qualquer direito público ou privado; cassação de mandatos eletivos; recesso do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas e das Câmaras de Vereadores; exclui da apreciação judicial atos praticados de acordo com suas normas e Atos Complementares decorrentes; e dá outras providências”³⁹.

Esse ano foi denominado ‘o ano que não terminou’⁴⁰, uma alusão aos acontecimentos marcantes e à derrota da utopia⁴¹ de liberdade e do movimento paz e amor. Em 1978, depois de dez anos de AI-5, ele foi revo-

39 Ato Institucional nº 5, de 13 de dezembro de 1968. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/AIT/ait-05-68.htm

40 Zuenir Ventura, autor de “1968: o ano que não terminou”. Disponível em: <http://minhateca.com.br/pajarita/Livros/1968-O-Ano-que-Nao-Terminou-Zuenir-Ventura,950782.pdf>

41 Utopia do grego “ou+topos” que significa “lugar que não existe”. Utopia foi um país imaginário, criação de *Thomas Morus*, escritor inglês (1478-1535), que se refere a uma sociedade organizada de forma racional, e feliz, vivendo em harmonia de interesses. Ouso dizer que, no caso da Saúde Pública, a Utopia não trata de um lugar que não existe, mas um lugar para onde se poderia chegar pelo próprio projeto de Reforma Sanitária e, no plano mais amplo, pelas mudanças para uma sociedade democrática, mais igualitária e livre. Um conceito das ciências sociais que contribuiu para a formulação de críticas ao estado vigente, e que a partir de insatisfações permite vislumbrar algo diferente com mais justiça, liberdade e igualdade, por exemplo. Conceito que serviu de base para o pensamento socialista, comunista e comunitário até os dias atuais.

gado pela Emenda Constitucional no.11 de 13 de outubro de 1978, artigo 3º, promulgada pelo então presidente general Ernesto Geisel. A emenda diz: “ressalvados os efeitos dos atos praticados com bases neles, os quais estão excluídos de apreciação judicial”⁴², restaurando-se o *habeas corpus*. A emenda constitucional entrou em vigor em 1º. de janeiro de 1979.

Para **José da Silva Guedes**^x, na força política que tinha o pessoal da Previdência e seu esquema político de indicação e a falta de fontes definidas para arrecadação para a Saúde Pública está a raiz dos problemas para o crescimento da Atenção Básica em São Paulo.

“O obstáculo para materializar uma política, para implantar esta nova política sobre como fazer assistência à população, [...] era a força política que tinha o pessoal da Previdência, que sempre teve um orçamento muito grande e poder político que em geral era comandada pelos deputados federais em cada estado. Em geral eram eles que diziam quem iria ser o coordenador do INAMPS no Estado [...].Em cada área da Saúde Pública tinha um poder financeiro muito menor, pois não tinha arrecadação para a Saúde Pública, e isso dependia fundamentalmente da vontade dos governadores. Não tinha instrumento para isto. A ideia de recurso vinculado para saúde era impossível naquele momento. Não existia nada que vinculasse.”

A espontaneidade foi a lógica do desenvolvimento do sistema, segundo as memórias de **José Carlos Seixas**^{xix}:

“A grande dificuldade foi que tinha uma sociedade elitista que persiste e que acha que a humanidade é assim mesmo, tem os bem dotados e os mal dotados e a natureza e os próprios indivíduos são responsáveis por estarem na situação que estão. [...] Não tínhamos o sistema na cabeça, fomos construindo. A nossa experiência histórica era do desenvolvimento ‘espontaneísta’, humanitarista e até não egoísta , e generoso [...]”.

42 Emenda Constitucional nº 11, de 13 de outubro de 1978. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1970-1979/emendaconstitucional-11-13-outubro-1978-366947-norma-pl.html>

Entre os estorvos lembrados, muitos dos quais sofridos na pele sob forma de tortura ou de perda de liberdade e perseguição, foram apontados por **Rosa Barros**^{XVIII}, aqueles que dificultaram o processo de construção da atenção primária na década de 1970, como, por exemplo, a ação dos órgãos de repressão com a perseguição e com as prisões de membros dos movimentos populares e de líderes sanitaristas. Ela aponta também iniciativas impeditivas de Paulo Maluf durante seu governo de 1979 a 1982 e, mais tarde, de Fernando Collor, no período de 1990 a 1992, cuja atuação política prestou um desserviço para a instituição do SUS e trata da demora para a regulação da Lei 8.080 de 1990 (14):

“[...] Principalmente o governo, a ditadura, era um governo ditatorial que prendia a gente. Então a gente fazia um movimento clandestino mesmo...[...]. Ele foi, nesse período de 1975, quando começou a luta, o movimento pela reforma sanitária mesmo, esse movimento nasceu clandestino. A criação da revista do Cebes [Saúde em Debate] era a parte visível desse movimento, na verdade [...], mas por trás existiam reuniões clandestinas com discussões dos sanitaristas para conquistar o Sindicato, sobre quais deveriam ser os encaminhamentos para assegurar a reforma sanitária [...] Teve momentos de punição. Por exemplo, o David Capistrano foi punido, naquela época o governador do Estado era Paulo Maluf, que puniu David Capistrano e Maria Célia Medina...[...]. Eles foram simplesmente afastados dos seus cargos de diretores de Unidades, diretores de distritos, e foram jogados em outras Secretarias do governo [...]. Eu não lembro nomes dos outros sanitaristas, mas esses dois lembro bem. Eles foram parar no Jardim Botânico, na Secretaria de Agricultura. [...] Nessa época aconteceram as prisões daqueles populares que faziam parte desses movimentos de bairro, muitas pessoas foram. Eu acho que o David também chegou a ser preso aqui em São Paulo. [...] a denúncia era dele pertencer ao Partido Comunista, por isso chegou a ser preso antes de 1979 [...] antes da abertura política do movimento da anistia que se tornou muito forte em São Paulo. Naquela época não era brincadeira não!, era tortura mesmo, era prisão com

tortura, naquela ocasião as prisões não eram para brincadeira...[...].Nos anos de 1989 e 1990, o Paulo Maluf e o próprio Fernando Collor de Mello, quando entrou na presidência, seguiu a implantação do SUS [...]. Criamos a Lei, mas nunca saía a regulamentação! Ela não foi regulamentada, acontece até hoje [2007], quanto tempo faz que foi criada?" [...]⁴³.

Gastão Wagner^{IV} identifica questões político-partidárias como obstáculos para construção da atenção primária no país:

“[...] O político-partidário, acabou produzindo muita tensão nessa discussão e dificultando a construção de uma doutrina brasileira de atenção primária. Depois entra no Brasil o projeto de Saúde da Família, pela medicina comunitária, pela experiência de Londrina[54], no Rio Grande do Sul, Murialdo⁴⁴, e Grupo Conceição⁴⁵ com as residências de lá, que se tornarão política oficial em 1994. Começa com os agentes de saúde. O então ministro Henrique Santillo [1937-2002; foi ministro de 1993 a 1995; foi um goiano de Anápolis e um dos fundadores do PT, mas na época ele estava no PMDB]. Ele foi uma pessoa progressista que apoiou o SUS, [...], depois também Adib Jatene, Fernando Henrique^{N.E.19}, depois o Serra”.

Nelson Ibañez^{XIII} traz memórias sobre problemas na estrutura de governo estadual e federal, na demanda alta por assistência médica, nas intervenções políticas e uso de tecnologia influenciando na questão ética da criação da CPMF (19):

“[...] Então tem obstáculos econômicos, políticos, desde a política macro, da dependência tecnológica, do modelo que a gente usa para... e das preocupações com as políticas públicas, que

43 A Regulação da Lei 8.080 de 1990 só aconteceu em 2011 com a aprovação do Decreto 7.508, em 28 de junho de 2011, ou seja, 21 anos depois. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

44 Centro de Saúde Escola Murialdo pertence à Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que iniciou suas atividades em 1974 com práticas orientadas para a atenção primária à saúde e em 1976 foi pioneiro na formação em serviço. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/inicial>

45 Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/images/Publicacao/residncias%20em%20sade%202014.pdf>

são os problemas técnicos e de recursos humanos para a gente implantar a saúde pública [...] A máquina estadual do Estado de São Paulo [...] tem um problema central da presença forte do setor privado, a medicina de grupo, e que nós não conseguimos coordenar. Não houve uma centralização da Agência Nacional [de Saúde Suplementar], então a Secretaria não tem coordenação [sobre eles], e os municípios menos ainda [...] já no caminho de ver o sistema como um todo e incorporar a assistência básica, a atenção primária no esboço do sistema de saúde, ele perde força em função da grande demanda da assistência médica e hospitalar que vai cair sobre a reformulação do sistema [...] então vou ter ações da Saúde Pública tradicional, vigilâncias, unidades de vigilâncias e a questão da atenção básica diluída com a questão mais geral, e claro, com um problema central que é o 'desfinanciamento' das ações, [...] Mas mesmo assim o crescimento da rede básica do país vai ser extenso porque as prefeituras também vão se colocar, até chegar ao PEC⁴⁶ [Projeto de Emenda Constitucional], até chegar no imposto de movimentação bancária, a CPMF [Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira], enfim, teve mecanismos de sustentação, mas no fundo foi criada uma crise no financiamento [...] houve ainda um momento liberal com restrições de financiamento para políticas sociais [...] houve a mudança do papel da Secretaria como gestor estadual teve que ser substituído pelos municípios na atenção básica, e uma fragmentação dos municípios e das políticas renovadoras, que acho que o PSF é uma das políticas renovadoras e inovadoras na atenção básica [...] está tudo municipalizado, o último foi São Paulo, e o que mais criou alternativas para a questão da atenção básica, como entidades não governamentais, as filantrópicas e as OSS, e o PSF com o Qualis^[N.E.49], então a atenção básica também passou a ser

46 Para saber mais sobre financiamento e os problemas decorrentes do subfinanciamento: "NOTA CONJUNTA - O MOVIMENTO SAÚDE + 10 E A LUTA PELO FINANCIAMENTO ADEQUADO DO SUS". Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-14-46/material-de-divulgacao/2-uncategorised/78-o-movimento-saude-10-e-a-luta-pelo-financiamento-adequado-do-sus>

uma inovação[...] e a ter uma privatização, mas no fundo é uma ‘contratualização’ da rede privada para assumir, dado que o Estado, nesse modelo liberal, não pode crescer, não pode contratar pessoas, não pode, não pode [risos]... então fica difícil expandir um programa de atenção básica[...] a grande dificuldade do PSF em municípios acima de 100 mil habitantes é a [competição] do sistema privado. Como o PSF poderia funcionar numa área de concentração urbana e forte concorrência com sistemas privados? Ele é inovador, mas tem que ter uma injeção de recurso. Com todo o recurso carreado para a atenção terciária... esses polos recebem muita coisa, os municípios maiores não aderem ao PSF, tendo coberturas baixíssimas [...] A questão do complexo médico-industrial e a formação de recursos humanos é outro problema central de não impactar, porque hoje não tenho uma geração como 1968, que vai aderir ao problema de maneira... [...], e há uma forte medicina tecnológica dado pelo complexo industrial, os aparelhos hoje valem mais que as pessoas, remunerar aparelhos, enfim, todo o sistema está voltado para essa tecnologia de ponta...[...] tenho que reestudar a metropolização, a questão da intersetorialidade. Quando a gente falava do SILOS [Sistemas Locais de Saúde], nós falávamos da inserção no aspecto socioeconômico, cultural [...]

Problemas na instituição do PSF de acordo com memórias de **Ana Luiza d’Ávila Viana**^{xxi} estão relacionadas com as dinâmicas urbanas (59,60) e com a defasagem na lógica dicotômica de planejamento em saúde:

“[...] coordenei aqui no estado de São Paulo, nos últimos dois anos, pesquisas para avaliar o PSF e a atenção básica em 62 municípios com mais de 100 mil habitantes. Existem outras questões [...] acho que são três problemas... primeiro, uma grande questão é das dinâmicas urbanas. Hoje pensando em atenção básica, é para os centros urbanos, o Brasil é um país altamente urbanizado e uma parte da população brasileira vive em grandes centros, não em pequenos centros. [...] O que acontece: esses municípios de grande porte tiveram mu-

danças substantivas em suas dinâmicas urbanas que o setor da saúde não acompanhou [...]. A saúde quando foi pensada pelo ponto de vista urbano, no início dos anos 1980, se pensava muito na dicotomia centro periferia das áreas urbanas [...] O planejamento da saúde trabalha ainda com essa dicotomia de centro e periferia, e não trabalha com a questão da dinâmica urbana. Estou querendo chegar no seguinte: o PSF teria que ter estratégias diferenciadas [...] Ele tem uma diferenciação sim, [...] mas não tem estratégias diferenciadas levando em consideração a questão das dinâmicas urbanas[...]. Mas estou falando do ponto de vista, estou pensando do lado econômico do SUS, a fragmentação é imensa [...] Veja o Ministério da Saúde, tem o Departamento de Atenção Básica que está na Secretaria da Assistência à Saúde, e se tem uma Secretaria de Ciência e Tecnologia. [...] essa integração entre a Secretaria de Ciência e Tecnologia e a Secretaria de Assistência da Saúde não é fácil, muitas vezes as pessoas não se conversam... se a atenção básica é uma área, do ponto de vista da extensão de cobertura, de melhoria de condições de saúde essenciais, ela está intimamente ligada com a ciência e a tecnologia. Então, deveria ter pelo menos um espaço de integração entre essa questão..[...].”

Pedro Dimitrov^{VIII} traz a questão polêmica da extinção da carreira de sanitaria, a perseguição a lideranças do movimento e a influência do Centrão^{N.E.10} na questão do financiamento da saúde:

“Eu acho que houve um furo gravíssimo que ocorreu no final do governo Montoro, quando teve o início da desestruturação da carreira de médico sanitaria. Porque aquele médico sanitaria era médico sanitaria 1, 2, 3, 4. Você começava como sanitaria 1, aprendendo a trabalhar em regiões de centro de saúde pequeno junto com outro diretor de Centro de Saúde grande, depois você fazia um concurso para médico sanitaria 2 e poderia começar a dirigir um Centro de Saúde grande, daí você fazia um outro concurso, passava para médico sanitaria 3 e podia dirigir um centro de saúde maior e por livre escolha,

conforme a classificação em concurso, escolhia um centro derivado, maior, e depois médico sanitaria 4, você estava apto a dirigir um distrito de saúde. Então o distrito de saúde é o ápice da carreira e era por concurso público e é um cargo, uma situação inamovível igual ao juiz de direito. O David Capistrano perseguido pelo Maluf, foi transferido para a Secretaria da Agricultura para ser penalizado. Ele entrou com liminar e voltou para a saúde, porque o Maluf não podia transferi-lo dessa forma. Vejam, o governador foi questionado pela Justiça e reverteu uma ação do governador, de perseguição política, porque nós tínhamos a carreira de sanitaria. Dificuldades econômicas é sempre aquela briga por recursos para a área da saúde que se vocês quiserem os nomes eu dou porque não é novidade. [...] Quem impediu que houvesse dinheiro para o setor da saúde na Constituição de 1988 foi o Centrão que não apoiou as medidas propostas pelo Eduardo Jorge, que já propunha 13% da arrecadação do município, 13% do Estado e um x%, 30%, 25% da Previdência para a saúde, que era o gasto da Previdência com saúde, até fazer a transição da Previdência para o Tesouro e a Previdência ficar só com o dinheiro da dela. Esta era a proposta do PT, a proposta na Constituinte. Quem impediu que isso fosse aprovado foi o Delfim Netto e o José Serra, que eles se articularam e disseram o seguinte: *não tinha sentido vincular dinheiro para a saúde, vincular dinheiro para a educação, vincular dinheiro para não sei o quê, porque daí os deputados não teriam o que fazer, o governo não podia governar, porque o dinheiro ia estar todo vinculado, então não precisa de governo, porque [se] o dinheiro já vinha todo amarrado então para que serve governo?* [...] Então o Serra depois se redimiou. Isto na Constituinte de 1988. [...] assim que não foi aprovada o Eduardo Jorge apresentou de imediato uma outra emenda para a Constituição vinculando o dinheiro, porque ele sabia que sem vincular o dinheiro não ia dar certo. Então o Eduardo fez um projeto de Lei de vinculação e ficou parado lá no Congresso. Alguns anos depois o Serra virou ministro da Saúde. Ele precisava de dinheiro e não

tinha. Ele achava que tinha que vincular senão não conseguiria dinheiro. Aí [ele] foi lá atrás, pegou a emenda do Eduardo e na qualidade de ministro fez a emenda tramitar no congresso. Aprovou a emenda proposta pelo Eduardo Jorge, que vincula dinheiro à saúde [...] que nenhum governo estava dando, nem o estadual, nem o municipal [...]"

Luiza Heimann^{IX} cita entraves políticos, econômicos e técnicos no desenvolvimento da atenção básica de São Paulo e aponta questões do modelo de formação e de sociedade, de valores dos profissionais:

"[...] A crise econômica da segunda metade da década de 1980 tem um impacto importante na política de saúde do Estado [...] e particularmente aqui no Estado de São Paulo, onde já vai se consolidando uma política que não é explícita, do fim da década de 1980 ou começo da de 1990, que é a desresponsabilização do Estado enquanto aparelho de Estado, mesmo na sua função social de prover saúde, e isso vem evoluindo e hoje tem uma clara intenção do governo. Hoje já é resultado dos últimos 10 anos, de ir terceirizando essa função. Isso é uma marca do Estado de São Paulo [...]. Acho que é onde mais avança essa privatização da gestão da saúde em diferentes modalidades.[...] É técnica, nos últimos anos inclusive porque essa importância das políticas sociais vem decrescendo em detrimento das políticas econômicas e essa mudança também cultural induzida pelo neoliberalismo vem se traduzindo acho que na formação dos profissionais da saúde que estão muito mais preocupados com a sua sobrevivência no mercado e a sua sobrevivência financeira do que na realização de um trabalho que tem uma responsabilidade social [...]"

Para **José Ruben Bonfim**^{II} lembra dos desvios de rumo a que tem sido submetido a proposta política do SUS e outro grande obstáculo é a não assunção de responsabilidades.

"O SUS está sob ameaça permanente, com seus propósitos desviados, é claro!... O Sistema Único de Saúde está sob

ameaça permanente e os Conselhos têm reagido a isso [...] no pós-SUS é preciso aumentar os recursos a serem destinados às políticas públicas, isso tudo de forma simultânea. Não é dar atenção para uma coisa e deixar num segundo momento a outra. Não!, é tudo ao mesmo tempo [...] e tenho a impressão que a incorporação de tecnologia, seja ela qual for, tanto para diagnóstico, como para tratamento, ela tem que se fazer com um esforço de mesma intensidade, e diria até maior, para o desenvolvimento do conceito de promoção à saúde. [...]”

Jorge Kayano^{XIV} situa os óbices na dinâmica de mercado que favorece a incorporação tecnológica de fármacos e equipamentos.

“A questão do entendimento da importância da dinâmica econômica, propriamente no campo da saúde: já vivemos claramente num sistema capitalista cujas regras básicas são de primazia do mercado sobre não só na economia, mas também na conformação dos sistemas inclusive o da saúde. A primazia do mercado se expressa pela existência, persistência e permanência de um setor privado de saúde que não cobre boa parte da população, mas que mobiliza e movimenta tanto dinheiro quanto todo o segmento público da saúde. Ou até um pouco mais, nós sabemos que o Brasil é um dos lugares onde apesar de o SUS afirmar o direito à saúde como um direito básico de cidadania, os gastos chamados públicos em saúde são menores que os gastos privados, ou seja, tanto gastos diretos das famílias como gastos das empresas que contratam serviços de saúde para os seus empregados e familiares e representa um mercado restrito a cerca de 25% da população que tem acesso à atenção dita privada de saúde, [...].Diria que a dinâmica de mercado privilegia a incorporação tecnológica de fármacos e de equipamentos. Que incorporam tecnologia e conhecimento é verdade, mas são de alto custo e com grandes dificuldades de universalização sob o ponto de vista de acesso para população, que acaba se traduzindo em certos momentos por um

conflito dentro do próprio campo e da direção do sistema de saúde público [...] O Estado sofre um pouco a pressão, apesar de teoricamente ser o defensor e guardião de princípios e preceitos básicos da Constituição, mas essa pressão é menor, exatamente por conta de um predomínio no campo principalmente dos meios de comunicação, da mídia em geral, de todo um discurso de valorização da atenção privada e dos planos de seguro de saúde e da queixa de que o hospital público não presta. Esse obstáculo no campo do domínio da mídia em geral é um obstáculo concreto e bastante forte [...] um processo de implementação do Pacto pela Saúde procura neste momento ser a expressão do retorno e da reafirmação dos princípios básicos da atenção primária”.

Maria Salum^{XV} relembra de posições de colegas e resistências como obstáculos para consolidação da atenção básica na atenção à Saúde Mental.

“Os obstáculos são principalmente as resistências dos próprios profissionais e dos outros profissionais das áreas da saúde, para colocar a saúde mental, dentro do sistema de saúde, não mais como algo que ocorre em paralelo [...] no caso da saúde mental [...] não há uma política de reposição [de pessoal] – é o que esta acontecendo. A atenção básica em saúde mental em grande parte está se esvaziando. Os profissionais são contratados para os CAPS [Centro de Atendimento Psicossocial], que têm incentivo financeiro e os outros não; os outros serviços continuam na administração direta. Isso é um obstáculo econômico principal nos dias atuais. Obstáculos técnicos nas mudanças foram muitos; as pessoas não estavam preparadas, em função de não estarem preparadas são instrumentalizadas... Uma coisa importante na saúde mental é a supervisão. Acho que obstáculos são dessa ordem, as pessoas não têm formação e a Prefeitura também não dava [...]”.

Marina Réa^{XVI} refere a atuação maléfica de Paulo Maluf nas questões de Saúde Pública e o retrocesso que o governo dele representou:

[...] o governo Maluf criou o PAS, que foi um desastre absoluto para São Paulo [...]. Na Prefeitura era o [Celso] Pitta. Esse período foi péssimo...[...]. Foi uma sequência de 8 anos muito ruins: foram 4 anos de Pitta e 4 anos de Maluf, uma coisa péssima em São Paulo, e ao mesmo tempo coincidiu que o SUS municipalizou. Então os municípios passaram a ter muito poder e nessa quem teve poder foi essa gente,[...] que não tinha uma postura, digamos, de Saúde Pública, mas uma postura de assistência à saúde individual, de montagem de uma melhor assistência à saúde individual, de dar mais poder aos hospitais, medicina hospitalar, então perdeu-se muito, perdeu-se muito[...].”

Rosicler Di Lorenzo^{VII} se refere à formação inadequada, à transição dos perfis profissionais e à questão do financiamento:

“Então tem tanto a formação dos profissionais, que não é adequada para esse tipo de ação, como das pessoas que culturalmente não querem esse tipo. O Programa tem que ser de muita qualidade e infelizmente não se consegue ... [...] Tem a formação, atividade que deve ser realizada com a realidade colada com a prática, quer dizer que enquanto não se tem os profissionais vindos com essa formação da graduação você tem que colar neles, você tem que transformá-los em especialistas nessa área e serviço como os outros países fizeram. Não é da noite para o dia, ninguém vira de repente um generalista! Outra questão é o próprio financiamento. Não é fácil, não basta financiar o novo se teria que ter, nós já discutimos mil vezes no ministério, o financiamento intermediário e uns que suportem a transição, porque é difícil. Se tem tudo lá e às vezes o gestor prefere não mexer porque daquele jeito já sabe como é que é, ele mais ou menos consegue caminhar, e por mais que o financiamento para o Saúde da Família tenha melhorado, sempre tem uma parte que tem que estar com as duas ações; às vezes não consegue transformar tudo e nem captar o recurso. [...] Hoje já é um financiamento único, mas

ele tem dificuldade real porque tem profissionais que já estavam trabalhando, como é que se transformam o financiamento e a própria forma de contratação?... e aí se tem todo um impasse...[...].

A educadora **Ausonia Donato**^{IX} se preocupa com os destinos da Educação na saúde.

[...] Acho que nessa década de 1990 a educação foi um pouco negligenciada. Se antes era aquele absurdo de palestra, quer dizer, educação era entendida como isso, cadê os aspectos educativos do programa... quer dizer, se era isto, aí fica um nada. Deixa de ter discussões em nível nacional, etc. A educação fica um pouco negligenciada; não que eu ache que deva ter um profissional especializado,... aqui dentro do Serviço de Saúde para fazer a palestrinha, mas acho assim, por entender que a ação educativa é inerente a todo o trabalho de relação da população com a equipe de saúde. Há que se discutir isso sim! Há que se ter uma ideia a respeito dessa educação, porque é como eu digo, você pode educar para doença, para verticalização ou pode para saúde e às vezes tem gente que não escolhe, que não tem consciência de...[...]. Vejo a educação como alguma coisa diretiva, não é de autoritarismo, mas dirigir para algumas finalidades a que se propõe em saúde. [...].”

O conselheiro **Nelson Guimarães**^{IX} nomeia governantes e seus desserviços para a saúde:

“[...] A entrada de Paulo Maluf foi uma decadência, com a implantação do PAS. Foi uma atuação muito acirrada nossa com o modelo do PAS. Não era uma luta contra Maluf. Eu sempre entendia assim, mas contra o sistema que ele implantou, o modelo todo privatista, arrancando as unidades básicas que passaram a compor o sistema do PAS.[..] Então nós víamos essa contradição: o pessoal que nós íamos sempre batendo, batendo, batendo para que fosse nomeado, médicos e outro pessoal que havia necessidade no sis-

tema, fossem nomeados inclusive através de concurso. Dai se estabeleceu essas cooperativas: teve a duração de quase quatro anos. Eu até ajudei um companheiro [...] que era do Conselho Regional de Medicina [...]; estava na secretaria ainda, Eduardo Jorge Sobrinho. Eu participei na campanha que encerrou a atuação do PAS, fazendo auditoria, levantamentos de despesas [para avaliar] verbas por eles aplicadas, estavam sempre devendo às cooperativas. A nossa atuação diante dessa comissão, a conclusão que tiramos, não foi essa, mas infelizmente isso ficou em nada.[...]. Foram todos [os problemas] se encerrando gradativamente para não haver um esvaziamento no setor de atendimento a saúde. [...]. Sobre Marta Suplicy^{N.E.34}, foi Marta né?... posso lhe dizer, foi um dos piores momentos que nós vivemos na saúde. Ela virou a cabeça para aquele CEU [refere-se ao Centro de Educacional Unificado], que de fato era um 'céu', mas ela esqueceu da saúde. A saúde vinha vivendo com todas aquelas contradições, com todas as deficiências”[...].

Luiz José de Souza^{XX}, também do movimento popular, relembra o PAS como um estorvo para consolidação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família:

[...] o Programa de Saúde da Família foi introduzido aqui somente quando a Marta foi eleita [2000], ... porque até aquele governo [Maluf] existia uma coisa chamava PAS, onde não tinha brecha para colocar o Programa de Saúde da Família, porque é um sistema um pouco diferenciado e que não atendia bem o projeto do Sistema Único de Saúde. Com a entrada da Marta, eles extinguiram o PAS e aí o Programa de Saúde da Família foi implantado na cidade, programa esse que em muitas outras cidades que não tiveram o problema de São Paulo, foi implantado bem antes. O governo do Estado havia começado a implantar o Programa da Saúde da Família, chamado Qualis, aqui na região todinha só tinha um Qualis, [...]. Depois, já no governo da Marta, fizeram um outro Qualis

pequeninho, aqui na Estância do Jaraguá, num lugar chamado Alto do Jaraguá, mas na Grande São Paulo, na periferia, existem outros por aí, na Zona Leste, [...] O Qualis foi incorporado pelo município e aí sim, mudou de nome para Programa de Saúde da Família, em 2001, e se implantou várias equipes por aí. Aqui temos umas dez unidades. A maioria é somente Programa de Saúde da Família e outros é Unidade Básica do tipo tradicional, ou seja, é unidade mista. A nossa é unidade mista, e nós temos quatro equipes de Programa de Saúde da Família que atendem basicamente na região pobre aqui no pé da Serra da Cantareira, que tem invasão, favela, um monte de coisa e não tem posto de saúde aqui para cima, que é muito deficitária e não tem nem unidade, nem usuário de saúde nessa região” [...].

Um dos pontos críticos sem dúvida é o financiamento, (49) não apenas da atual Política Nacional de Atenção Básica, (12) cujos gastos públicos ainda não representam 50% do total de gastos em saúde no país, e ainda é insuficiente para garantir a robustez pretendida, com sobrecarga dos municípios e insuficiente responsabilidade dos estados. A proposta de Atenção Primária tem forte apoio na provisão, qualificação e compromisso da sua força de trabalho (29) e estudos do IPEA⁴⁷ apontam que 50 a 90% e em média, 60% dos gastos com as equipes de Saúde da Família são referentes aos recursos humanos, sobrecarregando os municípios com problemas de atração de profissionais, que chegam até a comprometer seu orçamento para a contratação de médicos e outros profissionais. A Emenda Constitucional 29 (24) foi finalmente aprovada e regulamentada pela Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, (11) depois de trâmite de mais de uma década, o que reflete as relações de poder em torno da efetivação de um sistema universal de saúde, foi um avanço na garantia de fontes constantes, porém ainda insatisfatória.

47 Nota Técnica 16. 'Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/131011_notatecnicadisoc16.pdf

Trajetórias pessoais dos entrevistados na reforma da Saúde

Os trajetórias narrados pelos entrevistados são expressão objetiva das relações entre eles, os agentes e as forças presentes na realidade daquele período. Ao lembrar e compor seus percursos esboçaram experiências de viver e lutar por reformas em um país sob intervenção militar, e mais tarde no país em transformação, pelo efeito de forças que defendiam um novo projeto de sociedade, em particular para o campo da saúde.

Nas narrativas ora se apresentam como expectadores, ora como participantes dos acontecimentos, fazendo força coletiva em prol de uma causa, ou desconstruindo um discurso hegemônico. Ao apresentarem suas histórias pessoais no meio de suas lembranças, o fizeram sem se prenderem necessariamente a uma organização cronológica, ou mesmo sem definir quando algo é individual e quando é coletivo, ou quando juntam as duas dimensões de suas experiências num fato social.

Todo material foi selecionado e trabalhando no sentido de compor certos aspectos de interesse da pesquisa, a partir de memórias e evocações de pessoas que constituíram mais que expectadores: eles e elas fizeram a história enquanto viviam esses acontecimentos. Nas suas entrevistas resgatam o que sentiam e como viveram certos acontecimentos.

Por se tratar de história oral, este texto dá prioridade à versão dos entrevistados, à significação de suas experiências pessoais e à riqueza de suas vivências, embora as narrativas sejam uma produção do pesquisador/historiador (*sensu lato*), que subsequente à transcrição das entrevistas, organiza-as segundo os propósitos da pesquisa; a ideia foi a menor intervenção possível nas transcrições, sendo este, portanto, o resultado de um estudo de história oral temática, que traz agora o momento da história dos narradores, buscando um nexos cronológico.

José Carlos Seixas^{XIX}:

“Sou filho de um médico e de uma professora normalista de ensino primário de Marília. Nascido em 19.12.1937, aprendi a gostar do slogan da cidade que é “Marília, cidade símbolo de amor e liberdade”. Isso foi cultivado, ainda estudei em

um grupo escolar público que tinha o nome de Tomas Antônio Gonzaga, ligado à Inconfidência Mineira. Essas coisas têm importância na minha vida e tenho uma vida muito boa! Minha mãe, tendo três filhos homens, criou também cinco sobrinhas que perderam pai e mãe. Então era uma família expandida e grande, onde aprender a dividir era possível por razões que não vale a pena comentar aqui. Cursei meu Ginásio e o meu Científico no colégio interno e tive muita sorte, pois embora não fosse uma tônica do colégio, de repente, pego irmãos religiosos capazes de orientar a sexualidade de adolescentes, de chamar a atenção para a necessidade de preocupação social e política. Meu paraninfo de científico foi Jânio Quadros. Fui trabalhar nesse grupo como secundarista, porque o colégio estimulava, que procurássemos coisas para fazer fora do aprendizado normal. Fui ser médico [concluiu o curso em 1963] e sanitarista [1965]. Evidente que essas coisas estavam permeadas por preceitos políticos. Fiz política universitária, fui presidente do centro acadêmico e vice-presidente, tinha uma convivência com pessoas muito importantes de conhecimento e pensamento etc. Meio ao acaso, um colega que não era bem meu amigo, mas virou professor o [José da Silva] Guedes, foi o primeiro a fazer uma residência de medicina preventiva no Brasil, [...] Com a revolução [golpe militar de 1964], as minhas sustentações financeiras se acabaram e a minha mulher perdeu o emprego: ela era orientadora de um colégio que pagava bem, foi considerada 'professora de esquerda' e perdeu o emprego. Eu tinha uma bolsa de residência para viver, mas o serviço fechou e não teve mais contrato em nenhum governo para fazer estudo de desenvolvimento econômico e social no Brasil, e eu iria desistir de tudo isso! Foi quando o professor disse: - eu te contrato para ser professor aqui na universidade. Larguei a residência, mas naquele tempo você era contratado, saía a nomeação, mas o primeiro pagamento só receberia de 6 a 8 meses depois. Enquanto isso, eu fiz atendimento em ambulatórios de fábrica,

comércio etc. nas medicinas de grupos. Foi uma experiência muito rica trabalhar com a classe trabalhadora. Fiz o curso de Saúde Pública [1965] e meu professor me contratou para ser professor, e com o projeto de formação que eu fizesse um curso de administração hospitalar [1974] e depois fui para o Chile fazer o curso de planejamento em saúde. Surgiu um trabalho na Secretaria da Saúde [em 1967] e entrei no grupo [representando Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FHSP)] para fazer o trabalho e fui encarregado pelo grupo de apresentar para o Dr. Leser o resultado do trabalho, que contrariava as premissas dele, mas depois de uma briga, ele aceitou... Fiquei na Secretaria na Saúde, depois saí para fazer o doutorado na USP [1972] e fui convidado para ser secretário-geral do Ministério da Saúde [1974-1978], sem conhecer o ministro [Paulo de] Almeida Machado, 1974-1979 [...] O FMI [Fundo Monetário Internacional] me rejeitou; o ministro foi dizer ao presidente da República [Ernesto Geisel] que não tinha contrato com ideologia política ou pensamento e mandou rever meu caso e fui aceito. Fiquei no Ministério da Saúde durante cinco anos no Governo Geisel [1974-1979] [como secretário geral em 1974-1978] e mais um ano no Governo [João] Figueiredo [1979-1985], [como secretário nacional da Atenção Básica de Saúde em 1979], e depois voltei para Instituto da Saúde. [...] Dr. Carlos Sant'Anna eu não conhecia até ele ser nomeado, [ministro da Saúde 1985-1986], pelo presidente Sarney [1985-1990]. Ele tinha um plano para Saúde Pública: integrar o INAMPS ao Ministério da Saúde e regulamentar a constituição. [...]. Embora eu já estivesse querendo me aposentar, fiquei mais um ano, antes da constituinte e depois eu vim para São Paulo, no governo Montoro [1983-1987], e fui secretário da Habitação [1984-1986]. Exerci ainda a chefia de Gabinete do Ministério da Saúde em 1989-1990; a secretaria executiva do Ministério da Saúde em 1992. Em 1995-1996 assumi o cargo de ministro da Saúde de 6 de novembro a 13 de dezembro de 1996.

Depois fui Secretário Adjunto de Saúde nos anos 2000 e 2001 no governo de São Paulo. Nos últimos anos continuo atuando na administração central da Secretaria de Estado da Saúde.

José da Silva Guedes^X:

“Em 1975 entra o governo de Ernesto Geisel, em Brasília e ele monta o Ministério da Saúde com uma porção de gente de São Paulo: o Paulo de Almeida Machado que é o Ministro é da área de Saúde Pública, pesquisador na Amazônia e do Instituto Adolfo Lutz, o José Carlos Seixas, o João Yunes e o Edmundo Juarez^{N.E.16}, da área de imunologia...um time que começa a abrir as portas dos Ministérios para discutir a unificação com a área da Previdência [...]. Em 1975, se tem a V Conferência Nacional de Saúde⁴⁸ dirigida pelo João Yunes com o tema central de “Sistema de Saúde”, e a aprovação da Lei do Sistema de Saúde, 6.229⁴⁹ que estava pronta e dizia o seguinte: ‘cabe ao Ministério da Previdência a assistência médica curativa. Cabe ao Ministério da Saúde as ações de caráter preventivo da Saúde Pública’ O Seixas, conseguiu colocar uma palavra para provocar discussão: “cabe ao Ministério da Previdência preferencialmente fazer tal coisa e ao Ministério da Saúde preferencialmente fazer tal coisa”. Esta foi a única alteração que eles conseguiram pôr numa lei que já estava pronta quando eles chegaram lá, mas isto deu margem para conversar [...]. Esse era o momento da grande discussão entre o pessoal da Saúde Pública com o pessoal da Previdência, para que a gente pudesse dotar o país não de atenção primária, isto ou aquilo, mas para que a gente pudesse tentar arrumar o sistema integrado de saúde, que era esta a grande batalha”. [...]

48 V Conferência Nacional de Saúde realizada no Governo do General Ernesto Geisel em 1975. Adotou o tema central de Sistema de Saúde e foi dirigida por Ernani Agrícola e João Yunes de São Paulo. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf

49 Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Dispõem sobre a organização do Sistema de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm e revogada pela Lei 8.080 de 1990.

Nelson Rodrigues dos Santos^{XVII}:

Em 1961, me formei na Faculdade de Medicina da USP e tive como colegas José da Silva Guedes e José da Rocha Carneiro, meus amigos até hoje. Em 1967, fiz o meu doutorado, orientado por Samuel Pessoa e Carlos da Silva Lacaz, ainda com visão de saúde pública preventivista. Na época chamava atenção o crescimento da esquistossomose no Vale do Paraíba, uma doença tida como tipicamente nordestina ... Descobri dois casos de doença grave, fui lá para provar a endemicidade da esquistossomose, descobrir o ciclo de sua transmissão entre as águas e o caramujo... Então, entrei numa campanha para fazer tratamento de esgoto, que não havia na cidade de Roseira, entre Pindamonhangaba e Aparecida do Norte. Estudei a zona urbana de Roseira, todas as fazendas de sua zona rural, mapeei todos os criadouros de caramujos, foi um trabalho bonito, de 1965 a 1968. Em 1967, fiz o meu doutorado já com o diagnóstico da doença, sua epidemiologia na região e encaminhamento de providências, porque eu tinha a compreensão que me obrigava a não ficar só recomendando, como toda tese recomenda no final. Então, atuei muito com o prefeito da cidade, com o secretário de obras do governo do Estado, com o secretário da saúde do governo do Estado, mobilizei instituições e foi construída uma estação de tratamento de esgoto nessa cidade e uma belíssima campanha de construção de privadinhas, de fossas na zona rural... Nessa mobilização, digo isso não por saudosismo, tive grande aprendizado fora da universidade: nem a Faculdade de Medicina nem a de Saúde Pública me deram tal conhecimento. Percebi que a mobilização da opinião pública de Roseira para usar as privadinhas para se proteger da doença levou o município a acreditar que existia aquele tipo de transmissão: era uma população muito pobre e muito sofrida, e aprendi na prática, pois eles mesmos me chamavam a atenção quan-

do eu ia de casa em casa nas fazendas, naquelas casinhas, tinha que ir sempre no final do dia porque durante o dia eles estavam trabalhando na lavoura. Pegava a volta da lavoura, às 5 horas da tarde, todas as semanas, era um trabalho cansativo, mas muito atraente, por estar próximo deles e fazer uma coisa concreta a favor da população. As pessoas me chamavam a atenção para as suas outras doenças, e, não, por medo de ter esquistossomose. Falavam: “*tudo bem nós acreditamos, mas eu tô sentindo isso, meu filho tá tendo aquilo, minha mulher tá tendo aquilo, meu marido tá tendo aquilo*”. Percebi o que a população queria de mim: uma atenção integral à saúde, eu nem tinha esse nome na cabeça... Mas começou a existir um aprendizado crescente, daí passou a ser uma convicção, porque todo aprendizado se ele não vira convicção, não faz nada também. Então, acabei tendo a convicção de que só podia ser um bom sanitarista, ter a contribuição da população em soluções de problemas sanitários e preventivos a favor dela mesma se eu tivesse a compreensão e a solidariedade com o seu sofrimento naquele momento: eles sabiam que eu era médico, então me articulei com a secretaria municipal de saúde que tinha um pequeno centrinho de saúde, mas cujo médico nem morava em Roseira, ele vinha um ou duas vezes por semana, residia em Aparecida do Norte. Articulei com o diretor do centro de saúde para dar consulta com mais frequência e comecei a encaminhar os doentes das fazendas para esse centro de saúde. Isso nunca deu um resultado técnico muito grande, mas essa preocupação minha com a população foi sentida e extremamente sinérgica para a aceitação de todas as recomendações preventivas. Então, tive um aprendizado na prática ao longo de três anos, visitando e sendo influenciado pela população e perdendo uma parte daquele pedantismo universitário de que é a população que tem que atender as minhas recomendações. Comecei a ver essa interação na prática e não foi por muita virtude

não, foi até com medo de passar vergonha, com medo de ser humilhado pela população, porque nessa altura eu já distinguia entre eles grandes lideranças, que me olhavam com olhos, assim, de ter uma crítica sobre qual era a minha pretensão, o que é que eu estava querendo mesmo... Então, a minha trajetória, nessa luta, é desde o meu doutorado preventivista quando comecei a aprender na prática. Fui fazendo até a autocrítica e a crítica da universidade: as escolas médicas, de saúde de modo geral, consciente ou inconscientemente, permanecem 'fabricando' perfis profissionais para as oportunidades do mercado e, assim, fica muito difícil as faculdades alertarem, não digo nem formar tecnicamente, cientificamente, para outro tipo de trabalho público, nem mesmo alertar o aluno.

Tive um convite, por causa da repercussão da tese, para organizar o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Londrina. Fiquei lá sete anos [1970 a 1977] e participei da criação de Núcleos de Atenção Primária, com a instalação de postos urbanos periféricos e na zona rural, onde levávamos alunos e médicos para atender a população. Em 1977 fui convidado para trabalhar na OPAS, em Brasília, alocado no Ministério da Saúde, para coordenar o PIASS em todo Nordeste: eram dez Estados incluindo o norte de Minas até o Maranhão. De Brasília, fui convidado para ser assessor do Secretário de Saúde de Campinas, fui coordenador da rede de postos e dirigi o Centro de Saúde Escola de Paulínia. Em 1983, fui Secretário Municipal de Saúde de Campinas, aprendi muito e 'puxamos' junto de vários colegas a criação do curso curto de sanitaristas de Campinas. Depois, fui para Secretaria de Estado da Saúde para coordenar a municipalização, fiquei uns três ou quatro anos e fui convidado para o Ministério da Saúde.

José da Rocha Carvalho^V:

“Na década de 50 fiz o curso de medicina na faculdade da USP, em São Paulo, e se dava pouca atenção a essa ideia de atenção primária ou de atenção básica. Nessa época, a Medicina da USP se considerava o “Olimpo”⁵⁰ e onde se formava o grande especialista da área médica de São Paulo, com a pretensão que sua atuação tivesse repercussão pelo menos nacional, a tal ponto que nós mantivemos uma disciplina de higiene e medicina preventiva, que poucas escolas tinham. A minha experiência até me formar foi muito limitada. Como eu tinha militância no movimento sindical muito estreita, pela própria iniciação no movimento estudantil, recém-formado já estava articulado e achei que uma das minhas perspectivas profissionais seria fazer medicina do trabalho, e me inscrevi na faculdade.[...] O professor Pedreira de Freitas, que trabalhava com Doenças de Chagas, com quem trabalhei depois, tinha sido contratado pelo Zeferino Vaz, para ir para Ribeirão Preto. Ele era parasitologista, com intuito de fundar uma cadeira de higiene, de medicina preventiva, e ele o fez, isso na década de 1950. De uma certa forma, foi essa minha primeira experiência concreta com alguma coisa parecida com isto.[...] Depois, em 1963, vou para Ribeirão Preto trabalhar em parasitologia, em contato mais estreito com o professor Pedreira Freitas, que na década de 1950 inteira trabalhou em uma cidadezinha pequena chamada Cássia dos Coqueiros! [...]. Eu e o Nelsão [Nelson Rodrigues dos Santos] trabalhávamos com Samuel Pessoa e o seu assistente de parasitologia Mauro Barreto, que tinha ido para Ribeirão Preto fundar

50 Monte Olimpo (Óros Ólimbos), na mitologia grega considerada a morada dos doze deuses helênicos que estendiam seus domínios por terra, mar e céu. Ergue-se da vila Litókhoro, situado a 300m do nível do mar e seu pico está a 2.917 m de altitude, o ponto mais alto da Grécia, considerado sagrado desde a antiguidade. Os gregos pensavam nisto como uma mansão de cristais que os deuses habitavam e quando Gaia deu origem aos Titãs, eles fizeram as montanhas gregas, inclusive o monte Olimpo. Na linguagem atual, o termo corresponde também ao lugar onde humanos presumem serem deuses por sua diferença, por beleza, talento ou intelecto superior.

Fontes: a) Guia Geográfico da Grécia. Disponível em: <http://www.guiageo-grecia.com/olimpo.htm>; b) Monte Olimpo. Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Monte_Olimpo

o departamento. Então ele precisava de um assistente e mandou primeiro Nelsão, que é de Batatais, mas ele não topou, aí o Samuel me mandou, mas eu vivia numa loucura: militância política, dando aula em cursinho de onde eu tirava dinheiro, no pronto-socorro não me dava nada, só me dava trabalho e esse curso.[...]. Fui para Ribeirão Preto em dezembro de 1963, desde setembro tinha resolvido abandonar tudo. Fui lá fazer parasitologia básica de laboratório, trabalhando com doença de Chagas. Arrumei um contrato de dois anos, ganhando em tempo integral muito mais do que eu ganhava em todos os quarenta empregos que eu tinha. [...] Em 1º de abril veio o golpe militar e menos de um ano depois eu achei mais saudável ficar por lá. Comecei a pensar em escapar dessa armadilha que eu tinha armado, de pesquisador de parasitologia, de bancada e de microscópio. Comecei a me envolver com Pedreira de Freitas e fiz um curso de epidemiologia com ele. Comecei a ver o tipo de trabalho que ele fazia em um centro rural comunitário e o que ele fazia em cidades próximas de Ribeirão Preto, sem grandes sucessos, mas esse em Ribeirão Preto em um bairro, na Vila Lobato, foram dois exemplos nos quais me baseio quando penso em algo mais sério de um sistema. [...] É curioso porque nunca participando ativamente de nenhum serviço, embora tenha sido responsável pela criação de um desses centros no distrito de Ribeirão Preto, não fui nem o gestor e também não participava do processo de atenção. Ficava meio à margem como epidemiologista e análises das necessidades do ponto de vista técnico do epidemiologista, embora se utilizasse um procedimento de entrevistas domiciliares, e trabalhávamos com a morbidade referida e com a perspectiva que a população tinha dos serviços. [...]. A minha experiência concreta não é de quem participou na linha de frente da atenção, salvo raríssimas exceções... era uma presença acadêmica, que se preocupava dentro da lógica do professor Pedreira de Freitas do movimento preventivista, através do “olhar da epidemiologia.”

Eurivaldo Sampaio de Almeida¹:

Me formei médico no norte, no estado do Pará [1963]. Fiz o curso regular de Saúde Pública em São Paulo, na Faculdade de Saúde Pública [1970]. Depois fui ser médico-chefe no Serviço Especial de Saúde Pública do interior do Pará. Minha experiência já começou na Atenção Primária. Já tinha território definido, coordenava levantamento das condições de saúde e controle de nascidos vivos da cidade. O Professor José Carlos Seixas, a Professora Cecília [Magaldi, 1928-2010] e eu compartilhávamos ideias sociais sobre as questões de saúde e a convite dela, fui conhecer a Faculdade de Medicina de Botucatu, onde estavam recrutando profissionais. Me tornei professor adjunto dessa faculdade. Lá estive coordenando o projeto de criação, desenvolvimento, e execução da Clínica Pediátrica do Centro de Saúde Botucatu. O Projeto cresceu com ensino-pesquisa. Fomos responsáveis por alugar prédio, definir estrutura do prédio, protocolo de atenção e capacitação de profissionais clínicos. Em 1975, na segunda gestão do Leser [1975-1979] na Secretaria de Estado, fui convidado para ser membro da equipe e assumi a Coordenadoria de Saúde Comunitária (CSC), que gerenciava a rede de serviços que seria hoje a rede básica. Na função de coordenador da CSC, passei a desenvolver, com a equipe, mudanças na organização e nas operações que visavam a integração dos Centros de Saúde, assegurando a criação e desenvolvimento, no Estado, de atenção à Saúde mais efetiva para a população, e organizada com base clínica e epidemiológica, que se tornou a chamada “Atenção Primária/Básica”. Com a efetivação dessas mudanças, houve maior aproximação entre a Secretaria de Saúde e a FSP/USP, com o movimento de saúde já estabelecido, alcançando progressivamente maior abrangência estadual. Acabei fazendo concurso para a FSP/USP, quando me tornei professor do Departamento de Prática de Saúde Pública e fui docente e organizador dos 12 Cursos Curtos

de Saúde Pública, que formou cerca de 700 sanitaristas com perfil de gestor de local, que atuaram na “reforma do Dr. Leser”. Com os programas de atenção à Saúde com enfoque populacional, se procurou incorporar nas unidades o enfoque de epidemiologia. Ricardo Bruno Gonçalves escreveu sobre esta experiência no livro “Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde”⁵¹ (1994). Com a reforma dos serviços, percebeu-se a falta de profissionais capazes para a coordenação dos Centros de Saúde, e sob a liderança e coordenação do professor Reynaldo Ramos e apoio do Ministério da Saúde foi criado o Curso de Saúde Pública de Nível Local-Área Medicina, o chamado “Curso Curto”, porque o curso regular era ministrado em um ano, e com vagas limitadas. Tive a satisfação de participar da coordenação e como professor destes cursos, inicialmente junto com prof. Reynaldo Ramos, que era coordenador. Participei da formulação de todos os cursos e fui professor de todos eles [...]. Os médicos egressos desses cursos entravam na Secretaria por concurso e escolhiam os Centros de Saúde onde iriam atuar. Muitos desses médicos fortaleceram os movimentos de saúde que surgiram naquele período. Neste processo, foi criada a Carreira de Sanitarista de níveis I a IV, com a ascensão também por concursos. Para a estruturação desta carreira, ressalto a efetiva participação e dedicação de Zilah Altair Wendel Abramo, Evelin Naked de Castro Sá, Sonia Ferreira, Tristão Pereira da Fonseca Filho e Vera Shirley C. Ronchezel, entre outros. Criamos os Programas Saúde da Criança, Adulto, Gestante. Buscando atender a integralidade do “Ser”. Todo agravo de saúde, dado as suas características epidemiológicas, iria compor subprogramas: controle de tuberculose, hanseníase e saúde mental. Atuamos com iniciativas para descentralizar as unidades de saúde. Buscamos apoio do Departamento Nacional de Tuber-

51 Mendes - Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

culose, que nunca... tinha se reunido com São Paulo. Eu e o doutor Leser pegamos um avião e fomos até o Rio de Janeiro para falar com representantes do Ministério da Saúde, numa reunião que articulamos, para tratar de toda a operação, supervisão e apoio... O Dr. Davi do ministério nos assessorou na implantação no estado de São Paulo do tratamento curto de seis meses para tuberculose, estratégia que revolucionou o esquema de tratamento da tuberculose. Dr. Rotberg^{N.E.1} e Dr. Opromolla^{N.E.14}, de Bauru, queriam reformular o conceito de lepra para hanseníase, e potencializou essa reforma na atenção proposta pela SESP.

A Saúde Mental fez resistência, pois o modelo era voltado prioritariamente para o modelo hospitalar, e resistiu ao Projeto de incorporar a Saúde Mental no centro de saúde e enfrentou-se desconfiança da própria equipe de Saúde Mental. Como estratégia de diálogo, convidamos a professora Edith Seligmann Silva^{N.E.15}, psiquiatra e docente da Faculdade de Medicina. No desenvolvimento da concepção do que hoje seria a Atenção Básica, agradeço muito à enfermeira Maria Luiza Salum Caporali, a (Lily)^{N.E.31}, minha assessora do Gabinete da CSC [Coordenadoria de Saúde da Comunidade], onde elaboramos um Protocolo com as atividades mínimas de um Centro de Saúde para nortear o processo de trabalho. Outra característica que buscamos conferir nesta reforma foi o Planejamento em nível de distrito, com a classificação dos Centros de Saúde como tipo I e tipo II e foi possível planejar a referência entre os serviços dentro do próprio distrito. Quando fui para o INAMPS, o orçamento para a saúde era menos de 1% do orçamento. Dois anos depois, era de 14% para as Ações Integrais de Saúde.

Gastão Wagner Campos^{IV}:

Eu era estudante, fazia residência, e fiz R1 e R2 em Brasília em clínica médica. Lá não tinha preventiva, então vim fazer R3

aqui na preventiva, e fui fazer vários cursos com o Prof. Eurivaldo Sampaio de Almeida. Aí que eu conheci essa tradição dos sistemas de saúde. Ele me deu os textos de um curso em inglês, e eu comecei a pensar nisso. Desde aquela época, o Prof. Eurivaldo já defendia..., chamar de médico consultante? Por que consultante? Consulta só a grávida, consulta só a puericultura, não trata a asma, não trata hipertensão, médico clínico?... tanto que eu fui trabalhar já com a ideia de trazer a clínica para a atenção básica [...]. Um dos meus primeiros trabalhos vai ser em Paulínia. Aqui na Unicamp, eu passei no concurso de professor no ano de 1983. Naquela época eu ia entrar com o Mestrado, eu tinha terminado o Mestrado na USP com a professora Amélia Cohn e já em Paulínia, com o apoio do Prof. Nelson Rodrigues que era meu chefe, que vinha da medicina comunitária que valoriza a clínica, e não era a proposta global de atenção primária, que é outra concepção!... A medicina comunitária vem da proposta focal, aquilo que em geral o povo chama de medicina comunitária, aquela que é para pobre. No Brasil entra a esquerda. Queria aproveitar isso para fazer revolução, para organizar o PT, organizar os Conselhos, Eduardo Jorge, Nelson, apesar dessa tensão no ar, como espaço de politização, que estava em contato com o povo, tinha que fazer prevenção... o Nelson Rodrigues dos Santos, que é de Londrina veio pra cá e trazia uma proposta de Londrina... Em Paulínia, a gente já tenta misturar as duas coisas. Eu conhecia os programas, eu tinha sido formado na cultura dos programas, quando eu fiz residência, fiz o Curso de Saúde Pública, lembro que eu fazia estágio no Centro de Saúde de Pinheiros, de Santo André, atendia criança, adulto, então atendia gestante arrebatando de hipertensão, mandava para o médico, criança com asma a gente pesava, media, falava para mãe como dar comida e mandava ao médico dela, e se não tivesse... Nós não tínhamos nem recurso, nem orientação, era fora... mutilado, era uma coisa separada.

Ana Luiza d'Ávila Viana^{XXI}:

“[...] nos anos 1980 comecei a trabalhar [...]. Fui contratada como economista, para fazer parte do projeto “Programa Metropolitano de Saúde”[...]. Fui trabalhar no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, NEPP da UNICAMP [...]. Minha primeira grande pesquisa na área da saúde foi em 1987. Dali saiu a minha tese de doutorado, que é sobre política de saúde no estado de São Paulo. Chama-se “Sistema de descentralização, política de saúde no estado de São Paulo em 1980”⁵² [...]. Na minha banca de tese de doutorado estava o Dr. Hésio Cordeiro, que era diretor e reitor da UERJ, e ele me chamou para ser professora no Instituto de Medicina Social da UERJ. Fiquei 7 anos dando aula sobre políticas de saúde, sistemas de saúde e metodologia, onde fiz mais uma série de pesquisas. E eu vim prestar o concurso público aqui em São Paulo, na Faculdade de Medicina na Preventiva, onde já estou há 5 anos [...] (38).

Nelson Ibañez^{XIII}:

“Me formei em 1972, em Sorocaba, e lá tínhamos também uma área de preventiva que estava começando, mas a área mais social era a de pediatria e até tínhamos postos de puericultura. Então nós, como alunos, fizemos trabalho nos postos de puericultura, criamos um movimento político, experiências relacionadas a diagnóstico, saúde da comunidade, registro de tuberculose, enfim, para nós Saúde Pública era essa coisa... eu estava saindo com essa visão. Então fui fazer residência na Santa Casa. A residência era geral, passava no Centro de Saúde da Barra Funda para ver o que estava acontecendo, passava no Emílio Ribas, em todos os serviços básicos para poder ter uma formação clínica e epidemiológica, e

52 Viana, Ana Luiza d'Ávila. Sistema e descentralização: a política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. Tese (Doutorado). Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 1994. [Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2014 (Saúde em Debate 241)].

depois ia fazer o curso de Saúde Pública na Faculdade, como parte do currículo. Então essa era a programação... [...]. Fui para Cotia numa experiência em um hospital comunitário que seria quase uma Santa Casa, mas ligado à Faculdade de Saúde Pública e à própria Santa Casa, para fazer um sistema de saúde municipal [...]. Nós estamos em 1975 e como é que funcionava o Centro de Saúde de Cotia... um postinho de puericultura que tinha uma atendente, um médico pediatra. A cobertura vacinal de Cotia era baixíssima, 23%. As crianças, não tinham que passar pelo médico para vacinas, e a atendente de enfermagem só vacinava as que estavam saudas. Como ninguém estava sadio, ela não vacinava ninguém. O pediatra passava duas vezes por semana. Havia um CS3 [Centro de Saúde tipo 3, em algum recurso] que não era um CS3, era um posto de vigilância, tinha um fiscal sanitário, um médico, eles faziam abreugrafia, davam atestado e vacinação. E um postinho chamado posto 5 em Caucaia do Alto; era um posto rural que tinha uma pequena casinha, uma atendente que ia duas vezes por semana e um médico também. Essa era rede de Cotia...uma região muito carente, ... começamos a ter atividades em círculo, contratar profissionais que ficavam tempo integral para a unidade central, e que faziam também atividades nas unidades das áreas periféricas. Foi montado um esquema por programas, por vigilância, e tanto as atividades preventivas como curativas eram atendidas. Então criamos o atendimento extra. Depois tinha um pronto atendimento em que se priorizavam primeiro as crianças, depois gestantes; começou com criança e gestante, as doenças infectocontagiosas, cobertura nos focos e nos adultos. Com 3 ou 4 anos já estávamos com uma cobertura vacinal de quase 100% do município, porque tínhamos postos avançados na área rural e um modelo de organização que era de um corpo clínico único, tanto para o hospital quanto para a rede básica [...]. Então ...eu fui lá para dirigir o centro de saúde escola, depois fui diretor do hospital que tinha 50 leitos; era quase uma

unidade mista, mas depois foi ampliado [...]. Então, minha tese foi sobre o sistema local de Cotia, e o que eu tentei estudar foi o processo de desenvolvimento de Cotia [...] A tese na Faculdade de Saúde Pública é uma tese tanto da administração hospitalar quanto da administração sanitária, pegando os dois aspectos com os professores Reynaldo Ramos e Odair Pedroso^{N.E.39}, era fazer uma integração no sistema, as ações preventivas do hospital, as ações curativas do centro de saúde, mas tudo isso num modelo integrado [...].”

Rosa Maria Barros dos Santos^{XVIII}:

Me formei médica sanitaria em 1975 e participei desse movimento da reforma, do lançamento da revista do Cebes [Saúde em Debate], participei como pioneira do Cebes, e fui diretora de diversos distritos da capital, tais como Osasco, Belenzinho e Penha, no interior fui secretária Municipal de Saúde em São Sebastião [...]. Eu dobrei a rede de atenção básica, criei um hospital, para referência e contrarreferência, sempre com essa preocupação de dar integralidade da atenção.[...]. Implantei as ações integradas de saúde em São Sebastião e escrevi o projeto de municipalização do município [...]. Quando eu voltei para São Paulo, administrei o CADAIS [Centro de Atenção Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde] por um tempo [...] Era um conjunto de técnicos, com *expertises* de toda a Secretaria [...]; depois fui convidada pelo Dr. Adib Jatene para implantar o Programa Saúde da Família na Zona Leste. Então para mim esse foi o momento onde eu pude, de fato, realizar todo aquele ideário da reforma sanitária.

Luiza Sterman Heimann^{XII}:

“[...] pude vivenciar esse processo todo como trabalhadora da saúde, e fiz parte, portanto, deste grupo de sanitaristas que incorporaram um projeto de reforma sanitária no Brasil. Na minha vida pessoal e profissional não abandonei esse pro-

jeto até agora, então tenho participado, como um ideal que acredito e se mantém, por uma sociedade mais justa, que é por isso que espero e luto para que o nosso país avance nesse sentido. Hoje como trabalhadora do Instituto de Saúde, que é um Instituto de Pesquisa, acredito que também na produção do conhecimento temos uma responsabilidade de buscar conhecimentos desta realidade, (34) inovar e buscar solução para os problemas que estão entretendo, neste âmbito mais técnico, o avanço do projeto da reforma sanitária que é maior do que o SUS, e que a gente aqui no Instituto tem se dedicado mais ao sistema de serviços de saúde, portanto, ao SUS, que ainda se mostra na realidade brasileira como uma das políticas públicas sociais mais avançadas e acho que temos muito para avançar ainda.”

Jorge Kayano^{XIV}:

“Eu me graduei médico em 1975 e logo fui militante ativo no movimento estudantil na época, que era um movimento visto como altamente contestatório, lógico que pouco mobilizador dos estudantes em geral, mas particularmente na área da saúde e principalmente nas escolas médicas, que era considerado uma minoria de ativistas militantes de esquerda, a mobilização era maior. Fui vinculado clandestinamente à esquerda, na época ao Partido Comunista do Brasil, e quando me formei, fui direto fazer a residência em medicina preventiva, um tipo de especialização oferecida pelo Departamento de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Fiz residência durante dois anos, no caso de saúde coletiva, e nesse período acabei fazendo também o “curso curto” de Saúde Pública. Em 1978 me tornei médico-sanitarista por concurso pela Secretaria do Estado da Saúde e continuo sendo profissional desta carreira, que depois desapareceu enquanto carreira, mas estou no chamado nível três da extinta carreira de médico sanitário, que tinha quatro níveis em 1979. Em 1978 mesmo, fui para

São Miguel Paulista assumindo a direção do Centro de Saúde de São Miguel Paulista, uma unidade básica de saúde, chamada de Centro de Saúde tipo 1, porque era de grande porte. Fui morar na região de São Miguel Paulista; fiquei durante 10 anos trabalhando no Centro de Saúde 1, em São Miguel Paulista, e no Centro de Saúde 1, no Itaim Paulista. Nesse período acabei também fazendo concurso público para me tornar médico consultante, médico de atendimento de unidade básica da Prefeitura, na época Secretaria de Higiene da Saúde - SHS. Em 1989, com a eleição da prefeita Luiza Erundina, acabei assumindo um cargo de direção, que foi o único cargo mais importante de direção começando pela direção do Hospital Municipal Tide Setúbal em São Miguel Paulista, depois diretor da Administração Regional da Saúde [ARS],[...]. A cidade de São Paulo foi dividida em 10 regiões de saúde e cada uma delas tinha uma administração. Fui diretor então dessa ARS, que era responsável por três distritos de saúde, um de Ermelindo Matarazzo que durante o período de 1989 e 1992, na gestão da Luiza Erundina, conseguiu-se terminar e abrir o Hospital Municipal, hoje denominado de Professor Alípio Correia Neto. A base era esse hospital e tinha um conjunto de unidades básicas de saúde, metade das quais haviam sido municipalizadas durante a gestão de Luiza Erundina.[...]. Fui diretor de uma região de saúde que tinha quase um milhão e meio de habitantes na época. Depois disso,[...] me demiti então da Secretaria Municipal da Saúde e fui trabalhar numa ONG chamada Instituto Pólis, onde estou até hoje. Tenho mais de 20 anos de trabalho numa ONG, que tem como mote as políticas sociais, o Instituto Pólis. Nesse Instituto sou o único profissional claramente originário da saúde, mas trabalho efetivamente com a preocupação de informar e contribuir para a organização do movimento da saúde aqui de São Paulo. Então é do ponto de vista dessa trajetória é que poderia dizer que os 10 anos em que vivi em São Miguel Paulista, entre 1978 e 1989, onde permaneci também mesmo sem morar na

região até 1992. Esse foi o período de maior militância junto aos serviços de saúde de prestação de serviços e onde também fui responsável pela implementação de programas básicos que não haviam, como atendimento à tuberculose, atendimento à hanseníase, à implementação inicial de serviços de saúde mental, com forte interação com os movimentos de saúde na região. Posso dizer que contribui de alguma forma para a existência e a realização de mobilizações em alguns bairros onde trabalhava, e para o processo de organização social, mesmo nos fins de semana fazendo palestras, ajudando pessoas principalmente ligadas à igreja, a chamada Pastoral da Saúde ou as Comunidades Eclesiais de Base. Tenho a impressão que a gente não falava em atenção primária todo esse tempo, mas se praticava ou procurava ser coerente com os princípios da atenção primária em saúde, fazendo o essencial, que era batalhando junto aos funcionários para que assumissem e assimilassem os conceitos básicos da atenção primária e, portanto, passassem a valorizá-los e a reivindicar melhores condições para exercer de forma mais adequada seu trabalho. Penso que também contribui para que, em conflito e em confronto com outras correntes e outras formas de ação, os movimentos sociais populares de bairros na área de saúde se desenvolvessem sem ter uma dependência forte de uma área de comando por parte dos profissionais originários da área da saúde. Sempre propus e me orgulho de ter sido coerente nesse ponto e sou reconhecido também pelo próprio pessoal do movimento de saúde como um dos profissionais que tem coerência no discurso de que o movimento de saúde tinha que ser autônomo. Depois de me demitir da prefeitura, acabei saindo da região e vindo para o Instituto de Saúde para continuar no campo da saúde coletiva, mas agora não mais interagindo tão direta e fortemente no [contexto] da saúde, mas sim procurando desenvolver pesquisa e formas de trabalho ligadas à assessoria a esses sistemas de serviços de saúde principalmente municipais. A partir da forte identi-

ficção com o projeto do Núcleo de Investigação em Sistema de Serviços de Saúde [NISIS], aqui no Instituto da Saúde, saí da região leste e vim para o Instituto da Saúde, onde estou até hoje. Por isso que parte da minha ação enquanto profissional da saúde está ligada claramente ao que chamaria de um processo de identificação e preocupação com o empoderamento e fortalecimento do movimento social de saúde aqui em São Paulo. Também num segundo momento, com o trabalho que procuro manter em paralelo, que é o trabalho junto a uma ONG que trabalha com preocupações em produção de conhecimento, mas também em formação e fortalecimento dos movimentos sociais com outra preocupação, que é o fortalecimento e o crescimento dos profissionais e da capacidade de gestão pública, tanto de sistemas quanto de serviços de saúde [...].”

José Ruben de Alcântara Bonfim¹¹:

Sou pernambucano, nasci em Garanhuns e formei-me médico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 1973. Mas em 1967 cursei o primeiro semestre de engenharia na UFPE e percebi que meu interesse era pela medicina e fiz novo vestibular, ingressando em 1968. Meses antes de me graduar fui perseguido pela ditadura militar, fui vítima até de tentativa de sequestro, por isso nos três últimos meses do sexto ano estive escondido em um convento de freiras, como se fosse da família do caseiro. Não pude ficar no Recife, embora tivesse a intenção de fazer residência em clínica médica, fui ceifado dessa possibilidade e por ter grande interesse em medicina preventiva e social migrei para o estado de São Paulo, fugindo da repressão e fiz contatos com o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, mas o professor Guilherme Rodrigues da Silva aconselhou-me a fazer a residência no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, onde fui aceito por Antonio Sergio da Silva Arouca e Anamaria Testa Tambellini

Arouca^{N.E.5}, no início de 1974. Em maio de 1975, por uma espécie de cassação branca determinada pelo reitor Zeferino Vaz, em razão de séria crise política e ideológica do departamento com ele, fui obrigado a me desligar (junto de David Capistrano da Costa Filho e José Augusto Cabral de Barros) e ingressamos no mestrado do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, acolhidos por Guilherme Rodrigues da Silva e Maria Cecília Ferro Donna-gelo. Em 1976 ingressei por concurso na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como clínico, e aproveitando a oportunidade que o Professor Walter Leser ofereceu aqueles que desejassem dedicar-se à Saúde Pública, como sanitaristas, fiz parte da primeira turma (abril a julho deste ano) do Curso de Saúde Pública de Nível Local- Área Medicina da Faculdade de Saúde Pública da USP, creio que pejorativamente chamado de ‘curso curto’ porque havia o curso longo, com carga horária perto de mil horas, enquanto o sanitarista de ‘curso curto’ tinha aprendido em menos de seiscentas horas; não era tão curto assim, pois a maioria de seus alunos tinham experiência prévia na Saúde Pública, o que foi decisivo no aproveitamento deles para a direção de centros de saúde e distritos sanitários da época. Estes sanitaristas estavam vocacionados, e não foi a FSP que lhes deu o tirocínio e a devoção para o trabalho sanitário. O conteúdo curricular desse curso era o de um curso tradicional de Saúde Pública, com algumas adaptações dadas pelos professores, claro que eles eram diferentes, pois havia gente que tinha ideias muito mais avançadas como era o caso, por exemplo, do Ruy Laurenti^{N.E.54} e outros mais. Neste curso, que começou em 1976 não havia a concepção de Cuidados Primários da Saúde, simplesmente porque ela não tinha sido ainda apresentada ao mundo [risos] quer dizer, eu sou de extração, realmente, da velha Saúde Pública, que tem, não obstante opiniões sem fundamento, coisas memoráveis. Eu não recuso o legado da velha Saúde Pública![...] A iniciativa de Walter Leser perdurou até 1982

com a formação de duas turmas por ano, e com esse processo a Secretaria teve um avanço notável. Fui diretor de um pequeno centro de saúde na Vila dos Remédios, no limite de Osasco com São Paulo de fins de 1976 até fins de 1978, quando assumi, por concurso interno de provas e títulos a direção de um centro de saúde de maior porte, o de Diadema e em 1980 também por um processo análogo, tornei-me diretor do distrito sanitário de São Bernardo do Campo e Diadema, até 1986, quando houve reforma na Secretaria de Saúde e os critérios para se assumir cargos de direção ou de assessoria mudaram para pior, ou seja, não constava mais os aspectos de mérito e de avaliações rigorosas e sim as indicações até hoje denominadas políticas: isso para mim constitui um erro, porque é destruída, da base para o alto, a possibilidade de construção de um quadro constante e sempre avaliado para a gerência sanitária local. Como ativista social, ou seja, como cidadão em luta contra ditadura civil- militar, fui um dos fundadores e o primeiro presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Cebes], de 1976 a 1978, criado aqui em São Paulo [...]. Friso que minha atividade extra-Secretaria, e de muitos meus colegas sanitaristas, em realidade esteve intrinsecamente, visceralmente ligada à atividade da Secretaria o que muitas vezes não foi compreendido, quero dizer, não foi assimilada pela Secretaria do Estado da Saúde, e sim por grupos de fora da Secretaria. Não foi mesmo! Naturalmente poderia falar sobre a Sobravime [Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos], criada em 1991 e estou nela desde o começo. Mas quero ressaltar apenas as atividades que fiz no Ministério da Saúde de 1995 para cá [2007, e continuaram até 2011] como representante da Sobravime, sempre como colaborador *ad honorem*, pois nunca fui funcionário comissionado do Ministério, a exceção de curto período, nove meses em 1995, em que estava afastado para trabalhar na Secretaria de Vigilância Sanitária. De 1997 para cá, tive intensa atividade de colaboração nas principais comissões do Minis-

tério, seja na vigilância sanitária (até 2004), ou na assistência farmacêutica até os dias atuais [2007, continuada até 2011], não deixei de participar de nenhuma reunião, era um membro ativo, permanente. Participei da primeira revisão da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) em 1998/99, o que não era feito desde 1982. E também ativamente da terceira revisão, pois a segunda não foi bem uma revisão. Desde 2005 exerço a função de membro da Comare (Comissão Técnica e Multidisciplinar, de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais [extinta em fins de 2011]). E é por isso que acho que as políticas vão melhorar mesmo... os avanços estão se enraizando, não são apenas ideias ou produtos que estão postos à disposição, vai haver toda uma política de acompanhamento desses avanços. Antes disso participei durante seis anos [1999-2004] como membro da Câmara Técnica de Medicamentos (CATEME) da Anvisa, uma comissão estratégica. Dizem que foi a comissão mais importante da Anvisa. Eu discordo! Houve uma crise muito importante nessa Comissão, que se tornou uma crise na instituição toda, com autodemissão coletiva de nove entre os dez membros da Comissão, à minha exceção [...] eu não pedi demissão porque disse que não tinha conflito de interesses, e acho que a maior parte da Comissão tinha conflito de interesses, a menor parte, que não tinha, se solidarizou equivocadamente com a maioria. Então quero realçar este episódio e explicar melhor porque acho muito importante, isso tem relação com essa zona cinzenta do que é atenção básica, secundária e terciária, porque diz respeito a produtos farmacêuticos, é um aspecto particular que acho que tem relevância, que é a questão do registro de fármacos. Considero que realmente uma Comissão dessa natureza deveria ter preocupação com relação à atenção básica e os outros níveis, mas ela nunca teve, não sabe nem o que é isso! [risos]. Não se esqueça de que fui o único sanitarista dessa Comissão até a minha saída, a comissão tinha preocupação máxima a análi-

se das solicitações da indústria farmacêutica que tem interesses de mercado e não de Saúde Pública e até diria de Saúde. Uma comissão desse tipo se atuasse segundo princípios do SUS não aprovaria num primeiro momento um fármaco novo até que houvesse provas inequívocas de sua vantagem, ou seja, o máximo benefício com o mínimo risco, o que não se consegue regra geral em poucos anos depois de sua aprovação pelas grandes agências reguladoras da Europa e a dos Estados Unidos, e frequentemente a Anvisa recebe simultaneamente com elas, as solicitações de aprovação. Atuei também na Câmara Setorial de Propaganda e Publicidade de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária, da ANVISA, que não envolve só medicamentos mas logo me decepcionei com sua inércia que se expressou em total inutilidade. Atuo como conselheiro suplente no Conselho Nacional de Saúde representando o segmento de usuários (pela Sobravime, desde 2006 com término em 2009).

Carlos Botazzo^{III}:

[...] “Para nós, era interessante na época, eu mesmo vinha de uma experiência de uma cooperação com o Ministério da Saúde em Moçambique, na África Oriental... Quando saí em 1982, para esse trabalho em Moçambique, nós não tínhamos um sistema unificado, um sistema único de saúde, um sistema nacional de saúde propriamente, tal qual veio se denominar. Eu experimento o modelo deste sistema único de saúde, deste sistema nacional da saúde lá em Moçambique, e a atenção primária era o carro chefe; era ela que dava o norte, que organizava todo o sistema de saúde, fazia todo o arranjo tanto na organização, quanto na assistência, nos programas, enfim, ela dava orientação da política. E quando volto para o Brasil, que começo na Saúde Pública em 1985, essa discussão está andando, estamos começando a discutir os modelos, como seria essa atenção primária, como ela se desenvolveria, se desdobraria, e eu vinha dessa experiência de ter vivido num

país, numa sociedade, dentro do Ministério, que tinha isso já como norte, como uma coisa resolvida, uma política nacional e um sistema nacional de saúde. Esse conjunto de frentes, de experimentos, de possibilidades que tivemos durante quase uma década, até que tivéssemos então... o início, dos anos 1980 e 1990, [...]. Eu até numa revisão recente, comentei que parece que as pessoas eram postas a fazer alguma coisa sem que elas soubessem exatamente o nome daquilo ou, enfim, o que significava aquilo que elas estavam fazendo. Lembro também, fazendo uma outra associação, numa certa altura Sérgio Pereira, em Brasília, tinha algo que ele denominava de odontologia básica, dentro da Secretaria de Educação no Distrito Federal, e nós também aqui na UBS da Humaitá. Nós também, em 1990, implementamos o que nós chamamos de uma clínica básica de odontologia e tinha essa ideia mesmo de ser um conjunto de atividades, embora ali houvesse a possibilidade do referenciamento.[...]”

Marina Ferreira Réa^{XVI}:

“Eu me formei em 1972 e fiz residência em Medicina Preventiva. Em 1976, fiz o Curso de Saúde Pública de Nível Local da Faculdade de Saúde Pública da USP. Dr. Walter Leser, que era Secretário da Saúde e criou vários “Cursos Curtos” de Saúde Pública no sentido de povoar os postos de saúde e os distritos sanitários com gente jovem de garra e que desse uma outra feição na Saúde Pública de São Paulo. Com o diploma de sanitarista, o título de especialista, [...] prestei concurso na Secretaria da Saúde como médica sanitarista, tive a possibilidade de exercer uma posição de comando na Secretaria de Saúde [...] Comecei a trabalhar em unidades de saúde como sanitarista da carreira de médico sanitarista que havia dentro da Secretaria da Saúde. Entrei lá como nível 1 e logo se podia fazer concurso de acesso para subir para os demais níveis da carreira, e foi isso que fiz num período da minha vida.[...]. Em 1979 interrompi tudo isso e fui para os Estados Unidos,

porque eu era casada com Carlos Monteiro e ele teve um período de tratamento que precisou fazer nos Estados Unidos e fui para lá morar com ele e com as duas crianças que eu já tinha e fiquei um ano lá e aproveitei esse período para fazer um pós-doutoramento. Lá médico não precisa ter doutorado para fazer um “pós-doc”.[...] Quando retornei em 1980, precisava completar o meu “pós-doc” e comecei um projeto, cujo campo da pesquisa eu pretendia que fosse aqui no Brasil e propus ao meu orientador de lá e à equipe com a qual eu trabalhava lá e eles aceitaram. Mas eu deveria reassumir meu cargo de médica sanitaria, mas eu não poderia seguir com o meu projeto de pesquisa, então fui para o gabinete do Secretário de Saúde Adib Jatene, conversei com ele e ele me abrigou na Secretaria do Estado, na posição de Gabinete para ter um espaço físico onde eu pudesse seguir com o projeto de pesquisa, que foi o que eu fiz.[...]. Foi quando entrei na área de amamentação, porque o projeto era sobre amamentação entre mulheres trabalhadoras. Fiquei no Gabinete até 1981 e completei o projeto em dezembro de 1980. Quando o projeto terminou, discutindo com diversas pessoas mais velhas da Secretaria do Estado, houve aquele comentário do tipo: “Bom, puxa vida se você está mexendo com essa pesquisa e se matriculou no Mestrado – eu havia me matriculado no Mestrado nesse meio tempo –, você não devia voltar a ser médica sanitaria de posto de saúde, mais sim trabalhar como pesquisadora e o lugar disso é o Instituto de Saúde”. Então em 1981 me sugeriram que eu fosse para o Instituto de Saúde e fui para a área Materno-infantil, muito possivelmente porque o diretor da Materno já mexia com amamentação, com aleitamento materno.[...] A partir daí, comecei a trabalhar na área de Materno-infantil da Secretaria do Estado, mesmo com esse projeto de pesquisa que eu tinha feito no ano anterior e que publiquei. Depois eu trouxe pessoas que tinham trabalhado no projeto comigo para visitar o Brasil. O projeto tinha sido em três lugares; São Paulo, na Tanzânia e Colombo, no Sri Lanka. Nesses três centros, com-

parando a situação da mulher trabalhadora e a possibilidade da prática de amamentar nessas três localidades, se fez esse projeto e eu tinha coordenado a parte de São Paulo. A partir de 1981, já fiquei engajada nessa temática e daí para frente foram sempre coisas bastante relacionadas a isso [...].”

Maria de Lima Salum e Moraes^{xv}:

Nós íamos, eu ia às vezes, nas reuniões regionais para ver como a situação estava, apesar de não haver na Prefeitura um movimento de abertura maior para a doença [mental]. Nas unidades de saúde, nós mesmas [as psicólogas] começamos a ser procuradas, por mães de crianças que tinham problemas [...]. A partir daí, cada uma começou a fazer aquilo que sabia melhor, algumas que sabiam atender crianças começaram a fazer terapia infantil, outras que tratavam melhor adultos começaram a fazer terapia, começamos a fazer grupos, estudar grupos. Apesar da proposta da unidade como um todo não ser de terapia, não ser terapêutica, nós já começamos nessa prática. Nós vimos que só os grupos educativos não eram suficientes, que havia uma demanda grande, [...] a saúde mental sempre caminhou meio à margem do processo. Se observa que foi um movimento nosso como psicólogas, mas não era um movimento do grupo inteiro, ainda não havíamos incorporado totalmente, do ponto de vista de sistemática de controle de agendamentos. Nós sempre fizemos separadamente e naquela época os procedimentos ainda não eram pagos, porque foi depois com o CONASP⁵³, com as AIS⁵⁴, que começaram a ser pagos os procedimentos de psicologia”.

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio^{vi}:

“Se eu já fiz uma referência na minha trajetória, a que eu tenho o maior orgulho e maior importância na minha vida, é

53 CONASP – Plano de Reforma da Saúde denominado “Conselho Consultivo da Saúde Previdenciária”

54 AIS – Ações Integradas de Saúde.

ter sido sanitarista da Secretaria de Estado de Saúde de 1977 a 1987. Foram dez anos onde eu vivi Programação e Saúde, fui um emissário, um 'soldado de Cristo', que no caso era personificado no Yunes^{N.E.24}, um defensor da Programação. Militava na Associação de Médicos Sanitaristas de São Paulo ... como médico sanitarista eu coordenei centro de saúde, tudo que tinha direito e paixão de organizar arquivo, ir atrás de faltoso, capacitar pessoas. Depois eu fui coordenador de um Distrito Sanitário, que do Distrito organizava uma rede, sempre com essa função de melhorar a unidade, capacitar as pessoas, sempre com dificuldades imensas, baixíssima adesão dos médicos, desconsideração por aquilo, a desimportância do centro de saúde na vida da cidade, porque no fundo é o pronto-socorro, o hospital que funcionava [...]. Depois tem um período que eu dirigi a Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN de 1981 a 1983, um órgão de atuação mais vertical, mas que foi muito interessante também, e depois fui Diretor do Departamento Regional de Saúde de Campinas, o antigo DRS-5, de 1983 a 1987. Aí eu tive a sorte de viver o momento muito rico da implantação das Ações Integradas de Saúde em 1983 e o SUDS⁵⁵ em 1987, o momento que estávamos conversando intensamente com os municípios, pensando na criação dessas redes e repasse de recursos para o município é um momento de integração desses vários níveis. Então tive oportunidade de exercer o protagonismo nesse momento também. Depois disso eu trabalhei até 87, no nível regional. Depois, de 87 a 89, eu vim para o Nível Central; eu fui da equipe do [José Aristodemo] Pinotti, foi um período muito difícil da minha vida. Era um espaço que eu não compreendia, como é que ele se movia, mas era um espaço ainda de muito impulso para a municipalização, que havia nesse momento. Eu fui muito protagonista

55 SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

na criação do POI [Programação Orçamentação Integrada] que era um instrumento que o estado de São Paulo que foi vanguarda, pioneiríssimo de viabilizar na prática o SUDS [Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde]. De 87 a 89 eu trabalhei no CADAIS [Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde]. Era um grupo muito interessante e ajudei muito a compor esse instrumento, que teve importância na época que era a maneira dos municípios fazerem esses contratos, repassar os recursos; foi minha contribuição nesse momento para a expansão da rede. Depois eu trabalhei dois anos em Campinas, de 91 a 93. O Gastão Wagner de Souza Campos era o secretário, me convidou para coordenar a área de planejamento, e aí durante dois anos eu trabalhei com rede mesmo. A minha criação mais importante na época, nós chamávamos de prontuário gerencial, que era o instrumento de atenção primária, pode-se dizer assim, do coordenador de rede olhar o território, ter um planejamento. Segundo me dizem, isso é um instrumento que até hoje tem alguma vigência, validade na Secretaria. Isso foi de 91 a 93, aí fiz meu doutorado, fui para a Universidade, mas ainda mantive durante bons anos, até o final da década de 90, consultoria para municípios, mas eu comecei a trabalhar também no Hospital, e do Hospital até revendo essa minha visão da rede, mas trabalhando com redes também. O trabalho mais recente foi com... agora atual é com Campinas, mas eu fiz um trabalho interessante em Belo Horizonte durante alguns meses, com coordenadores, discutindo esses modelos de rede mesmo, acolhimento, o PSF que eles tinham, o generalista, matriciamento, assim, pessoalmente sinto que minha vida se confunde com essa história, e talvez até coincidindo com o meu momento pessoal de vida, talvez menos otimista hoje do que na juventude dos anos 70, 80. Era todo um momento de expansão, de articulação; hoje eu acho que é um momento mais complexo mesmo, num certo esgotamento do modelo, esgotamento das formas de financiamento, esgotamento

da discussão do papel do Estado, os municípios muito tensionados por gastos crescentes que também alcançam o limite, não reversão do modelo assistencial que queríamos(22), a reprodução da medicina tecnológica e produtora de procedimentos nas nossas barbas, literalmente, o próprio PSF não sendo capaz de reverter isso, eu acho que tem um lado otimista que ampliou brutalmente o acesso... nem se compara.”

Pedro Dimitrov^{VIII}:

[...] Na minha visão e dos administradores com quem trabalhei, nós sempre trabalhamos com essa visão da horizontalização e hierarquização do serviço de saúde, regionalização e hierarquização que com a incorporação tecnológica destes últimos anos mais recentes, coisa que não havia trinta anos atrás, você não precisava chamar isso de regionalização, hierarquização, tipo clássico, você trabalha muito mais por rede e não por outra forma, quer dizer, rede significa: você tomar o conjunto dos serviços num território que se articulam e que encaminham paciente de um para o outro de acordo com a sua especialidade, de acordo com sua municipalidade. Não quer dizer que tenha que ter necessariamente um hospital enorme, que tenha toda a tecnologia concentrada nele. Não, pode ter tecnologias concentradas em diferentes pontos do sistema, pode ter tecnologia de oftalmologia numa unidade só de oftalmologia e que atende a região. Não precisa fazer um grande hospital. Pode ter uma unidade que atende alta complexidade. Não precisa estar no Hospital das Clínicas aqui de São Paulo. Pode estar em qualquer outro lugar. Na realidade a mudança que sinto nos últimos anos não é a mudança de concepção, porque alguém resolveu mudar a concepção. É a mudança por questão da evolução da tecnologia, tanto que se incorpora muita tecnologia na assistência. Tem uma tecnologia muito sofisticada na assistência, tem tecnologia de comunicação e informação. Portanto pode juntar essas duas tecnologias da assistência com a tecnologia da comunicação

e informação, de agendamento à distância, de comunicação à distância, de contar com resultados de exames à distância, ou seja, tem hoje uma tecnologia de comunicação que facilita isso que pode chamar não mais de hierarquização piramidal, triangular, mas uma hierarquização, uma rede, uma regionalização, onde tem uma rede que o paciente circula nesta rede em diferentes serviços de acordo com suas necessidades e sua demanda.

Ausonia Donato^{IX}:

“A campanha da varíola foi um marco na minha vida. Eu tinha feito Filosofia, Pedagogia, Mestrado em Saúde Pública com apenas 20 anos e consegui uma seleção para ser educadora na campanha da varíola em 1969. A palavra de ordem era motivar a população para que recebesse a vacina. Eu já naquela época discordava um pouco, porque ninguém motiva ninguém, mas enfim, essa era a palavra de ordem: motivar a população. E tínhamos já um rol de atividades quando íamos para campo, para motivar a população, que era assim: entrevistas, começava com o prefeito, depois o diretor de centro de saúde, seguido do diretor de Lyons, diretor de Rotary, diretor de clube associativo, diretor de escolas de múltiplas, enfim as várias lideranças do lugar. E aqui embaixo dessa lista, estava o padre. Não tinha pastor, não tinha macumbeiro, não tinha! Ficava com o padre, as várias lideranças.[...] Tem um momento, que é aqui no Instituto de Saúde, a gente começou a estudar mais outras questões que podem afetar também a saúde de um jeito mais indireto. Por exemplo, a comunicação. Qual é a forma de comunicação que a gente utiliza com a população? Será que de fato ela entende suas questões, seus problemas?... Em 1984 e 1985, produzíamos folhetos, *folders*, volantes, cartazes, etc. falando de doença. Bom, e levantamos a hipótese: será que é adequado? será que não é adequado? o que a população entende por isso? o que ela não entende por isso? Será que a gente está de fato ajudando? porque se gas-

tava com isso um dinheirão! Depois de um tempo, assumi a direção desse negócio, pois era muito dinheiro público gasto nisso. A gente não tinha a cultura de avaliar, então resolvemos enfrentar isso! Tem que enfrentar isso! Vamos avaliar. E vimos que não tinha sentido nenhum, muitos deles engavetados, os funcionários a quem caberiam fazer a distribuição nunca tinham lido. Fiz um teste com um dos folderzinhos de vermes com o funcionário encarregado da distribuição e ele nunca tinha lido esse folheto. Ainda achava que tinha comido um doce, por isso que tinha contraído vermes. Ele descobriu isso há quase quinze anos. Notei que alguns funcionários nunca tinham visto o folhetinho. Alguns cartazes estavam recheados de outras notícias e ninguém viu o cartaz, e cartazes um pouco anacrônicos sem dizer nada sobre os reais problemas deles”.

Rosicler Di Lourenzo^{VII}:

“Eu sou médica sanitaria, comecei a fazer Saúde Pública numa cidade pequena de Taubaté chamada Tremembé, onde fui diretora de um Centro de Saúde Escola, então isso já fez uma grande diferença, pois não era mais ligado à escola, mas ligado ao município, então costumo dizer que foi o primeiro centro de saúde municipalizado, mas já tinha uma prática mais generalista, você deve saber que por uns tempos os Centros de Saúde atendiam mais os programas do que os doentes, se a pessoa tinha tuberculose e estava no dia ela atendia, mas se tivesse febre ou alguma coisa que não estava no dia não atendia, então tinha que atender porque era longe, tinha que fazer todos os procedimentos. Depois trabalhei em Taubaté, ajudei a fazer a coordenação, a avaliação e controle quando ela passou do INAMPS para o Estado na regional de Taubaté. Trabalhei na epidemiologia, acho que já trabalhei na saúde de tudo um pouco. Então eu vim para São Paulo em final de 1995, para trabalhar com a Dra. Ana Figueiredo e no Setor que a gente trabalhava, a Coordenadoria

de Planejamento em Saúde, em 1996, existiu o Médico de Família do modelo cubano, e tinha algumas experiências com financiamento para implantar o Médico de Família. Quando cheguei e comecei a ter contato com o Saúde da Família, foi exatamente no momento que naquela reestruturação não havia bem um setor, tinham algumas questões e não tinha um Setor na Secretaria para tomar conta disso, e quando cheguei havia exatamente algumas pessoas questionando, principalmente da parte de deputados federais e estaduais, sobre projetos de alguns municípios, se esses projetos estavam ou não aprovados no Ministério da Saúde para implantar o Saúde da Família. Tive toda essa trajetória: diretor de Centro de Saúde Escola, trabalhar com avaliação e controle, trabalhar com epidemiologia, naquela época era muito interessante porque nos Centros de Saúde pequenos os municípios não tinham aquela área de engenharia então era quem dava até o alvará de habite-se, mas eu digo que hoje eu sou do Saúde da Família apaixonada e trabalho com isso, com essa meta.”

Luiz José de Souza^{xx}:

“Eu nasci em Pernambuco, mas vim para cá rapazinho novo, e minha vida toda é aqui. Então, a minha trajetória na área da saúde começou em 1981 e de lá para cá continuei sempre e nunca mais parei. Eu comecei até porque nasceu meu primeiro filho, e na nossa região só tinha um posto de saúde, que era uma casinha alugada do Estado, a Secretaria do Estado da Saúde, uma casinha muito precária e quando fui para lá, com meu filho na vacinação, encontrei muita dificuldade; percebi que o serviço era sem estrutura nenhuma, coisa muito precária. [...]. Eu vi aquela situação e achei muito ruim. Como eu participava já de uma associação de bairro aqui na nossa vila, convidamos a associação para a gente fazer um trabalho junto à Secretaria de Saúde do Estado para a gente construir uma unidade básica ou posto de saúde nessa nossa região. Unidade Básica de Saúde, basicamente, começou a ser mais

usado esse termo, lá no Programa Metropolitano de Saúde. E não seria um simples centro de saúde, mas unidade de saúde, já tem uma visão de que daria um atendimento básico à saúde, não só uma coisa muito restrita. Então nós começamos assim e naquela época também se deu aquele projeto que o Estado de São Paulo fez, a cidade de São Paulo fez, com o Banco Mundial para construir várias unidades de saúde e unidades hospitalares. E naquele projeto a nossa unidade foi incluída, e no ano de 1987 ela já foi inaugurada, e a partir daí nós trabalhamos pela unidade básica de saúde a ser construída, e dos treze hospitais de saúde do projeto nenhum estava para essa região da cidade, mas nós batalhamos com aquele grupo de pessoas e acabamos trazendo um desses hospitais para cá, o Hospital Geral de Taipas. Esse grupo se constituiu a partir da nossa associação; encabecei esse trabalho fazendo uma comissãozinha pequena para trabalhar junto à Secretaria de Estado e a Secretaria Municipal, porque naquela época, com o Programa Metropolitano de Saúde a Secretaria de Estado e a Secretaria Municipal de Saúde, elas trabalhavam juntas. Tinha um intercâmbio e tinha uma aproximação e um trabalho mais ou menos conjunto, até porque o governador era Montoro e o prefeito era Mário Covas, que foi indicado pelo governador. Então as coisas caminhavam bem entrelaçadas, as coisas caminhavam... nós temos integração com outras comissões de saúde, com outros trabalhos de saúde da Zona Leste e de outras regiões para a gente caminhar junto discutindo as questões de saúde, não mais só da própria região, limitada, mas um pouco visando a cidade como um todo. Começamos a trabalhar, não só para nosso bairro, mas o movimento de saúde trabalhando pela saúde da cidade. Tenho 58 anos e agora aposentado, estou me dedicando um pouco a isso. Quase todo dia estou saindo daqui por conta desse trabalho. Um dia eu vou na reunião do Conselho Municipal, outro dia vou na reunião do Conselho Estadual, outro dia vou na reunião da Coordenadoria de Saúde, outro dia

vou na reunião na minha unidade, outro dia vou na reunião no Fórum de Saúde, outro dia vou na reunião do movimento popular da cidade, no outro tem a Plenária Estadual da Saúde que alguns municípios de São Paulo, vários municípios de São Paulo se reúnem uma vez a cada dois meses para discutir a saúde do Estado de São Paulo como um todo. E nessas reuniões também participo delas e são na Pastoral do Belém, às vezes, Campinas, São José do Rio Preto, São José dos Campos, Jundiaí, Santos, Osasco, Guarulhos, bastante municípios para discutir a questão da saúde. E esses conselheiros da população que estão no Conselho Estadual de Saúde são tirados da Plenária Estadual de Saúde, organização mais ao nível do Estado. Essa da União do Movimento Popular de Saúde é ao nível de cidade de São Paulo.”

Nelson Correia Guimarães^{XI}:

Vim do Nordeste, atuei no Rio de Janeiro, no movimento sindical, em Angra dos Reis, no Rio de Janeiro e tive uma vida agitada. Fui perseguido pela ditadura, condenado a cinco anos de prisão, escapei e vim para São Paulo [...] Aqui eu tinha oficina, mas de vez em quando eles vinham aqui e me procuravam, então para me ver livre eu fechei a oficina e fiquei fazendo bico: eu me aperfeiçoei naquele momento em construção civil [...] E daí eu passei a ter atuação na saúde, uma atuação inicialmente modesta: me situei aqui nesse pólo, morava a família, eu, a mulher, hoje finada, e a finada filha mais velha... [...]. Eu tive atuação inicialmente política no PMDB, que era contra a ditadura e que tinha mais liberdade e nós ficamos atuando nele, até quando tomou um caminho diferente, quando eu sai e até hoje não tenho partido. No PMDB me aproximei do movimento saúde. Há quase trinta anos, nós criamos aqui o Conselho Popular da Saúde da Zona Norte, e atuamos em todas as unidades básicas da região, todas, todas, todas! Nós visitávamos as unidades básicas e constatávamos as deficiências e levantávamos junto

à secretaria, [...]. Eu conhecia pouca gente lá na secretaria nessa época, foi quando... me parece entrou o [Orestes] Quêrcia e eu passei a conhecer os secretários.[...]; foi quando eu conheci o Otávio Mercadante, até então o nosso movimento era aqui na Zona Norte. Constituíram o primeiro Conselho Municipal da Saúde da cidade de São Paulo feito por Eduardo Jorge; foi em 1989 e eu já tinha atuação há 10 anos na saúde, O Eduardo Jorge montou o primeiro Conselho que existia no Brasil - Conselho Municipal da Saúde de São Paulo -, que ainda não era um Conselho baseado nas leis, que era a Lei 8.080 de setembro 1990 e nem na Lei 8.142 de dezembro do mesmo ano, pois elas ainda não existiam. O pessoal ficou me chamando para o Conselho. Atuava no Hospital Mandaqui e estava satisfeito, aí eu tive uma atuação muito intensa, desde quando entrei no movimento, para receber as reivindicações das unidades básicas. O secretário José Aristodemo Pinotti [1987-1991], e era sua chefe de gabinete a Sra. Maria Lúcia Tojal e fui expulso por ela, lá da sala dela viu! Mas quando eu ia saindo, o Pinotti passou e perguntou: - o que é que houve?, expliquei, o que aconteceu foi o seguinte,... a sua secretária, ou melhor, sua chefe de gabinete nos expulsou da sala; ele perguntou: - por que? Aí expliquei a ele, vocês pressionaram ela!, mas aquilo já era demagogia dele. Em 1989 eu passei a constituir o Conselho Municipal, fui eleito; foi quando se criou o SUS, em 1990. Me aproximei do movimento da Zona Leste, conheci Celina Maria José de Oliveira, que foi uma das militantes que teve destaque... era militante chefe (risos) lá da Zona Leste, e a Zona Leste nesse momento, era zona que concentrava maior densidade de movimento. Ela comandava o movimento na cidade de São Paulo, depois nós criamos aqui uma situação também de movimento que foi criada lá na Zona Sul. Enfim, teve que irromper o movimento que evoluiu para as demais regiões na cidade de São Paulo.”

Referências

1. ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G.J.; VIEIRA C.A.L. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo:IDS/USP, 1998. (Saúde & Cidadania, 2). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf
2. ALVES SOBRINHO, E.J.; CAPUCCI, P.F. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. Est. av., v.17, n.48, p.209-227, maio-ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n48/v17n48a18.pdf>
3. AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
4. BARROS, J.A. História, espaço e tempo: interações necessárias. **Varia hist.**, v.22, n.36, p.460-475, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/vh/v22n36/v22n36a12.pdf>
5. BASTOS DE PAULA, S.H.; BONFIM, J.R.A.; LOUVISON, M. et al. (Org.). **Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista**. São Paulo, Instituto de Saúde, 2014.
6. BASTOS DE PAULA, S.H.; SANTOS, R.M.B.; BONFIM, J.R.A. et al. A criação de Saúde em Debate, revista do CEBES: narrando a própria história. Saúde debate, v.33, n.81, p.148-155, jan.-abr. 2009. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>.
7. BONFIM, J.R.A.; BASTOS DE PAULA, S.H. (Org.). **Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothchild, 2009. (Saúde em debate, 206)
8. BOTAZZO, C. **Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada**. Bauru: EDUSC, 1999. (Saúde sociedade).
9. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família: Diretriz conceitual. Brasília, Disponível em: http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/gestor/territorio_sisal/arvore/CONT000fckogtbn02wx5eo0a2ndxy44iff1c.html

11. BRASIL. Presidência da República. Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
13. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. História das Conferências Nacionais de Saúde. Brasília: Portal da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historia.html>
14. BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.508 de 28 de junho 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
15. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>.
17. BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf

18. BRANDÃO, J.R.M. **Análise do Programa Qualidade Integral em Saúde – QUALIS – a partir do inquérito domiciliar.** Tese – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. 141p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-12022008-163051/pt-br.php>
19. PITELLA JUNIOR, J. (Ed.). **Saiba como foi a história de criação da CPMF.** Brasília, DF: Agência Camara, 20 set. 2007. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/110398.html>
20. CAPISTRANO FILHO, D; PIMENTA, A.L. **Saúde para todos, desafio ao município.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1988. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/25.pdf>>.
21. CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud. av.*, v.13, n.35, p.89-100, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a08.pdf>
22. CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os dois sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126. Disponível em:< http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_sai-de_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf>.
23. CONILL, E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p.S7-S27, 2008.
24. BRASIL. Constituição. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os Artigos 34,35, 156,160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 14 de set. 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/emendaconstitucionaln29.pdf>.
25. DALMASO, A.S.W.; SILVA, J.A.; DELLATORE, M.C.C. et al. O Vale do Ribeira entre 1970 e 1990 : saúde, educação, política e participação dos sujeitos. In: MOTA, A; MARINHO, M.G.S.M.C. (Org.) **Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas e suas interfaces.** São Paulo: FMUSP/CD.G. Casa de

- Soluções, 2011. p. 183-213. (Medicina saúde e história, 1) Disponível em: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_78_vol_1.pdf
26. DAWSON, B.E. Interim report on the future provision of medical and allied services. In: SAWARD, E.W. (Ed). **The Regionalization of Personal Health Services**. Prodist, 1975. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/resources/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>
 27. DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev. Psicol. UNESP**, v.6, n.1, p.60-79, 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>
 28. ELIAS, P.E. PAS: Um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. **Est. av.**, São Paulo, v.13, n.35, p.125-137, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a13.pdf>
 29. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). De Alma-Ata à Declaração do Milênio com enfoque na importância da força de trabalho em saúde. Buenos Aires, Argentina, 17 de agosto de 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6751.pdf>
 30. GIL, C.C.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>.
 31. GOUVEIA, R. **Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde**. São Paulo: Mandacaru, 2000.
 32. GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. (Saúde em Debate, 76)
 33. GUEDES, J.S. SUS: projeto político de mais de uma geração, processo social em permanente construção. **BIS. Bol. Inst. Saúde**, ed.esp., p.30-32, 2008. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122008000400010&lng=pt
 34. HEIMANN, L.S; IBAÑES, L.C.; BOARETTO , R.C. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na

- Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.6:p.2877-2887, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600025>
35. IBAÑEZ, L.C.; ROCHA, J.S.Y.; Castro, P.C. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 683-703, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>
 36. JATENE, A. D. Expansão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 24-28 março 1980. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 49-55. Disponível em: http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/Servicos_basicos_de_saude.pdf#page=58
 37. MELLO, G.A. Pensamento clássico da saúde pública paulista na era dos centros de saúde e educação sanitária. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.4, p.751-758, ago. 2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n4/en_rv3506.pdf
 38. MELLO, G.A.; IBÁÑEZ, N.; VIANA, A.L.A. Um olhar histórico sobre a questão regional e os Serviços Básicos de Saúde do Estado de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p. 253-866, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29722/31599>.
 39. MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.197-228. (Saúde em Debate)
 40. MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.
 41. MENDES, J.D.V.; OLIVEIRA, V.E. **Saúde pública paulista: 60 anos de história da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2009.
 42. NEMES FILHO, A. **Os médicos sanitaristas e a política de saúde no Estado de São Paulo no período de 1976 a 1988**. 1992. 201p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, São Paulo, 1992.
 43. NUNES, E.D. Henry Ernest Sigerist. Pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. **Educ. Med. Salud**, v.26, n.1, p.70-81, 1992. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10435.pdf>.

44. NUNES, E.D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.251-264, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7095.pdf>.
45. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington, D.C., 1964. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>
46. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set. 1978, Alma-Ata, 2008 Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
47. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf.
48. PAIM, J.S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p.167-183, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n2/v2n2a05.pdf>.
49. PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. O Sistema de Saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p.11-31, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
50. PINHEIRO, J. Controvérsias sobre o PAS. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais – PUC/SP. **Lutas Sociais**, São Paulo, v.4, p. 165-169, 1998. Disponível em: http://www.pucsp.br/neils/downloads/v4_artigo_jair.pdf.
51. PIRES, W. **Anais da assistência a psicopatas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1932. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_03.pdf.
52. PONTES, A.P.M.; CESSO, R.G.D.; OLIVEIRA, D.C. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.3, p.500-507, jul-set 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>.
53. RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. A educação sanitária nos centros de saúde de São Paulo (1925-1930): práticas e sujeitos. **Hist. Enferm. Rev. Ele-**

- trônica**, v.2, n.2, p.6172, 2011. Disponível em:< <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol2num2artigo5.pdf>>.
54. SANTOS, U.P.; BARRETTA, D. **Subprefeituras: descentralização e participação popular em São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 2004.
55. SINGER, H.E. The place of the physician in modern society. **Proceed. Amer. Philosophical Soc.**, v.90, n.4, p. 275-279, sept. 1946. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3301021?uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21104616236673>>.
56. SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
57. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil/ Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>.
58. TORNGUIST, C.S. Homenagem a Maria Lucia de Barros Mott: pesquisadora militante. **Rev. Estud.Fem.**, Florianópolis, v.19, n.2, p.634-636, maio-ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v19n2/v19n2a29.pdf>.
59. VIANA, A.L.A.; ROCHA, J.S.Y.; ELIAS, P.E. et al. A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.S79-S90, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/13.pdf>>
60. VIANA, A.L.; ROCHA, J.S.Y.; ELIAS, P.E. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciênc.Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.577-606, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30976.pdf>
61. WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. (Health Evidence Network Report) Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf>

Notas de edição

- 1. Abraão Rotberg** (Rio de Janeiro, RJ, 12.1.1912 - São Paulo, 01.11.2006). Graduado em Medicina pela Universidade de SP (USP) desde 1933. Atuou como professor da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP); médico dermatologista até 2003; foi membro das Sociedades Brasileiras de Dermatologia e Leprologia, posteriormente Hansenologia. Exerceu várias funções nas políticas de controle da lepra em São Paulo. Em 1938, a teoria de Rotberg “Fator N/Margem Hansen-Anérgica” foi apresentada no 4º Congresso Mundial de Lepra, no Cairo, e no ano seguinte nos EUA, revolucionando o estudo da hanseníase e servindo de base para a denominação das várias fases da doença. Em 1967 assumiu a diretoria do antigo Departamento de Profilaxia da Lepra, na primeira administração do Prof. Walter Leser na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e extinguiu o sistema de isolamento compulsório dos doentes de hanseníase no estado.

Fonte: a) *Bonfim JRA, Bastos S (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.* b) *Departamento de Dermatologia da Unifesp. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dderma/index.php?p=abrahao.htm>; b) *Anais Brasileiros de dermatologia. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962006000600016&script=sci_arttext**

- 2. Adib Domingos Jatene** (Xapuri, Acre, 4.6.1929 - São Paulo, SP, 14.11.2014). Graduado em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Inventor de métodos e equipamentos cirúrgicos, foi um dos mais importantes cirurgiões cardíacos da história da medicina brasileira e mundial e pioneiro nos transplantes de coração no país. Trabalhou em Uberaba de 1955 a 1957, onde foi professor de Anatomia Topográfica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Neste período foi o pioneiro da cirurgia torácica na região e construiu seu primeiro modelo de coração-pulmão

artificial. Retornou a São Paulo em 1958 para trabalhar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e como cirurgião no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia da Secretaria de Estado da Saúde. Organizou um laboratório experimental e de pesquisa, onde desenvolveu e construiu o primeiro aparelho coração-pulmão artificial do Hospital das Clínicas e que evoluiu para o mais credenciado departamento de bioengenharia do Brasil. Entre as várias contribuições originais na área de Bioengenharia, incluem-se os oxigenadores de bolhas e de membrana, a válvula de disco basculante, dos quais possui a patente. Foi Secretário Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (1979-1982) e duas vezes Ministro da Saúde. Criou a CPMF para financiar a saúde brasileira, deu seguimento ao projeto dos genéricos e do programa de combate a AIDS, com o fornecimento de remédios gratuitos, criou o cartão do Sistema Único de Saúde (1996) e deu grande ênfase aos programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários. Como ministro mostrou preocupação permanente em disciplinar e sanear o Sistema Único de Saúde e em elaborar o projeto de lei regulando a atuação das administradoras de planos de saúde. Membro da Academia Nacional de Medicina, autor e coautor de cerca de 700 trabalhos científicos na literatura nacional e internacional. Tornou-se membro de mais de trinta sociedades científicas de regiões do mundo e recebeu quase duas centenas de títulos e honrarias em vários países. Aposentado da direção da Faculdade de Medicina da USP, mas continuava a operar no Hospital do Coração, na capital paulista, onde é diretor-geral do Instituto do Coração. Foi casado com Aurice Biscegli Jatene e tiveram quatro filhos, três médicos e uma arquiteta.

Fonte: a) Dr. Adib Jatene. *Portal Nosso São Paulo*. Disponível em: http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_SP/Barra_Escolha/B_Adib-Jatene.htm; b) Adib Domingos Jatene. Disponível em: <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/AdibDJat.html>

- 3. Ação programática em saúde.** Programação em saúde é um modelo tecnológico de trabalho que faz parte das estratégias da saúde pública e saúde coletiva para garantir cobertura e capacidade

técnica e atingir seus objetivos e metas, uma estratégia de gestão de recursos utilizada na extensão de cobertura e nos Sistemas Locais de Saúde. Trata-se de um modelo que reúne as dimensões estruturais e técnicas, o processo de trabalho em saúde, articulando o saber sanitário e o saber clínico ao reconhecer as necessidades de saúde no fenômeno saúde/doença na população ou grupos sociais. A organização programática da assistência reúne as seguintes características: diagnóstico de saúde da população; programas organizados por grupos populacionais (criança, adolescente, mulher, idoso etc.) e por doenças de importância sanitária (tuberculose, hipertensão etc.); organização interna das atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar etc.); utilização de equipe multidisciplinar; padrão de fluxogramas de atividades e condutas diagnósticas e terapêuticas; sistema de informação e avaliação permanente; hierarquização e regionalização dos serviços.

Fonte: *Mendes-Gonçalves RB, Schraiber LB, Nemes, MIB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber LB (org.) Programação em saúde hoje. São Paulo (SP): Ed. Hucitec; 1993. p. 37-63.*

- 4. André Franco Montoro** (São Paulo, SP, 14.7.1916 – 16.7.1999). Advogado pela Faculdade de Direito da USP (1938), foi procurador do Estado de 1940 a 1950. Elegeu-se vereador pelo Partido Democrata Cristão (1950), deputado estadual (1954) e deputado federal (1958); ministro do Trabalho e Previdência Social, em 1961, quando Tancredo Neves foi primeiro-ministro. Em 1962, voltou a Câmara dos Deputados, reelegendo-se para o mandato de 1963-1967. Com a promulgação do Ato Institucional nº 2, de 27.10.1965, no regime ditatorial de 1964, que extinguiu os partidos políticos, e posterior instauração do bipartidarismo, Franco Montoro ingressou no Movimento Democrático Brasileiro (MDB), pelo qual voltou a eleger-se deputado federal em novembro de 1966. Quatro anos depois, elegeu-se senador. Em junho de 1978, apresentou ao Congresso projeto de Emenda Constitucional que, entre outros aspectos, restabeleceu as eleições diretas para governador, só aprovada em novembro de 1980, estabe-

lecendo-as para novembro de 1982, quando então elegeu-se governador de São Paulo (1983-1987). Em junho de 1988 deixou o PMDB (criado em 1980 pela maioria do MDB, com a extinção do bipartidarismo) e fundou o PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira). Em outubro de 1994 elegeu-se pela quarta vez deputado federal por São Paulo, reelegendo-se quatro anos depois.

Fonte: *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001 disponível em: cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/franco_montoro*

- 5 Anamaria Testa Tambellini.** Doutora em Medicina Preventiva e Social pela UNICAMP, integra o Departamento de Medicina Preventiva e o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ e é especialista em temas como saúde do trabalhador, epidemiologia e acidentes de trânsito. Foi a primeira esposa de Sergio Arouca, com quem conviveu desde que eram estudantes na faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e como professores no Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp. É presidente da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária Abrasco-Cebes (CVRS), pesquisadora aposentada da Fiocruz e da UFRJ.

Fontes: a) <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/36014>; b) <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentoanamaria.htm>

- 6. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).** Foi criada em setembro de 1979, durante a “I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública” em Brasília. Com a finalidade de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortificação mútua das entidades associadas, ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica, e desta com os serviços de saúde, organizações do governo e não governistas e com a sociedade civil.

Fonte: *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista/ organizado por Silvia Helena Bastos*

de Paula... [et al.] São Paulo, Instituto de Saúde, 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/06/livro-40-anos-APSP-2014.pdf>

- 7. Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo (AM-SESP).** Sociedade civil, sem fins lucrativos, fundada em 16 de agosto de 1968, que congregava os médicos sanitaristas do Estado de São Paulo. Foi reativada pelos egressos do curso curto de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, e congregava um grupo em função do grau de politização dos médicos sanitaristas e das restrições à atividade política impostas pelo regime militar; representou um ‘locus’ privilegiado, onde diferentes atores políticos, maciçamente da oposição, representantes de diferentes projetos para a sociedade brasileira, negociavam as propostas específicas para o setor de saúde, definindo as alianças com outros segmentos sociais e os eventos mais importantes onde a categoria deveria atuar.

Fontes: a) *Estatuto da Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo. Cap. I Denominações e Fins. Art. 1º. 1980. Acervo da Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo sob a guarda da Associação Paulista de Saúde Pública.* b) *Nemes Filho A. Os médicos sanitaristas e a política de saúde no Estado de São Paulo no período de 1976 a 1988. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1992.p.25-26.*

- 8. Carlos Gentile de Mello** (Natal, RN, 17.06.1918 - Rio de Janeiro, RJ, 27.10.1982). Formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia. Iniciou a vida profissional clinicando por dois anos em Mucugê (BA). No Rio de Janeiro foi assistente voluntário de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina, despertando progressivamente para os temas vinculados à saúde pública e à Administração de Serviços de Saúde. Autor de quatro livros e mais de 500 artigos. Membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Assessor dos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Vice-Presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, Secretário-Geral da Associação dos Hospi-

tais do Rio de Janeiro, eleito duas vezes para o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, porém não empossado.

Fonte: *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista/ organizado por Silvia Helena Bastos de Paula...[et al.] São Paulo, Instituto de Saúde, 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/06/livro-40-anos-APSP-2014.pdf>*

9. **Celina Maria José de Oliveira** (Lavras-MG, 21.10. 48). Está no movimento popular de Saúde desde 1977 com intensa atuação no controle social no SUS. Participou de várias iniciativas tais como: criação da União dos Movimentos Populares de Saúde da Cidade de São Paulo em 1997 que coordenou até 2005; presidiu a entidade Cidadania e Saúde, sem fins lucrativos; coordenou e articulou eleições dos Conselhos Populares de Saúde nas Unidades de Saúde na Região Leste, Sudeste, Oeste e Noroeste (1979-2004); educadora popular de projetos do movimento de Saúde em parcerias com Ong SOF (Serviço de Orientação a Família), Instituto de Saúde, Pólis, Prefeitura de São Paulo e Ministério da Saúde (1984-2002); lutou contra o PAS e pelo desenvolvimento do SUS na Cidade de São Paulo; coordenadora executiva do Conselho Municipal de Saúde(2004-2005) e conselheira eleita (1993-1994, 1995-1996, 2002-2003, 2004-2005) e conselheira do Conselho Estadual de Saúde (2005-2006); eleita para coordenação da Plenária Nacional em 2004 das Conferências Municipais e Estaduais de Saúde; participou das Conferências Nacionais de Saúde [10^a, 11^a, 12^a, 13^a e 14^a]. Atualmente é lotada na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.

Fonte: a) *Informação direta a autora.* b) *Barbosa, B. Participação Popular cresce em São Paulo. Carta Maior. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Participacao-popular-cresce-na-area-da-Saude-em-Sao-Paulo/5/2403>*

10. **“Centrão”**: Principal grupo do Congresso Constituinte de 1987, formado por deputados e senadores de partidos como PMDB, PFL, PDS e PTB. Constituído por 559 congressistas e presidido por Ulysses

Guimarães. Esse grupo polarizava o debate sobre temas importantes e polêmicos como a reforma agrária, acesso à educação e à saúde.

Fonte: Adorno S. *Direitos Humanos. Em: Oliven R G; Ridenti M, Brandão G M. A Constituição de 1988 na vida brasileira. São Paulo; Hucitec; 2008, p. 191-224.*

- 11. Celso Roberto Pitta do Nascimento** (Rio de Janeiro, RJ, 29.9.1946 – São Paulo, SP, 21.11.2009). Foi Prefeito da Cidade de São Paulo de 1º de janeiro de 1997 a 1º de janeiro de 2001. Considerado um apadrinhado do político Paulo Maluf elegeu-se com o apoio de seu antecessor vencendo Luiza Erundina de Souza. Foi o segundo negro a ser Prefeito de São Paulo. Seu governo foi envolto em escândalos e denúncias de corrupção.

Fonte: *Wikipédia. Celso Roberto Pitta do Nascimento. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Celso_Pitta.*

- 12. Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza.** Criado em 1925 como primeiro centro de saúde do Brasil que reúne atenção ao público, pesquisa e ensino numa estrutura de ambulatório voltada para Saúde Pública. Foi parte de proposta do Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza para instituir cinco centros de saúde em São Paulo, meta que foi reduzida para apenas três serviços pela oposição do Legislativo liderada pelo primeiro deputado municipalista (1919-1930) Antonio da Gama Rodrigues (1876-1955), médico baiano formado em Coimbra (1899) e que combateu a febre amarela em Guaratinguetá, em 1905, o que lhe abriu caminho para trabalhar com Carlos Chagas, Oswaldo Cruz e Clementino Fraga, no Rio de Janeiro, até 1912. Radicado em Lorena, além de deputado, foi também prefeito de Guaratinguetá e presidente da Câmara Municipal de Lorena. Assim foram inicialmente instalados apenas os Centros de Saúde modelo do Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública; o Centro de Saúde do Brás e o Centro de Saúde do Bom Retiro.

Fontes: a) *Renovato RD; Bagnato MHS. A educação sanitária nos centros de saúde de São Paulo (1925-1930). Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol2num2artigo5.pdf>*

b) *Jornal O Lince (História Educação e Cultura). Focus. Grandes médicos do Vale do Paraíba – Parte 1. Disponível em: <http://www.jornalolince.com.br/2010/jun/pages/focus-especial-1.php>*

- 13. David Capistrano da Costa Filho** (Recife, PE, 7.7.1948 – São Paulo, SP, 10.11.2000). Foi líder estudantil, médico, jornalista militante, autor e editor de livros, articulador político, conferencista, secretário Municipal de Saúde, prefeito de Santos e consultor do Ministério da Saúde. Formado em Medicina (UFRJ – 1970), com especialidade em Saúde Pública desde 1976, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Atuou como médico sanitário pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Foi um inovador e o principal incentivador do Modelo de Saúde da Família, das casas de parto com enfermeiras parteiras. A última colaboração de David ao Ministério da Saúde foi a preparação de um livro (cujo prefácio seria escrito por ele) sobre os programas e as boas experiências de saúde no país.

Fonte: *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista/ organizado por Silvia Helena Bastos de Paula... [et al.] São Paulo: Instituto de Saúde; 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/06/livro-40-anos-APSP-2014.pdf>*

- 14. Diltor Vladimir Araújo Opromolla** (São Paulo, 13.04.1934 – São Paulo, 15.12.2004). Formou-se pela Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), em Sorocaba, mudando-se para Bauru em 1958. Concluiu especialidade em Hansenologia, conferida pela Associação Médica Brasileira e pela Associação Brasileira de Leprologia, em 1974; e em Dermatologia, em 1985. Empenhou-se para melhorar a qualidade de vida dos doentes e para quebrar os tabus relacionados à hanseníase, doença estigmatizada por séculos. Dedicou a maior parte de sua vida ao Instituto Lauro de Souza Lima em Bauru, instituição criada pelo governo do Estado de São Paulo, para transformar a antiga colônia de Bauru para leprosos que fazia parte da política de internação compulsória de doentes de

hanseníase, dos anos 1930, o que também resultou na criação de outros asilos-colônias. Em 2004, recebeu uma homenagem do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) pela contribuição dada ao país e ao mundo para a cura da hanseníase, durante a quarta edição da Expoepi (Exibição Nacional de Experiências Exitosas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças). Teve 231 trabalhos científicos publicados em periódicos nacionais e estrangeiros, participou de aproximadamente 300 congressos, simpósios e seminários dentro e fora do Brasil. Orientou muitas teses de mestrado e doutorado, fazendo parte de cursos de pós-graduação na Faculdade de Medicina de São Paulo (USP), Escola Paulista de Medicina (Unifesp) e Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp). Foi editor-chefe da revista *Hansenologia Internationalis* desde 1989, editor de vários manuais didáticos na área da hanseníase e escreveu muitos capítulos de livros.

Fontes: a) Fleury RN. Prof. Diltor Vladimir Araújo Opromolla 13/04/1934 - 15/12/2004. *An. Bras. Dermatol.* 2005; 80(4): 433-434. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000400017>; b) Diltor Opromolla. *Uma vida de combate ao estigma. Jornal do CREMESP.* Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=515>. c) Bonfim JRA, Bastos S (orgs.). *Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.*

- 15. Edith Seligmann Silva.** Formada em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1959) com especialidade em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1978). Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (1973). Atuou como Professora Assistente do Departamento de Clínica Médica (1961-1969) e professora adjunto (1970) pela Universidade Federal do Pará; Professora Assistente Doutora pela USP (1971-1996) e como professora universitária na PUC-SP (1971-1975). Foi responsável pela elaboração e supervisão do projeto de programação de Saúde Mental na rede estadual de Centros de Saúde (Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo, SESP - 1976-1978) e desde 2000 atua como pes-

quisadora na Escola de Administração de Empresas – FGV/EAESP, auxiliando em pesquisas tais como: Questões teóricas e desafios da realidade latino-americana ante a nova psicopatologia do trabalho francês (Ciências da Saúde – Medicina-1992); A saúde psicossocial em situações de trabalho (Ciências da Saúde – Saúde Coletiva e Epidemiologia – 1995).

Fonte: *Currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/0153829212388239>*

- 16. Edmundo Juarez** (São Paulo, SP, 16.11.1978 – 14.2.1997). Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em 1953. Instrutor junto do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP desde 21/8/1967, professor assistente doutor de Estatística Vital deste departamento a partir de 26/8/1970; livre-docente em 1980, professor adjunto em 1982 e titular em 1990. Foi diretor técnico do Serviço de Epidemiologia e Estatística da Divisão de Estudos e Programas da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974. Prestou serviços no Ministério da Saúde em 1975-1979, 1989. Exerceu a presidência da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, de 1995 a 4 de fevereiro de 1997, quando afastou-se. Sua carta de demissão, um testemunho feito a dez dias antes de sua morte, foi transcrita no Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, ano XVII, nº 115, março de 1992, e faz críticas ao programa de vacinação contra a hepatite B e aos rumos da política de saúde do governo federal.

Fonte: *Bonfim JRA, Bastos S. (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.*

- 17. Ernani Paiva Ferreira Braga** (Mato Grosso, 1913 – 20.04.1984). Formado em medicina desde 1935, pela Universidade do Brasil, em 1941 concluiu o curso de Saúde Pública, tornando-se sanitário. Foi colaborador da Delegacia de Saúde do Ceará e da Secretaria de Saúde do Pará. Em 1954 assumiu o cargo de Diretor-Geral do De-

partamento Nacional de Saúde. Nos anos 60 participou do Programa Nacional de Ensino e Pesquisa das Ciências Biomédicas da Capes-MEC e Fundação Rockefeller; Consultor da *American Public Health Association* e da Sociedade Brasileira de Higiene, além de ter desempenhado relevantes funções nas Assembleias Mundiais de Saúde da OMS. Em 1979, foi diretor da Escola Nacional de Saúde Pública; vice-presidente de Recursos Humanos da Fundação Oswaldo Cruz e breve experiência como Secretário de Saúde do Rio de Janeiro. Exerceu atividades na área docente da UERJ. Foi sócio fundador, vice-presidente e membro do Conselho da ABRASCO; criou a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) e numerosas associações nacionais na América Latina de Educação Médica.

Fonte: *Extraído do Boletim ABRASCO, nº 10, março/maio 84 e Informativo FIOCRUZ, Edição Especial, Maio 1984; Biblioteca de Ciências Biomédicas Fiocruz – Série Biografias. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibcb/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=504&sid=274>*
Ver também: a) Braga, Ernani Paiva Ferreira. *O pensamento de Ernani Braga. Organização de Paulo Marchiori Buss. Rio de Janeiro: Programa de Educação Continuada/Escola Nacional de Saúde Pública; 1984 (Coleção memória da saúde pública, v.1); b) Uma história de vida na saúde pública. Entrevista com Ernani Braga. Em: Lima NT, Fonseca CMO, Santos PRE (orgs.). *Uma escola para a saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.p.129-156. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d48x7/pdf/lima-9788575414002-08.pdf>**

- 18. Evelin Naked de Castro Sá** (Novo Horizonte, SP, 12.3.1930 – São Paulo, SP, 7.5.2007). cursou Ciências Sociais na então Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP), na “Maria Antonia”. Foi técnica de administração do antigo Departamento Estadual de Administração – DEA, órgão do Governo que cuidava da organização da administração pública. Em 1967, no governo Sodré (1967-1971), foi trabalhar no Grupo Executivo da Reforma Administrativa da Administra o Pública Paulista (GERA), quando foi incumbida, entre outros, do Setor Saúde, em trabalhos com o Prof. Leser e seu grupo, do que resultou a Reforma da Secretaria da Saúde.

Nesse período foi assessora técnica do secretário do Planejamento, Luiz Arrobas Martins, que coordenava a Reforma. Posteriormente, exerceu o mesmo cargo com o professor Leser, em seu segundo mandato como secretário de Estado da Saúde. Completando sua formação básica como socióloga, fez especialidade em Administração Pública, Políticas Públicas e Sociologia da Administração, em vários cursos e, em 1971, cursou na Universidade de Manchester, Inglaterra, o *Special Aspects of Public Administration*. Passou a trabalhar exclusivamente na Saúde com Prof. Leser e na Faculdade de Saúde Pública da USP, tendo cursado especialidade em Saúde Pública e feito mestrado e doutorado e concurso para professor livre-docente e titular, tendo se aposentado nesse cargo em 2000. Foi Chefe de Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, por dois períodos, tendo orientado alunos no mestrado e doutorado. Trabalhou com pesquisas e consultoria em Políticas Públicas e em Sociologia da Administração em Saúde até seus últimos dias.

Fonte: Bonfim JRA, Bastos S (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. *Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.

- 19. Fernando Henrique Cardoso** (Rio de Janeiro-RJ, 18.6.1931). Graduado em Sociologia em 1952 pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP), foi assistente do sociólogo Florestan Fernandes em 1955, e em 1962 obteve o título de Doutor em Ciências pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Primeiro presidente do país a ser eleito para dois mandatos consecutivos (1995 a 1998 e de 1999 a 2002). Foi fundador do PSDB e atualmente preside o Instituto Fernando Henrique Cardoso (IFHC) fundado por ele em 2004 e participa de diversos conselhos consultivos em diferentes órgãos no Exterior, tais como: *Clinton Global Initiative; Brown University e United Nations Foundation*. Ocupa também a cadeira nº 36 da Academia Brasileira de Letras (ABL), desde 27 de junho de 2013.

Fonte: <http://www.ifhc.org.br/fhc/vida/>

20. Fundação SESP. Fundado em 1942, durante a 2ª Guerra Mundial, o Serviço Especial de Saúde Pública funcionou como uma agência bilateral brasileiro-americana, com estatuto jurídico especial que lhe garantia ampla autonomia em relação ao Ministério da Educação e Saúde. O motivo original para a organização do SESP está diretamente ligado ao interesse norte-americano em fomentar políticas sanitárias em determinadas regiões do Brasil, com a intenção de melhorar a produção de matérias-primas, como a borracha e minérios, para os Aliados durante a Segunda Guerra Mundial. Esse órgão prestou relevantes serviços à saúde pública do país. Criou diversos hospitais em cidades ribeirinhas da Amazônia, do Vale do São Francisco e Rio Doce, participou ativamente nas campanhas de erradicação da varíola e na formação de profissionais de saúde.

Fonte: *Fundação SESP: um resgate à história da saúde no Brasil*. GGN, o jornal de todos os Brasis. 2012. Disponível em: <http://jornal-ggn.com.br/blog/luisnassif/a-historia-da-sesp>

21. Getúlio Vargas. Desde 1909 é bacharel em Direito pela Faculdade de Porto Alegre, atual UFRGS. Em 1909 foi eleito deputado estadual no Rio Grande do Sul e em 1913 foi reeleito, mas renunciou no mesmo ano. Em 1917 retornou à Assembleia Legislativa. De 1919 a 1921 foi reeleito deputado estadual. De 1924 a 1926 – deputado federal; 1926 a 1927 – Ministro da Fazenda; De 1928 a 1930 – Governador do Rio Grande do Sul; De 1930 a 1945 e de 1951 a 1954 foi Presidente do Brasil. Em 24 de agosto de 1954, Vargas suicidou-se no Palácio do Catete com um tiro no peito. Deixou na carta testamento uma frase marcante: “Deixo a vida para entrar na História”.

Fonte: *Wikipédia. Getúlio Vargas*. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Get%C3%BAlio_Varga

22. Guilherme Rodrigues da Silva (Mucugê, BA 10.2.1928 – São Paulo-SP 11.03.2006). Médico pela Universidade Federal da Bahia em 1953, residência médica no Hospital das Clínicas em 1955-56, mestre em Saúde Pública pela *Harvard University* (1959), doutor em Medicina pela Universidade Federal da Bahia em 1961. Criou o Núcleo

de Medicina Preventiva do Hospital Universitário Professor Edgard Santos na Bahia, que foi a semente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Mudou para São Paulo em 1967 e se tornou professor em 1968 participou da criação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e recebeu o título de Professor Emérito. Enfrentando o regime militar, então presente na própria Universidade, levou para trabalhar consigo pesquisadores como Maria Cecília Donnangelo e participou da formação de intelectuais como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Sergio Arouca. Foi relator da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (1986).

Fonte: a) *Plataforma Lattes: Guilherme Rodrigues da Silva. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2359067665688483>. b) <http://www.hcnet.usp.br/historiahc/biografias.htm>*

- 23. Joana Azevedo da Silva** (Bahia, 20.06.1944). Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia em 1965 e mestrado (1983) e doutorado (2001) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Tem experiência em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Programa de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde. Autora, entre outros de *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer* (Editora Fiocruz, 2002, coautoria). Coordenadora Geral da Política de Recursos Humanos da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde de 2001-2005.

Fonte: a) *informação direta a autora.* b) *Silva JÁ, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface, Botucatu, 2002 fev; 6 (10):75-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/07.pdf>*

- 24. João Yunes** (São Paulo, SP, 28.08.1936 – 26.09.2002). Graduado em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico sanitário formado pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP. Mestrado na Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, e doutorado e livre-docência pela USP. Começou a

carreira em epidemiologia e atuou em saúde materna e infantil e, mais tarde, em administração de saúde. Foi secretário estadual de Saúde no governo Montoro, entre 1983 e 1987, e secretário nacional de Políticas de Saúde, no governo Fernando Henrique Cardoso, entre 1998 e 2000. Foi representante do Brasil no Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS). Era diretor e professor titular da Faculdade de Saúde Pública da USP. Teve 140 artigos publicados em periódicos científicos e livros nacionais e estrangeiros.

Fonte: *Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Morre João Yunes. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=265821>*

- 25. José Lima Pedreira de Freitas** (Mococa, 12.01.1917 – Ribeirão Preto, 15.06.1966). Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1941. Curso de pós-graduação em saúde pública na Universidade de Johns Hopkins do EUA, obtendo o título de sanitarista. Pioneiro no ensino, prática e pesquisa em Medicina Preventiva no Brasil. Em 1954, fundou em Ribeirão Preto o primeiro Departamento dessa área no país. Foi um eminente pesquisador de campo, tendo desenvolvido trabalhos em Cássia dos Coqueiros que resultaram no desenvolvimento de uma técnica de combate a triatomíneos (expurgo seletivo) verdadeiramente revolucionária que conduziu à virtual eliminação da transmissão vetorial da doença de Chagas no país. Produziu cerca de 70 trabalhos, fez mais de 30 conferências abordando a doença de Chagas, outras moléstias transmissivas de grande relevância no Brasil, ensino médico e conquistou vários prêmios científicos.

Fontes: a) *Pessoa, S B. Professor José Lima Pedreira de Freitas, patrono do centro acadêmico da Faculdade de Medicina do Norte do Paraná (Londrina). Disponível em: <http://rms.fmrp.usp.br/index.php?p=313>*;

b) *Prêmio Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/informacao-galeria.aspx?id=653&ref=1&refV=12>*

- 26. José Serra** (São Paulo, SP, 19.3.1942). Estudou engenharia na Universidade de São Paulo, porém não concluiu o curso, entre 1963 e 1964, pois era presidente da União Nacional dos Estudantes – UNE,

ano em que houve o Golpe Militar, quando buscou exílio no Exterior tendo se fixado no Chile, onde estudou economia no Curso da Cepal – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe nos anos de 1965 a 1966. Mestrado em Economia pela Universidade do Chile e depois Mestrado e Doutorado em Ciências Econômicas na Universidade Cornell, nos Estados Unidos. Foi professor da UNICAMP e pesquisador do CEBRAP. Em 1983 foi nomeado Secretário de Economia e Planejamento do Governo Franco Matoro, em São Paulo. Em 2004, José Serra elegeu-se Prefeito de São Paulo e em 2006 foi eleito Governador do Estado no primeiro turno. Em 2010, candidatou-se novamente à Presidência, tendo obtido 44 milhões de votos no segundo turno das eleições.

Fonte: a) Wikipédia. José Serra. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Serra. b) José Serra. <http://educacao.uol.com.br/biografias/jose-serra.jhtm>

- 27. Lilia Blima Schraiber** (São Paulo/SP, 18.5.1949). Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1972. Especialista em Saúde Pública (512 horas) em 1977 e em Planejamento em Saúde pela USP em 1982. Fez mestrado em 1981, doutorado em 1989 e livre-docência em 1997 na Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), instituição em que exerce o cargo de professora associada. Foi membro titular da Cátedra UNESCO de Educação para a Paz, Direitos Humanos, Democracia e Tolerância (2007-2013) e é suplente desde 2013. É orientadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva em nível de mestrado e doutorado e atua também como supervisora de Pós-Doutoramento.

Fonte: Plataforma Lattes: Lilia BlimaSchraiber. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/8709794536099941>

- 28. Luiz Roberto Barradas Barata** (Santo André, SP, 23.5.1953 – São Paulo, SP, 17.7.2010). Formado em Medicina pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo desde 1976. É especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e em Administração de Serviços

de Saúde e Administração Hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas desde 1978. Foi assessor dos ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e José Serra; chefe de gabinete da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo na administração de Mário Covas; Secretário Adjunto do Estado da Saúde no governo Covas/A Geraldo Alckmin e Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, de 2003 à 2010, quando criou-se o “Dose Certa”; construiu-se o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e um hospital de transplantes.

Fonte: *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista/ organizado por Silvia Helena Bastos de Paula... [et al.] São Paulo: Instituto de Saúde; 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/06/livro-40-anos-APSP-2014.pdf>*

- 29. Luiza Erundina de Souza** (Uiraúna, PB, 30.11.1934). Formada desde 1966 em Serviço Social pela UFPB (Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa). Tem especialidade em Desenvolvimento da Comunidade, pela Escola de Serviço Social da UCSAL (Bahia, 1967) e Extensão em Serviço Social de Grupo pela Escola de Serviço Social da Paraíba e desde 1970 é mestra em Ciências Sociais pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. De 1989 a 1993, foi prefeita do Município de São Paulo, eleita pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Deputada federal, no quinto mandato (2015-2019), sucessivos, pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), desde 1999.

Fonte: *Wikipédia. Luiza Erundina de Souza. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Luiza_Erundina.*

- 30. Maria Cecília Ferro Donnangelo** (Araraquara, SP, 19.8.1940 – São Paulo, SP, 25.1.1983). Curso de Pedagogia de 1959-1962 pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara. Exerceu o magistério secundário (Psicologia e Sociologia) em Escola Normal; iniciou as atividades na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1964, interrompida, mas reingressou, em 1969, no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, onde permaneceu até à morte, vítima de acidente rodoviário. A produção de Cecília

Donnangelo estende-se por dezesseis anos; defendeu o doutorado em 1973 e a livre-docência em 1976. Suas teses, editadas em livros (Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975; Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976), de um modo geral destacam dois caminhos: o estudo das práticas médicas, na primeira, e a reflexão ampliada sobre a saúde, na segunda. Nas duas teses, a vertente sociológica que as informam teve a forte influência de Luiz Pereira (1933-1985), sociólogo da USP, seu orientador do doutorado e que escreveu uma longa análise sobre o seu trabalho de livre-docência, *Saúde e sociedade*. A segunda metade dos anos 1960 foi um período de intenso movimento na área médica, em razão da necessidade de ampliar os domínios do ensino exclusivamente calcado no modelo biomédico e trouxe para o seu interior as contribuições das ciências sociais. Ressalte-se que a inclusão de Cecília Donnangelo na graduação ocorreu na criação do Curso de Medicina Experimental, na FMUSP, paralelo ao curso convencional, e que teve como um dos idealizadores o professor Isaias Raw.

Fonte: *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista/ organizado por Silvia Helena Bastos de Paula... [et al.] São Paulo, Instituto de Saúde, 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/06/livro-40-anos-APSP-2014.pdf>*

Recomenda-se: Carvalheiro JR, Heimann LS, Derbli M (orgs) *O Social na Epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014 (Temas em Saúde Coletiva 16). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas_em_saude_coletiva_16.pdf

31. **Maria Luiza Salum Caporali**, conhecida como “Lily” (Salesópolis, SP, 21.03.1943). Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em 1966. Especialização em Enfermagem de Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública em 1967. Mestre em Administração de serviços de Saúde pela mesma faculdade em 1982. Doutora em Ciências da Comunicação pela Es-

cola de Comunicações e Artes da USP em 1991. Entre 1997 até 2002 fez cursos especiais de teoria e performance musical e artes visuais entre 1997 e 2002. Entrou na Secretaria da Saúde no projeto da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para a criação e organização do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda. No Instituto de Saúde em 1978 fez um estudo das atividades de Enfermagem o Centro de Assistência à Tuberculose. Em 1979 foi convidada para assessorar o Coordenador da Comunidade, Eurivaldo Sampaio de Almeida, para o projeto de reorganização dos Centros de Saúde da Rede do Estado de São Paulo. Em 1980 exerceu a função de diretora do Serviço de Enfermagem da Coordenadoria. Foi convidada a fazer parte do grupo Central de Controle da Tuberculose e a criar e organizar o Arquivo Central de Informações sobre Tuberculose do estado de São Paulo no Centro de Informações de Saúde (CIS), onde ficou até 1982. Atualmente trabalha no ramo artístico com música e ceramista atuando em produção artística própria e com workshops para crianças, adultos e idosos onde a arte é aplicada em experiências de auto-descobrimiento, condições fundamentais para a compreensão da saúde como parte da própria identidade e desenvolvendo em cada um a necessidade de buscar saúde e conforto.

Fonte: a) *Informação direta ao organizador.* b) *Talentos da Maturidade.* Disponível em: <https://talentosdamaturidade.clientes.ananke.com.br/lily>

- 32. Mário Magalhães da Silveira** (1905–1986), nascido em Maceió, cursou a Faculdade de Medicina da Bahia junto de sua prima Nise da Silveira e com quem se casou. Manteve contato com estudantes de aspirações ideológicas socialistas e de oposição ao integralismo. Depois da Revolução de 1930, Mário e Nise passaram pela perseguição da ditadura Vargas. Em 1935, Mário ficou sem seu emprego público e, com Nise foram presos, vivendo os momentos do cárcere com Graciliano Ramos. Pensava as questões de saúde de forma integrada com as questões demográficas, econômicas e sociais. Introduziu, numa perspectiva desenvolvimentista, a integração da lógica do planeja-

mento das ações de saúde. Foi presidente da Sociedade Brasileira de Higiene, em 1962, e secretário-geral da III Conferência Nacional de Saúde em 1963, cujo tema era a Situação Sanitária da População Brasileira, municipalização dos serviços de saúde e atribuições médico-sanitárias nas esferas federal, estadual e municipal. Pela primeira vez discutiu-se no país um modelo técnico-assistencial baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde, cujo ponto de apoio seria constituído a partir de serviços básicos de saúde permanentes elaborados de acordo com um planejamento governamental. Pela primeira vez também levantou-se a questão da organização dos serviços médicos privados e defendia-se a racionalidade de investimentos na saúde.

Fontes:a) *Merhy, Emerson E; Queiroz, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública . 1993;9(2):177-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>; b) *Silva RS, Morell MGG. Mário Magalhães da Silveira: política nacional de saúde pública: a trindade desvelada: economia - saúde-população. Rio de Janeiro. Revan; 2005. c) Quem foi Mário Magalhães da Silveira. Disponível em: <http://www.paulotimm.com.br/site/pags/noticias3.php?id=155>**

- 33. Mário Covas Júnior** (Santos, SP, 21.04.1930 – São Paulo, SP, 6.03.2001). Engenheiro e político brasileiro. Em 1962 foi eleito Deputado Federal pelo Partido Social Trabalhista (PST). Por força do Ato Institucional nº5 (AI-5), teve o mandato cassado e os direitos políticos suspensos por 10 anos. Eleito em 1982 para seu terceiro mandato como Deputado Federal, foi nomeado em março de 1983, Secretário Estadual dos Transportes e, dois meses depois, Prefeito de São Paulo, cargo que exerceu até 1985. Eleito Senador em 1986, atuou como Líder do PMDB na Assembléia Nacional Constituinte. Foi o trigésimo governador do estado de São Paulo, eleito em 1994 e reeleito em 1998. Contudo, morreu antes de terminar o segundo mandato, vítima de câncer.

Fontes: a) *Wikipédia. Mário Covas. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A1rio_Covas; b) Mário Covas Júnior.*

Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/25-anos-da-constituicao-de-1988/constituinte-1987-1988/pdf/MARIO%20COVAS%20biografia.pdf>.

- 34. Marta Teresa Smith de Vasconcellos Suplicy** (São Paulo, SP 18.3.1945). Formada em Psicologia, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). É apresentadora de televisão, sexóloga e política brasileira filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT). Em 2000 elegeu-se prefeita da Cidade de São Paulo pelo PT, com 3.248.115 votos (58,51% dos votos válidos) e em 2002 foi deputada federal. Foi também ministra do Turismo quando se licenciou do Senado Federal, pois foi eleita para o mandato 2011-2018. Foi a primeira mulher vice-presidente do Senado Federal até 11.09.2012, e em 13.09.2012 foi nomeada Ministra da Cultura, pela presidente Dilma Rousseff, cargo que exerceu até 13 de novembro de 2014, quando se demitiu, reassumindo o mandato de senadora.

Fonte: Wikipédia. *Marta Teresa Smith de Vasconcellos Suplicy*. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Marta_Suplicy.

- 35. Manoel José Ferreira** conhecido como ‘Maneco Ferreira’ (Petrópolis, RJ, 23.05.1897 – Rio de Janeiro, RJ, 28.10.1978). Formado em 1919 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro), na mesma universidade fez o curso de medicina pública “Medicina Legal e Higiene”, e em 1924 o curso de malariologia promovido pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) com a colaboração da Fundação Rockefeller. Representou o país em numerosos conclaves oficiais. Foi relator-geral do Seminário sobre Medicina Preventiva nas Escolas de Medicina (Viña Del Mar, Chile, 1955), patrocinado pela Repartição Sanitária Pan-Americana. **Fonte:** *Professor Dr. Manoel José Ferreira, 1897-1978. Homenagem Póstuma, Palestra proferida pelo Dr. N.C. de Brito Bastos, no dia 27 de novembro de 1978, em Natal, Rio Grande do Norte, na abertura da “Reunião de Técnicos da Fundação Serviço de Saúde Pública”, documento inédito obtido na Academia Nacional de Medicina.*

- 36. Maria Cecília de Souza Minayo.** Formada em Sociologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 1978 e em Ciências Sociais pela *City University of New York* desde 1979. Mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 1985 e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, desde 1989. Coordenadora científica do CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, centro de pesquisa, ensino e assessoria criado em 1989 na ENSP, com o objetivo de investigar o impacto da violência sobre a saúde das populações brasileira e latino-americana. Desde 1997 é editora científica da Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. É pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz e membro do Conselho Editorial de 13 revistas científicas, sendo 4 estrangeiras e desde 2013 é Editora Regional da revista *Environmental Health Perspectives*.
Fonte: *Plataforma Lattes: Maria Cecília de Souza Minayo. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4834272403601390>*

- 37. Mario Pinotti** (Brotas, SP, 21 de janeiro de 1894 – Rio de Janeiro, RJ, 3 de março de 1972). Formou-se em 1914 pela Escola de Farmácia de Ouro Preto e em 1918 pela Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro. Iniciou sua carreira de médico sanitário em 1919, tornando-se inspetor sanitário rural do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1922 assumiu a prefeitura municipal de Nova Iguaçu (RJ), trabalhou na campanha contra a febre amarela de 1928 a 1931. Em 1936, durante a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde, foi nomeado diretor-assistente do Serviço Nacional de Febre Amarela, e em 1937 passou a inspetor dos Serviços Especiais do Departamento Nacional de Saúde. Entre 1938 e 1941, foi diretor-geral do Departamento de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Nomeado diretor do Serviço Nacional de Peste (1941). Diretor do Departamento Nacional da Malária (1942) e do Departamento Nacional de Saúde (1945). Ministro da Saúde nos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek. Diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956) e presidente da Liga Brasileira de Assistência (1957-1959). Foi membro titular da Academia Nacio-

nal de Medicina, da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, da Academia Militar de Medicina Militar e da *New York Academy of Sciences*.

Fontes: a) FGV. CPDOC. *Mário Pinotti*. Disponível em: http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/biografias/Mario_Pinotti; b) Wikipédia, a enciclopédia livre. *Mário Pinotti*. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A1rio_Pinotti

- 38. Moisés Goldbaum.** Médico sanitário, concluiu o doutorado em medicina preventiva em 1981, pela Universidade de São Paulo. Exerceu o cargo de Professor Doutor no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP do qual é docente desde 1970. Atualmente é Professor Sênior do Departamento de Medicina Preventiva. De 1986 a 1993, desempenhou funções como consultor nacional da Organização Pan-americana de Saúde, em Brasília. De 1985 a 1986 foi Superintendente de desenvolvimento social do CNPq e de 2011 a 2013 foi Superintendente da Fundação para o Remédio Popular (FURP) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Fonte: *Plataforma Lattes: Moisés Goldbaum*. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3757649582071576>

- 39. Odair Pacheco Pedroso** (1909 - 2.10.1981). Em maio de 1951 na Faculdade de Saúde Pública foi instalado primeiro regular do país de Organização e Administração Hospitalar sob a responsabilidade do Prof. Dr. Odair Pacheco Pedroso, que ocupou o cargo de Diretor do Serviço de Medicina Social do Estado de São Paulo. Foi o Coordenador da Assistência Hospitalar da Secretaria da Saúde Estado de São Paulo. em dois governos subsequentes (1971-1975;1975-1979), desenvolvendo intensa atividade na organização dos diversos hospitais do Estado, tendo elaborado suas primeiras normas. Como Consultor Hospitalar, desenvolveu também extraordinária atividade, tanto no país como no Exterior, tendo sido designado Perito da OMS desde 1955. Fundador da Associação Paulista de Hospitais, criou a Revista Paulista de Hospitais. Foi o primeiro chefe do departamento de Prática de Saúde Pública, vice-diretor e diretor da Faculdade de Saúde

Pública da USP; ao aposentar, em 1979, recebeu o título de Professor Emérito da USP.

Fonte: Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/23111/25137>

- 40. Otávio Azevedo Mercadante** (São José dos Campos, SP, 26.12.1940). Graduado pela Faculdade de Medicina pela Universidade de São Paulo (1964), Pós-graduação em Saúde Pública (1967) e mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (1970). Livre-docência pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1998), onde foi professor associado de 1968 a 1998. Exerceu vários cargos de importância na Secretaria de Estado da Saúde entre eles o de secretário adjunto (1983-1987) e o de chefe de Gabinete (1990), e no Ministério da Saúde o de chefe de Gabinete (1998-2001) e o de secretário-executivo (2002). Diretor Técnico do Instituto Butantan desde 2003.

Fonte: Currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2696881282312730>

- 41. Paulo de Almeida Machado** (Uberaba, 18.07.1916 - Uberaba, 13.11.1991). Em 1938, diplomou-se pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Atuou no Ministério da Saúde, criando a Secretaria Especial de Saúde para as áreas metropolitanas; instituiu o Sistema Nacional de Saúde, Programas de Saúde Pública e incentivo à pesquisa na área. Elaborou a lei que criou a vigilância epidemiológica e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição; Foi Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e reformulou as atividades da Fiocruz, visando inseri-la no recém-criado Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (SNDCT).

Fontes: a) *BVS Ministério da Saúde. Galeria de Ministros de 1985 a 1964.* Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/1985_1964.php; b) *Hamilton W, Azevedo N. Um estranho no ninho: memórias de um ex-presidente da Fiocruz. Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2001; 8(1): 237-264. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000200011>

- 42. “Padre Ticão”** – apelido pelo qual é conhecido **Antonio Luiz Marchioni**, (Urupês, SP, 1952). Estudou teologia em São Paulo e atua na Zona Leste e em Ermelino Matarazzo desde 1974, como pároco da Igreja São Francisco de Assis. É um dos líderes do distrito e participa ativamente de vários movimentos populares da região. Sempre preocupado com a situação dos excluídos, luta pela melhoria na educação (educação infantil, ensino noturno, universidade pública na Zona Leste, ensino profissionalizante); saúde (construção e manutenção do Hospital de Ermelino e postos de saúde) e moradia (mutirões e urbanização de favelas). Também milita na questão dos idosos (Centro de Convivência para a Melhor Idade, criação do Núcleo da Terceira Idade), pessoas com necessidades especiais (Associação da Casa dos Deficientes de Ermelino Matarazzo) e deu início às Pastoris Sociais. Responsável pela criação de bibliotecas nas comunidades católicas, teve papel primordial na criação da USP Leste, e é um dos principais líderes do movimento pela instituição da Universidade Estadual da Zona Leste, em Itaquera. É um dos líderes que luta até hoje pela melhoria na saúde da Zona Leste.

Fontes: a) *Informação direta a organizadora* b) *Cardoso, J. Padre Ticão: Multiplicador de ideias. Disponível em: <http://www.juliana-cardosopt.com.br/noticias/padre-ticao-multiplicador-de-ideais->*

- 43. Paulo Emílio Vanzolini** (São Paulo, SP, 25.4.1963–28.4.2013). Foi diretor do Museu de Zoologia da Universidade de São Paulo, um dos zoólogos mais respeitados pela comunidade científica internacional. Aposentado compulsoriamente continuou ainda a desenvolver suas pesquisas no museu, trabalhando de segunda a sábado. No Museu de Zoologia da USP organizou uma das maiores coleções de répteis do mundo. Com o próprio dinheiro montou uma biblioteca sobre o mesmo tema. Autor também de obras de estatística e de historiografia científica (Episódios da Zoologia Brasileira. São Paulo: Hucitec; 2004), além de compositor de canções consagradas (Ronda, Volta por cima, Capoeira do Arnaldo, Praça Clóvis, entre dezenas). Foi um dos idealizadores, em 1960, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

Fonte: *Bastos de Paula, SH [et al], Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014.*

- 44. Paulo Salim Maluf** (São Paulo, SP, 3.9.1931). Formado em Engenharia Civil (USP) em 1954, exerceu a diretoria da empresa de seu pai até 1967. Em 1964, tornou-se vice-presidente da Associação Comercial de São Paulo e em 1967 foi nomeado presidente da Caixa Econômica Federal. Foi duas vezes prefeito de São Paulo (1969-1971, nomeado; 1993-1996, eleito) além de governador nomeado de 1979-1982, e candidato à Presidência da República em 1985 (eleição indireta, perdendo para Tancredo Neves). Deputado federal em 1983-1987, 2007-2010, 2011-2014, e reeleito para o mandato de 2015-2018 mas com votações expressivamente decrescentes. Na política, Maluf associou-se ao populismo e a realização de grandes obras públicas, tais como: a Marginal Tietê e o Elevado Presidente Costa e Silva, popularmente conhecido como Minhocão. Atualmente é o 5º político mais rico do Brasil, segundo a revista Forbes. Sua carreira está cheia de processos relacionados à corrupção, figurando em listas internacionais de corrupção da Interpol, do Banco Mundial e da ONG Transparência Internacional.

Fonte: *Wikipédia. Paulo Salim Maluf. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Paulo_Maluf.*

- 45. Programas de Extensão de Cobertura (PEC).** Foi uma estratégia de oferta de serviços para incorporar grupos populacionais até então excluídos do consumo de serviços de saúde e parte integrante das conclusões da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas realizada em Santiago do Chile em 1972, quando se elaborou o Plano Decenal de Saúde das Américas. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) se organizou com base nas propostas sugeridas para os PEC, sob a coordenação do Ministério da Saúde e se implementou numa estratégia conjunta com o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS), com o apoio expressivo da Organização Pan-Americana da Saúde. A

ideia de expansão de cobertura associada à medicina comunitária já vinha sendo discutida no interior das universidades brasileiras, sem, no entanto, alcançar reconhecimento por parte do Governo, no sentido da incorporação do seu modelo.

Fontes: a) *Teixeira CF. Educação em Saúde: Contribuição ao Estudo da Formação dos Agentes da Prática de Saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 1982.*

b) *Nunes TCM. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 194 p. Disponível em: http://portaldesic.iciq.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00010102&lng=pt&nrm=iso*

- 46. Projeto Paulínia.** Projeto de Saúde Comunitária da Unicamp (Campinas-SP), conhecido como Projeto Paulínia financiado pela Fundação Kellogg (1971-1972). A medicina comunitária era prática adotada por diversas escolas médicas e programas foram organizados para oferecer vivência de estudantes junto da comunidade; esses projetos tinham apoio e financiamentos, inclusive internacionais.

Fontes: *Ciênc. saúde coletiva vol.13 n.3 Rio de Janeiro May/June 2008; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000300013&script=sci_arttext; b) *Rede de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, Espanha y Portugal - Sistema de Información Científica. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63013313.pdf>**

- 47. Programa Metropolitano de Saúde do Estado de São Paulo.** Criado na administração do governador do Estado de São Paulo André Franco Montoro (1983-1987), o setor de saúde foi considerado prioritário, tendo levado adiante o estudo e execução do Programa Metropolitano de Saúde, com financiamento do Banco Mundial, destacando uma transição entre o sistema de saúde existente e o que viria a ser o SUS. Propôs uma intervenção regional de mudanças no modelo nacional de operação do sistema de saúde com uma pro-

posta não só de gerência, mas de estrutura na rede de atendimento e redistribuição urbana de serviços de Saúde Pública pelo Decreto nº 21.862, de 29.12.1983, que criou a Comissão do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS) junto do Gabinete do Secretário da Saúde.

Fonte: *Parucker, V P. Os paradigmas influenciadores nas concepções hospitalares - um estudo dos hospitais projetados para o programa metropolitano de saúde de São Paulo. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; fevereiro 2008.*

- 48. Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área rural, Vale do Ribeira.** O Projeto Devale, como ficou conhecido, contava com Agentes de Saúde atuando em postos de saúde rurais e na comunidade, de 17 localidades rurais de 8 dos 16 municípios da Região. O projeto além de fazer o atendimento aos indivíduos e famílias, intervinha na promoção da saúde com a discussão sobre condições de saúde no contexto geral de vida e no sentido de organização da comunidade para transformação dessas condições e para o acompanhamento de grupos ou problemas específicos.

Fonte: a) *Dalmaso ASW, Silva JA, Dellatore MCC, Turazzi MC. O Vale do Ribeira entre 1970 e 1990: saúde, educação, política e participação dos sujeitos. Em: Mota A, Marinho MGS MC (orgs). Práticas Médicas e de Saúde nos municípios paulistas e suas interfaces. São Paulo: FMUSP, Casa das Soluções e Editora, 2011 (Coleção Medicina Saúde e História). Disponível em: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_78_vol_1.pdf*

b) *Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? Tese Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/sil001.pdf>*

- 49. Projeto Qualidade Integral em Saúde – QUALIS/PSF.** Surgiu em 1995 por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com denominação de Qualidade Integral em Saúde (Qualis). Este

fato se deu em virtude dos serviços de saúde do Município de São Paulo terem sido transformados em cooperativas de saúde operados pelo setor privado através do Plano de Assistência à Saúde (PAS), durante as administrações dos prefeitos Paulo Maluf e Celso Pitta, de 1993 a 2000.

Fonte: *Marsiglia RMG (org.) Integralidade e Atenção Primária em Saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 2008. Disponível em: <http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>*

- 50. Reynaldo Ramos** (Pilar, Alagoas, 11.10.1920 – São Paulo, SP, 19.09.1990). Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (1944). Sanitarista formado pelo Curso Regular de Higiene e Saúde Pública, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, com apoio de bolsa do SESP. Doutor em 1950 pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. Participou em 1950 do Terceiro Curso Internacional de Organização e Administração de Hospitais, no Rio de Janeiro, promovido pela Repartição Pan-Americana e pela Associação Inter-Americana de Hospitais. Foi sócio fundador da Associação Paulista de Saúde Pública.

Fonte: Sá ENC. Reynaldo Ramos. *Rev. Saúde públ. São Paulo*, 25(5), 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/01.pdf>

- 51. Relatório Dawson.** Considerado um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar políticas públicas de saúde com a criação de Sistemas Nacionais. Pode-se considerar que as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, aprovado pela Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, filiam-se a essa tradição. Alguns desses conceitos posteriormente serviriam de base para o SUS – o funcionamento em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e na territorialização, a integração sanitária da clínica e da saúde pública e a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade.

Fonte: *Campos GWS. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Saúde Pública. 2006; 40(1): 34-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100006*

- 52. Roberto Gouveia** (Ituiutaba, MG, 6.6.1955). Formado em Medicina pela Universidade de São Paulo e sanitarista pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Iniciou sua militância política ainda quando estudante, combatendo a ditadura militar e atuou intensamente nos movimentos sociais e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi um dos fundadores do Partido dos Trabalhadores (PT) e deputado estadual em São Paulo por quadro mandatos (1987-1990, 1991-1994, 1995-1998 e 1999-2002). Na Câmara dos Deputados foi membro titular e primeiro vice-presidente da Comissão de Seguridade Social e Família e membro suplente da Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior, durante o mandato de 2003 a 2007.

Fonte: *Roberto Gouveia. Disponível em: http://www3.al.sp.gov.br/historia/constituente-estadual-1988-89/constituente/deputados/PT-ROBERTO_GOUVEIA.html*

- 53. Rodolfo dos Santos Mascarenhas** (São José dos Campos, SP, 8.6.1909 – São Paulo, SP 6.7.1979) Médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1932. Regressou logo à terra natal para exercer a clínica geral e a especialidade em tuberculose, quando foi nomeado Prefeito Municipal, em 1937; naquela ocasião revelou tendência para a administração e Saúde Pública. Em 1937 foi convidado para fazer o Curso de Saúde Pública do antigo Instituto de Higiene e em 1939 passou a frequentar também a Escola Livre de Sociologia e Política. Atuou até 1943 no Departamento de Saúde do Estado e foi para Universidade de Yale, nos EUA por onde se doutorou em 1945. Ao retornar foi convidado por Geraldo de Paula Souza para exercer o cargo de professor adjunto da disciplina de Técnica de Saúde no Instituto de Higiene. Em 1953, tornou-se catedrático e substituiu Paula Souza que morreu em 1951. Foi diretor da Faculdade de Saúde Pública de 1965 a 1972 e em seguida, voltou a atuar no serviço público

ao assumir a Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde, na segunda administração Walter Leser (1975-1979). É considerado como o mentor de várias iniciativas de reforma da Secretaria e foi um dos criadores da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP).

Fonte: *Bonfim JRA; Bastos S. Cap II. Índice anotado de personagens, instituições, fatos históricos e científicos referidos na Parte I e sua bibliografia. Em: Bonfim JRA, Bastos S (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.*

- 54. Ruy Laurenti** (Rio Claro, SP, 15.8.1931). Médico pela Universidade de São Paulo (1957). Foi agraciado com o título de Professor Emérito da USP. Atualmente é docente permissionário – Colaborador Sênior da USP. É também professor da Universidade do Sagrado Coração. Tem experiência na área da Saúde Pública, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos temas: epidemiologia, mortalidade, saúde materna, estatísticas de saúde e classificações internacionais de doenças e problemas de saúde. É diretor do Centro Colaborador da OMS para a família de classificações internacionais, na Faculdade de Saúde Pública da USP, que fundou em 1976. Foi diretor da FSP-USP e na universidade, pró-reitor de Cultura e Extensão, vice-reitor (1990-1994), reitor (agosto-novembro de 1993) e ouvidor-geral (2001-2010). Membro Titular da Academia de Medicina de São Paulo desde 1999.

Fonte: a) *Plataforma Lattes: Ruy Laurenti. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/8145305733993970>*

b) *Academia de Medicina de São Paulo. Ruy Laurenti. Disponível em: <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/249/BIOGRAFIA-RUY-LAURENTI.pdf>*

- 55. Samuel Barnsley Pessoa** (São Paulo, 1898 -1976). Conhecido como o médico dos camponeses, Samuel foi médico sanitarista e um dos maiores cientistas nas áreas da Saúde Pública e Parasitologia. Autor de mais de 300 trabalhos científicos em estudos epidemiológicos das

doenças endêmicas das comunidades rurais brasileiras, entre elas as obras mais famosas: Parasitologia Médica, Endemias Parasitárias da Zona Rural Brasileira e a monografia escrita com Mauro Pereira Barreto sobre Leishmaniose Tegumentar Americana. Em 1925 frequentou o Curso de Especialização em Malária, sob a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública. À convite da Sociedade das Nações foi para a Europa em 1927, onde percorreu os serviços antimaláricos da Iugoslávia e frequentou institutos científicos da Itália e Espanha. Na Alemanha, fez um curso de Patologia Exótica e Parasitologia Médica. Em 1928 trabalhou no Laboratório de Parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. Já no início da sua carreira estava evidente uma preocupação constante com as endemias do país. Um de seus primeiros trabalhos referia-se a ancilostomose, doença cuja gravidade foi transmitida na forma literária por Monteiro Lobato, na conhecida figura do «Jeca Tatu». Em 1931, é nomeado professor catedrático de Parasitologia (USP) depois de apresentar 51 trabalhos referentes à Protozoologia, Malariologia, Helmintologia, Entomologia, Micologia e Bacteriologia, Higiene e Patologia Geral. Em 1940, realizou a primeira experiência de campo em Presidente Prudente (SP), cujo resultado permitiu ao professor Wilson Mayrink e sua equipe o desenvolvimento da vacina contra a leishmaniose. Estudou as endemias prevalentes no país, também, e especialmente, as transmitidas através de vetores, como esquistossomose, doença de Chagas, filariose, malária, etc. Outra de suas obras relevantes é Ensaio Médico-Sociais, de 1960, ampliada em 1978, com organização e prefácio de José Ruben de Alcântara Bonfim e David Capistrano da Costa Filho, com depoimentos de seus discípulos, muitos cientistas que foram para o exílio, com o golpe civil-militar de 1º de abril em 1964 (2ª edição. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1978, 3ª edição, fac-símile, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983. **Fonte:** Samuel Pessoa – *O médico dos camponeses*. Disponível em: <http://www.anovademocracia.com.br/no-27/555-o-medico-dos-camponeses>

Consulte: a) A edição de Ensaio Médico-Sociais: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Ensaio-medico-sociais.pdf>

b) Hochmann G. Vigiar, e depois de 1964, Punir: sobre Samuel Pessoa e o Departamento Vermelho da USP. *Cienc. Cult.* 2014;66(4):26-31. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n4/a11v66n4.pdf>

56. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Criada em 1947, por desmembramento da Secretaria que incluía educação e saúde, herdando a estrutura do Departamento de Saúde, que fragmentava as atividades por subordiná-las a órgãos autônomos que não mantinham entre si nenhuma coordenação. A ‘reforma administrativa do Dr Leser’ criou condições e normas para assegurar a descentralização executiva, a regionalização e a integração, nos 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. Na nova estrutura, todos os órgãos executivos ficaram subordinados a quatro coordenadorias (Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Saúde Mental e Serviços Técnicos Especializados); além disso, foi criado o Instituto de Saúde para avaliação crítica de desempenho de programas, cabendo-lhe, ainda, propor modificações que fossem consideradas convenientes e experimentá-las em Centro de Saúde para isso designado. Em 1997, o Instituto de Saúde homenageou Dr. Leser, dando o seu nome ao auditório em sua sede. O projeto de reforma foi elaborado com a participação de um grupo de experientes sanitaristas (Humberto Pascale, Toledo Piza, Rodolfo Mascarenhas, Morato Proença, Vitor Homem de Mello, Luiz Maragliano e outros) que discutiram diferentes modelos pelos quais seria possível alcançar os propósitos visados. Além disso, o Grupo Executivo da Reforma Administrativa, da Secretaria da Fazenda, comandada pelo Arrobas Martins, designou a então técnica em administração Evelyn Castro Sá, para dar assessoramento na sua especialidade.

Fonte: Bonfim JRA, Bastos S. (orgs.). *Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.*

57. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (São Paulo, SP, 2.8.1946-1.5.1996). Foi professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e formulou o conceito de processo de trabalho em saúde. Principal obra: “Tecnologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo” (São Paulo: Hucitec; 1994 [Saúde em Debate 76]).

Fonte: Ayres JRCM. *Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3): 905-912, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00905.pdf

58. Sebastião Moraes (Itu, SP, 6.12.1928–10.10.1987). Designa o COSEMS/SP que recebeu seu nome quando era Associação Paulista de Secretários Municipais de Saúde “Dr. Sebastião de Moraes”. Foi Secretário Municipal de Saúde de Campinas e Itu, defensor do municipalismo da saúde. A Associação permaneceu com este nome de 1988 a 1994, quando passou a se chamar Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo “Dr. Sebastião de Moraes”.

Fonte: <http://www.cosemssp.org.br/quem-somos/30/quem-somos.html>

59. Seminário de Viña Del Mar. Realizado de 10 a 15.10.1955, em Viña Del Mar, Chile, sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) teve participação de 58 diretores e professores de medicina preventiva e social de faculdades e escolas médicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Na ocasião havia 78 escolas de medicina na América Latina, das quais 26 faculdades no Brasil. Os temas tratados foram: I- Programa e métodos de ensino de medicina preventiva; II- Organização do Departamento de Medicina Preventiva. A formação e as funções do pessoal docente; III- Relações com outros departamentos da escola médica; IV – Papel do Departamento de Medicina Preventiva nas atividades dos serviços de saúde e vive versa.

Fonte: Bonfim JRA, Bastos S. (orgs.). *Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.*

60. Serviço Sanitário de São Paulo. A organização do Serviço Sanitário de São Paulo começa nos albores da República, com o Estado de São Paulo sob a presidência de Américo Brasiliense de Almeida Mello, quando foi instituída a Lei nº 12, de 28.10.1891, regulada pela Lei nº 43, de 18.07.1892, com o Estado sendo governado pelo vice-presidente José Alves de Cerqueira César. Mas as atividades sanitárias precursoras só foram exercidas desde 30.01.1884 pelo médico Marcos de Oliveira Arruda nomeado pelo Barão de Guajará (Domingos Antônio Raiol, 1830–1912), presidente da Província.

Fonte: *Bonfim JRA, Bastos S (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.*

61. Walter Sidney Pereira Leser (São Paulo, SP, 15.11.1909 – 15.7.2004). Médico pela Universidade de São Paulo (1933) e Secretário de Saúde do Estado de São Paulo por duas administrações, 15.03.1967 a 15.03.1971 e 15.03.1975 a 15.03.1979, responsável pela reforma administrativa da Secretaria de Saúde e criação e consolidação da carreira de médico sanitário. Atuou na erradicação da varíola e na reforma de métodos de controle da lepra (redesignada hanseníase) e na reforma da legislação sanitária. Enfrentou as epidemias de meningite meningocócica e a de encefalite viral no litoral paulista, em 1975, realizando seus controles; e criou o Centro de Informações de Saúde (CIS). Foi homenageado pela APSP em 1979, com o título de sanitário do ano e recebeu a medalha Geraldo de Paula Souza.

Fonte: *Bonfim JRA, Bastos S. (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.*

62. Zilah Altair Wendel Abramo (São Paulo, SP, 16.12.1926). Fez Curso de Ciências Sociais, concluído na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP em 1947. Dedicou-se à Administração de Pessoal, área de Recursos Humanos. Foi professora da Universidade de Brasília, departamento de Administração (1962-1964); participação na equipe de planejamento e execução da Reforma Administrativa do

Estado da Bahia (1965-1983); assessoria (na área de Funcionalismo e Administração) prestada à bancada do Partido dos Trabalhadores na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo (1983-1996). Vice-diretora da Fundação Perseu Abramo (1996-2003), e a partir daí presidente do Conselho Curador da Fundação Perseu Abramo. Militante do Partido Socialista brasileira (PSB) nos anos 1950; participante do grupo de mães em apoio ao movimento estudantil dos anos 1970; do Comitê Brasileiro de Anistia (CBA-SP), durante a campanha de Anistia (1978-1980); e da campanha de apoio aos metalúrgicos durante as greves de 1978-1980; Fundadora e militante do Partido dos Trabalhadores de fevereiro de 1980 até o momento.

Fonte: *Bonfim JRA, Bastos S. (orgs.). Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.*

Considerações finais

Silvia Helena Bastos de Paula

A concepção de Atenção Primária de Saúde (APS) contida na Declaração de Alma-Ata (1978) embora seja ampliada e integral no sentido de garantia da universalidade e do direito à saúde, com as reformas nos sistemas de saúde dos anos de 1980 e 1990, o Brasil seguiu correntes internacionais e estímulos de organismos como OPAS, Kellogs e Banco Mundial para induzir a adoção desse modelo, compreendido como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade para populações de baixa renda, com vistas a reduzir os efeitos das desigualdades sociais e econômicas. Nesse sentido, o país adotou o termo Atenção Básica com o objetivo de diferenciá-la de propostas que reduziriam o potencial da APS a uma cesta básica de serviços. Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) adota os termos “atenção básica” e AP em suas concepções, que são consideradas pela maioria como equivalentes.

As memórias recuperadas neste estudo sobre a Atenção Básica permitiram conhecer as ideias e os ideais que resistem até hoje, porém, sem a ilusão de que seja essa a estratégia mais perfeita ou a única forma de se fazer atenção na base territorial, e de prestar cuidado longitudinal culturalmente aceitável. Tampouco se acredita que esta é a única forma de organizar os níveis de atenção local para construir a saúde de forma global.

São muitas as barreiras não eliminadas ao longo desses mais de 35 anos, seja pela falta de conhecimento, de recursos para pagar por esse modelo, por barreiras sociais, culturais e geográficas, distúrbios climáticos, tragédias naturais, fluxos migratórios por conflitos, fuga por perseguições étnicas ou religiosas. Essas são situações cada vez mais frequentes mesmo no mundo que se diz globalizado, mas que padece da “aculturação hegemônica”.

Essas questões estão no Estado de São Paulo e, nas portas dos serviços, o que se pode verificar, pelos indicadores de saúde, que mesmo dian-

te das melhorias que foram feitas é possível presenciar a precariedade dos atendimentos, a falta de informações e até de não aceitação por parte da sociedade de regras básicas sobre como utilizar o sistema de saúde.

Entre o realizado e o que está por fazer, os desafios são: o financiamento em vias de choque com os próprios princípios de SUS; o distanciamento ainda presente entre o nível central e as realidades das regionais de saúde, mesmo diante das buscas de aproximação e das estratégias de apoio a essas instâncias; as Redes Regionais de Atenção à Saúde; a diversidade de estratégias de Atenção Básica; e as disparidades entre municípios de grande, médio e pequeno portes.

Permanecem como desafios a Rede de Saúde Mental, o acesso às especialidades médicas e o trabalho matricial com a Estratégia Saúde da Família. Equacionar a parceria com Universidades, Fundações e Organizações Sociais como cogestores da Atenção Básica, que hoje chega a romper princípios do SUS em atenção à cultura organizacional desses parceiros e em detrimento do interesse público e da própria política de saúde.

As agendas sem espaço, os retornos em tempos que rompem com a efetividade da atenção e a ausência de recursos para compor as redes e linhas de cuidados, bem como a resistência de entidades médicas em assumir postos descentralizados no território o que provoca a falta de vínculo de profissionais que buscam sua carreira em meio que lhes proporcionem prestígio e ganhos financeiros que a carreira pública não pode oferecer. Essas são faltas estruturais primárias, as quais dificultam a implementação plena da Atenção Básica de Saúde em São Paulo e no país.

Enfim, depois de leituras idas e vindas nas transcrições das narrativas, o que se apresenta é um esforço de sistematização das histórias generosamente compartilhadas pelos entrevistados com os pesquisadores que participaram dessa pesquisa. Há muito a investigar sobre o dito e sobre o não dito, sobre o que há por trás de acontecimentos tão intensos na vida dessas pessoas deste estado e deste país que repercute até os nossos dias na vida de todos.

Relação dos entrevistados

- I. Almeida, Eurivaldo Sampaio de.** Entrevista concedida a Silvia Helena Bastos de Paula e a Carla Muller Batisteli Barros pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 21 de agosto de 2014. São Paulo, 2007. 12p.
Médico pela Universidade do Pará (1963), especialista pelo III Curso de Planejamento da Faculdade de Saúde Pública (1970), doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (1974). Médico sanitарista, compôs a equipe do Dr. Walter Leser na Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde e foi Diretor do Departamento de Saúde Comunitária da SES-SP tendo realizado mudanças significantes na organização de serviços. Professor da Faculdade de Saúde Pública, atualmente aposentado como professor titular do Departamento de Práticas de Saúde Pública da USP.
- II. Bonfim, José Ruben de Alcântara.** Entrevista concedida a Maria Lima Salum e Moraes e Silvia Helena Bastos de Paula pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 28 de março de 2007. São Paulo, 2007. 30p.
Médico pela Universidade Federal de Pernambuco (1973), Doutor pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2015), mestre em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2006). Médico III SES/SP, Médico SMS/SP, Conselheiro da APSP (2011-2013).
- III. Botazzo, Carlos.** Entrevista concedida a Olga Sofia Fabergé Alves e Maria Aparecida Muniz pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 4 de abril de 2007. São Paulo, 2007. 36p.
Graduado pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, em 1971, exer-

ceu a clínica pública e privada durante 15 anos. A partir de 2009 foi comissionado, a pedido, no Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Em 2012 tornou-se Livre Docente pela Universidade de São Paulo, na disciplina de Ciências Sociais em Saúde. Em 2013, foi aprovado em concurso docente no Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em pesquisa qualitativa, atuando principalmente nos seguintes temas: Sistema Único de Saúde, Interdisciplinaridade, Cidadania e Produção da Saúde.

- IV. Campos, Gastão Wagner de Sousa.** Entrevista concedida a Maria Lima Salum e Moraes, Maria Aparecida Muniz e Ana Luiza Oliveira pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 25 de abril de 2007. São Paulo, 2007. 37p.

Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília (1975), especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1977), mestre em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1986), doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1991). Professor titular da Universidade Estadual de Campinas, Membro do corpo editorial dos periódicos Trabalho, Educação e Saúde e Ciência & Saúde Coletiva.

- V. Carvalho, José da Rocha.** Entrevista concedida a Sílvia Helena Bastos de Paula pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 12 de setembro de 2007 São Paulo, 2007. 11p.

Médico pela Universidade de São Paulo (1961); Professor da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto desde 1963, onde obteve os títulos de Doutor em Parasitologia (1970) e, posteriormente, sempre no Departamento de Medicina Social, Livre Docente (1975), Professor Adjunto (1980) e Professor Titular (1987). Assessor da OMS e membro de Comitês Técnicos desde 1999, em especial do

Comitê de Vacinas de HIV/aids (2000/01) e do Comitê de Registro de Ensaio Clínicos (2006/08).

- VI. Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira.** Entrevista concedida a Maria Thereza Bittencourt Pavão ao Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 8 de maio de 2007. São Paulo, 2007. 22p.

Graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (1974), especialização em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1977), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1993) e Livre-Docência em Política Planejamento e Gestão em Saúde pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (2007). Lidera o grupo de pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde e coordena a disciplina Política, Planejamento e Gestão do Departamento de Medicina da Unifesp.

- VII. Di Lorenzo, Rosicler Aparecida Viegas.** Entrevista concedida a Maria Lúcia Barros Mott de Melo Souza pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 10 de abril de 2007. São Paulo, 2007. 23p.

Médica sanitarista. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da USP. Atuou na Secretaria de Saúde de São Paulo na Coordenadoria de Planejamento em Saúde, em 1996. Supervisora da Associação Saúde da Família.

- VIII. Dimitrov, Pedro.** Entrevista concedida a Maria Lima Salum e Moraes e Maria Thereza Bittencourt Pavão pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 25 de abril de 2007. São Paulo, 2007. 40p.

Graduado em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (SP) em 1971, onde fez residência em Saúde Pública no ano seguinte. Tem especialidade em Saúde Pública (1973), Medicina do Trabalho (1973) e Planejamento do Setor de Saúde (1975), todas na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de

São Paulo; nesta instituição também fez mestrado (1976) e doutorado (1983) – “Estudo da evolução do Instituto Butantan através da aplicação da Técnica de Programação do Setor Público”. Nos dias de hoje atua no Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo.

- IX. Donato, Ausonia Favorido.** Entrevista concedida a Maria Lima Salum e Morais, Maria Aparecida Muniz e Ana Luiza Oliveira pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 25 de maio de 2007. São Paulo, 2007. 28p.

Pedagoga pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (1969) e psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica (1980), mestre (1972) e doutora (2000) pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Atua desde 1969 como educadora em Saúde Pública na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Tratou, entre outros temas, dos aspectos educativos da Campanha de Erradicação da Varíola em todo o Estado. Atualmente é assessora pedagógica para os projetos do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e colabora no Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

- X. Guedes, José da Silva.** Entrevista concedida a Maria Lima Salum e Morais, Olga Sofia Fabergé e Maria Thereza Bittencourt Pavão, Ana Luiza Oliveira e Thatiane Tioko de Silva Tanaka pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 21 de maio de 2007. São Paulo, 2007. 34p.

Nasceu em São Paulo - SP (10.2.1936). Médico pela Universidade de São Paulo (USP) em 1961. Especialista em Higiene e Saúde Pública pela USP em 1963. Doutor em Saúde Pública pela USP em 1973. Atualmente é professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Foi presidente do Conselho Deliberativo da Associação Paulista de Saúde Pública na 4ª Diretoria de 1979-1980.

- XI. Guimarães, Naelson Correia.** Entrevista concedida a Maria Lúcia Barros Mott de Melo Souza pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 26 de junho de 2007. São Paulo, 2007. 40 p.

Nascido em 6 de maio de 1921 na cidade de Amaragy (PE), morreu em São Paulo (SP) em 1º de agosto de 2013. Filho de uma família de lutadores das causas sociais, na juventude foi para o Ceará, onde se aproximou das causas dos trabalhadores tecelões, movimento sindical e do Partido Comunista. Veio do Rio de Janeiro para São Paulo em 1969 fugindo da repressão. Desde 1982 se engajou como ativista pela saúde e pelos direitos de cidadania dos paulistanos em defesa do SUS; militante do Movimento Popular de Saúde de São Paulo; Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (1993-2002), membro o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

- XII. Heimann, Luiza Sterman.** Entrevista concedida a Maria Lima Salum e Moraes pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 23 de abril de 2007. São Paulo, 2007. 15p.

Graduou-se em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1973), Master in Public Health - Harvard University (1978) e mestrado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (1984). Médica sanitarista no Instituto de Saúde - SES/SP, tem experiência na área de Saúde Coletiva, é líder do grupo de pesquisa em Serviços e Sistemas de Saúde com as linhas de Avaliação em Saúde e Políticas Públicas e Sistemas de Saúde. Tem trabalhado nos seguintes temas: equidade em saúde, descentralização, condições de vida e políticas de saúde, modelos de gestão de serviços e sistemas de saúde.

- XIII. Ibañez, Nelson.** Entrevista concedida a Maria Lúcia Barros Mott de Melo Souza pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 8 de junho de 2007. São Paulo, 2007. 33p.

Nasceu em 15 de julho de 1948, na cidade de São Paulo. Médico pela Faculdade de Medicina de Sorocaba (1972), mestrado (1981)

e doutorado (1990) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Livre Docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1994). Atualmente é professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e médico sanitário do Governo do Estado de São Paulo.

- XIV. Kayano, Jorge.** Entrevista concedida a Olga Sofia Fabergé Alves pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 13 de junho de 2007. São Paulo, 2007. 21p.

Médico pela Universidade de São Paulo, médico sanitário do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisador do Instituto Pólis - Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais. Tem experiência na área de administração, com ênfase em política e planejamento governamentais, atuando principalmente nos seguintes temas: equidade em saúde, participação, condições de vida, gestão municipal, indicadores sociais, controle social do orçamento público, direitos da criança e do adolescente.

- XV. Moraes, Maria de Lima Salum e.** Entrevista concedida a Maria Lúcia Barros Mott de Melo Souza pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 27 de junho de 2007. São Paulo, 2007. 23p.

Psicóloga, formada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 1971. Mestre (1980) e doutora em Psicologia (2004), pelo mesmo Instituto. Trabalhou em escolas de educação infantil e de ensino fundamental de 1978 a 1987. Foi psicóloga na Secretaria Municipal de Saúde de 1978 a 1998, tendo trabalhado principalmente na Atenção Básica. Desde 2004 é Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

- XVI. Réa, Marina Ferreira.** Entrevista concedida a Belkis Vinhas Trench e Maria Aparecida Muniz pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 18 de maio de 2007. São Paulo, 2007. 21p.

Professora colaboradora voluntária do Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP – responsável por Disciplina sobre Aleitamento Materno. Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1972), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1981) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1989); pós-doutorado pela Columbia University, NY, EUA. Membro do Grupo de Pesquisa sobre Segurança Alimentar, Saúde e Nutrição (Diretório Lattes) do Departamento de Medicina Social da FCM-UNICAMP.

- XVII. Santos, Nelson Rodrigues dos (Nelsão).** Entrevista concedida a Maria Lúcia Barros Mott de Melo Souza pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 9 de junho de 2007. São Paulo, 2007. 28p.

Médico sanitarista, Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina de 1970-1976, Secretário Municipal de Campinas de 1983-1988, Presidente do Conass de 1989-1990, Coordenador da Secretaria da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (1997-2002) e Professor de Medicina Preventiva da Unicamp; foi Diretor de Articulação Inter e Intra-setorial para a Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

- XVIII. Santos, Rosa Maria Barros.** Entrevista concedida a Silvia Helena Bastos de Paula pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 4 abril de 2007. São Paulo, 2007. 26p.

Médica pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), formando-se em 1975. Especialista em Saúde Pública, na USP (1976), Sanitarista da SES/SP, por concurso público, no mesmo ano. Exerceu o cargo de Diretora Técnica de vários Distritos de São Paulo. Em 1996 foi uma das autoras do Projeto Qualis e coordenou a sua implantação do Programa Saúde da Família (Qualis – PSF), no município de São Paulo. Trabalhou como Coordenadora da Aten-

ção Básica no município de SP e no Estado de SP, nos anos de 2005 e 2007, respectivamente, incentivando a expansão do PSE.

- XIX. Seixas, José Carlos.** Entrevista concedida a Maria Lima Salum e Moraes pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 31 de maio de 2007. São Paulo, 2007. 15p.
(Marília, SP, 19.12.1937). Formado pela Faculdade de Medicina de São Paulo em 1963; especialista em Saúde pela Faculdade de Saúde Pública de Universidade de São Paulo (USP) em 1965; em Administração Hospitalar em 1974. Instrutor da Cadeira de Técnica de Saúde Pública da Faculdade de Higiene, depois Departamento de Prática de Saúde Pública, desde 17.7.1964. Médico do Hospital de Isolamento Emílio Ribas desde 12.4.1966. Foi docente de Medicina Preventiva e Social, em 1966-1968, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Representou a FHSP no Grupo de Planejamento Setorial da Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social a partir de 9 de março de 1967. Foi Coordenador da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados e da Coordenadoria da Saúde da Comunidade em 1969-1973 e da Saúde da Comunidade em 1980-1981. Professor assistente doutor da Faculdade de Saúde Pública desde 27/6/1973. Atuou no Ministério da Saúde como secretário geral em 1974-1978 e como secretário nacional da Atenção Básica de Saúde em 1979, no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) da Secretaria de Planejamento da Presidência da República em 1981-1982. Exerceu a chefia de Gabinete do Ministério da Saúde em 1989-1990; a secretaria-executiva do Ministério da Saúde em 1992, 1995-1996 e foi ministro da Saúde de 6 de novembro a 13 de dezembro de 1996. Há muitos anos, incluindo 2015, atua na administração central da Secretaria de Estado da Saúde.
- XX. Souza, Luiz José.** Entrevista concedida a Maria Lúcia Barros Mott de Melo Souza pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 15 de junho de 2007. São Paulo, 2007. 28p.

Nasceu em Petrolina (PE), em 7 de abril de 1949, reside na cidade de São Paulo-SP desde 1969, no bairro de Pirituba, é técnico de telecomunicações aposentado e desde o nascimento de seus filhos (1981) percebeu a deficiência de serviços de saúde na região onde morava, Taipas, na região noroeste. Tornou-se uma liderança no movimento popular de saúde (1986), onde lutou pela instalação de postos de saúde, entre eles o Posto de Saúde União da Vila de Taipas e do Hospital Geral de Taipas. Foi o primeiro Conselheiro Popular de Saúde da Região Noroeste (1987) e até maio de 2015 é conselheiro de saúde do Conselho Estadual de Saúde onde representa o segmento dos usuários.

- XXI. Viana, Ana Luiza d'Ávila.** Entrevista concedida a Olga Sofia Fabergé Alves e Maria Thereza Bittencourt Pavão pelo Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo em 4 de abril de 2007. São Paulo, 2007. 28p

Professora doutora no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) com experiência na área de Análise de Políticas Públicas. Atua principalmente nos seguintes temas: Política de Saúde, Economia Política da Saúde e Saúde e Desenvolvimento. Possui doutorado em Economia pela Universidade Estadual de Campinas/SP (1994), mestrado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas/SP (1981) e graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Cândido Mendes/RJ (1974).

ANEXO 1

Notas sobre o caminho metodológico

Justificativa

O surgimento do conceito de Atenção Primária em Saúde é uma questão controvertida. Para alguns estudiosos teria aparecido já nos anos 1950, para outros, no final dos anos 1970. A proposta teve grande repercussão a partir da Conferência de Alma Ata (1978), em diferentes países, inclusive no Brasil, possibilitando e inspirando mudanças nas políticas de Saúde, a reestruturação do setor e organização dos serviços de Saúde, medidas estas que tiveram impulso com o Movimento de Reforma Sanitária.

Conforme se sabe a Memória é um elemento essencial do que se costuma chamar de identidade individual ou coletiva, cuja busca é uma das atividades fundamentais dos indivíduos e das sociedades. É fruto da ação social de grupos e de indivíduos. Já a História é o direito ao conhecimento do passado. Não pode ser desprezado o caráter instrumental. Nesse último sentido, a História é uma parceira de primeira hora seja por fornecer ferramentas para pensar as políticas de saúde, como por informar e fornecer elementos para a análise dos diferentes discursos e práticas. A pesquisa histórica possibilita ainda subsidiar propostas, estratégias, apontando direções, iluminando caminhos, corrigindo, agilizando e avaliando as ações dos gestores.

O propósito inicial deste estudo foi contribuir para o desenvolvimento e promoção de uma rede de fontes de informação sobre da Atenção Básica de Saúde em âmbito nacional, por meio da criação de uma Biblioteca Virtual em Saúde. Mas mudanças no contexto levaram à necessidade de redimensionamento dos objetivos, ainda que o propósito tenha sido preservado em parte. E se conseguiu elaborar um acervo de depoimentos sobre implantação e trajetória da AB em São Paulo (História Oral) destinado a Pesquisadores e gestores da Secretaria da Saúde; pesquisadores e público em geral.

Buscou-se um tipo de estudo que pudesse dar conta de responder perguntas sobre o desenvolvimento atenção básica em São Paulo e, por conseguinte do Brasil. Utilizou-se um estudo do tipo exploratório, com a intenção de se ter maior compreensão sobre a realidade das políticas de Saúde Pública, procurou-se reunir informações sobre antecedentes das políticas de Saúde, os movimentos e legislação sobre Modelos de atenção e sua evolução até Alma-Ata. Assim a experiência de organizar uma reforma cujas bases doutrinárias estavam em desacordo com o poder vigente no país foi recuperado por meio de pesquisa qualitativa e entrevistas de História Oral.

Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2004)¹, possibilita conhecer e responder a questões que não podem ser quantificadas, se aprofundando no mundo do significado das ações, vivências, experiências e relações pessoais.

Para Meihy (2007)², a História Oral também possibilita aos participantes da pesquisa trazer à tona suas experiências com relação a um fenômeno social e privilegia a recuperação do vivido conforme as memórias e associações únicas de quem viveu essa experiência. Para o pesquisador, a História Oral temática e por meio de cada narrativa, o entrevistado evoca sua própria vida, naquele período específico e a um só tempo o que viveu até os dias atuais, e seus valores e as experiências sociais que influíram no curso de sua vida. Pela narrativa o entrevistado permite investigar experiências particulares, pontos de vista singulares, experiências particulares, compreender a sociedade através do indivíduo que nela vive, de grupos sociais e de outros fenômenos baseados nos depoimentos daqueles que vivenciaram o fato.

As técnicas de coleta de dados foram variadas, como entrevistas, análise de documentos. Quanto à pesquisa documental, foi utilizada com

1 Minayo M C S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde – São Paulo: Hucitec, 8. ed., 269 p. 2004.

2 Meihy, JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto: 2007.

o propósito de identificar dados e datas e a fim de realizar a caracterização social dos participantes da pesquisa, o que foi possibilitado pela análise documental do processo e as principais fontes foram: levantamento de documentos antigos, pesquisa em meio eletrônico nos sites da Assembleia Legislativa, Fundação Oswaldo Cruz, Governo Federal, FUNASA – Fundação Nacional de Saúde, entre outros, pesquisa em material físico nas bibliotecas da Secretaria de Estado de Saúde, Faculdade de Saúde Pública e do Instituto de Saúde.

Entrevistas

Foram realizadas 20 entrevistas com uso de roteiro (Anexo 3) e os participantes indicados por pessoas-chave por “bola de neve” e considerando os critérios de inclusão: gestor ou ex-gestor por considerarmos que são responsáveis diferenciados na proposição, implantação e implementação de programas e políticas de saúde; militante ou ativista de movimentos sociais por serem parte relevante na conjunção de esforços da sociedade pela redemocratização; ter participado diretamente de momentos marcantes do processo de criação da rede básica; representação intelectual ou ativismo na formulação das bases doutrinárias da reforma sanitária.

Método da História Oral

A História Oral é um conjunto de procedimentos que na primeira fase se elabora um projeto seguido do estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas, prevendo, dentro do projeto, o planejamento da condução das gravações, tempo de duração e demais fatores ambientais, transcrição, autorização para o uso, arquivamento e publicação dos resultados, que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que concedeu as entrevistas. A terceira fase corresponde à análise do material escrito. De acordo com Meihy (2007), a História Oral pode ser utilizada como técnica, método ou mesmo disciplina. Seu uso como técnica signi-

fica que a entrevista é um coadjuvante para outros métodos. Se adotada como método, a História Oral privilegia as narrativas. Quanto aos passos, o método da História Oral consiste na identificação dos narradores, gravação de depoimentos, narrativas pessoais, com o uso de equipamentos eletrônicos, como gravadores, captação de imagem e voz por vídeo. Pelo uso dos meios eletrônicos, a História Oral mostra as vantagens do manejo de artefatos da atualidade que têm também sentido para a produção, preservação de documentos e para as análises sociais. A definição da História Oral se dá em quatro etapas: a primeira diz respeito à elaboração do projeto, em que se devem definir critérios de procedimentos, a saber, se o mesmo se tratará de um banco de dados ou pesquisa.

ANEXO 2

Secretaria Estadual de Saúde – SES

Instituto de Saúde – IS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

Memória e História da Atenção
Básica em São Paulo

Eu, _____, recebi explicações sobre esta pesquisa e fui informado(a) de que os dados encontrados serão utilizados para realização de um estudo que tem como objetivo principal fornecer elementos para estudos sobre a Atenção Básica em Saúde no Brasil e para análise de sua trajetória ao longo do tempo. Fui informado (a) também e concordo com o fato de que, para a realização desta pesquisa, darei um depoimento oral, segundo o roteiro indicado pelo entrevistador. Concordo que tal depoimento seja gravado e transcrito. Estou ciente de que os resultados da pesquisa serão divulgados e eventualmente utilizados em estudos futuros. Minha participação na pesquisa não implicará em qualquer forma de vantagem ou sanção no meu exercício profissional. Recebi também a informação de que tenho os seguintes direitos: liberdade de interromper minha participação na pesquisa, em qualquer momento em que achar necessário; o de conhecer os resultados da pesquisa; e que nenhum serviço ou pagamento será oferecido em decorrência da minha participação.

São Paulo, ___/___/2007.

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Eu,, confirmo que informei e
(*nome do(a) entrevistador(a)*)

Expliquei ao(à) entrevistado(a) o conteúdo deste documento.

Assinatura do(a) entrevistador(a): _____

Para esclarecimentos: Maria de Lima Salum e Moraes (Instituto de Saúde)
R. Santo Antônio, 590, 3º andar - tel: (11)3293 -2313 - segunda a sexta-
-feira - das 10 às 16 horas.

Observação: documento em duas vias - uma via do(a) pesquisador(a) e
outra do(a) entrevistado(a).

ANEXO 3

Roteiro de Entrevista

I. Perfil do Entrevistado: *(com gestores, ex-gestores, formuladores de conhecimento e de políticas que participaram da Saúde Pública).*

II. Aspectos conceituais

- 1 - Qual a diferença do termo Atenção Primária e Atenção Básica?
- 2 - Quando teria surgido termo e o conceito e qual a denominação atual?
- 3 - Por quais transformações passou o conceito de Atenção Primária no Brasil (em particular São Paulo)? Indique a cronologia dessas transformações (ações, metas)

III. Aspectos de Memória e História

- 4 - Quais as particularidades da Atenção Básica em relação às políticas anteriores de saúde?
- 5 - Qual o contexto de surgimento da atenção básica em saúde no estado de São Paulo? São Paulo teve um papel de destaque
- 6 - Quem foram os principais atores da implantação?
- 7 - Quais foram os objetivos das políticas de atenção primária (AP) em saúde desde o surgimento?
- 8 - O que significaram as políticas e ações de atenção primária em termos de inovação?
- 9 - Qual o papel representado pelos diversos grupos sociais nas diferentes etapas?
- 10 - Quais os principais atores sociais (entidades, organizações) envolvidos na formulação e implantação de políticas de AP?
- 11 - Quais os principais obstáculos (econômicos, políticos e técnicos) para a implantação dessas políticas?

- 12 - Em sua opinião, quais foram as vozes divergentes e/ou elementos que provocaram rupturas nos processos de implementação dessas políticas?
- 13 - Como o sr. (a) relaciona a trajetória da atenção primária com a dos demais níveis de atenção? Em sua opinião, quais as relações entre os níveis de atenção?
- 14 - Qual o impacto da regionalização dos serviços de saúde sobre a política e ações da Atenção Primária de Saúde?
- 15 - Qual sua trajetória pessoal (papéis representados) dentro desse panorama histórico?

ANEXO 4

Legislação Seleccionada para o estudo da Atenção Básica (1967-2014)

1967

Decreto nº 48.040, de 1º de junho de 1967. Cria o Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Serviço Público Estadual e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOE) de 2 de junho de 1967. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=86528>

Decreto nº 48.132, 20 de junho de 1967. Aprova normas relativas à execução de projetos de reforma administrativa. Publicado no DOE de 21 de junho de 1967. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=86620>

Decreto nº 48.206, de 7 de julho de 1967. Cria o Grupo Executivo da Reforma Administrativa (GERA) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1967/decreto-48206-07.07.1967.html>

1968

Decreto nº 50.192, de 13 de agosto de 1968. Dispõe sobre medidas para reforma administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública. Publicado no DOE de 14 de agosto de 1968. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=84946>

Decreto nº 50.596, de 29 de outubro de 1968. Dispõe sobre atribuição de competência a órgãos da Secretaria de Estado da Saúde Pública. Publicado no DOE de 30 de outubro de 1968. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=85350>

Decreto nº 50.855, de 18 de novembro de 1968. Dispõe sobre a organização das atividades de Saúde Pública na região da Grande São Paulo e

dá outras providências. Publicado no DOE de 19 de novembro de 1968. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=85609>

1969

Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. Publicado no DOE de 17 de julho de 1969. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=121283>

Decreto-lei, de 2 de outubro de 1969. Dispõe sobre a criação de cargos no quadro da Secretaria da Saúde Pública e dá providências correlatas. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=72562>

1970

Decreto nº 52.497, de 21 de julho de 1970. Aprova o regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-Lei 211, de 30 de março de 1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretária de Estado da Saúde. Publicado no DOE de 25 de julho de 1970. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=80736>

Decreto de 16 de novembro de 1970. Dispõe sobre delegação de competência na Secretaria de Estado da Saúde. Publicado no DOE de 17 de novembro de 1970. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=80054>

Lei de 14 de dezembro de 1970. Reconhece a validade do certificado de conclusão do Curso Intensivo de Saúde Pública, ministrado por escolas oficiais ou reconhecidas, nas condições que especifica. Publicada no DOE de 15 de dezembro de 1970 e retificada no DOE de 17 de dezembro de 1970. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=28233>

1974

Decreto nº 3.254, de 23 de janeiro de 1974. Reestrutura o Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, da Coordenadoria de Saú-

de da Comunidade, da Secretaria da Saúde. Revoga o Decreto nº 50.855, de 1968. Publicado no DOE de 24 de janeiro de 1974 e republicado no DOE de 1º de fevereiro de 1974. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=144786>

Lei 6.025, de 25 de junho de 1974. Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. Redefinição das atribuições do Ministério da Saúde (criado em 1953) e do recém-criado MPAS. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI1.pdf

1975

Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde. Revogada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm

Resolução SS nº 46, de 5 de setembro de 1975. Cria a Coordenação de Recursos Assistenciais à Infância (CRAI), constituída como formalização da antiga Comissão de Combate à Desidratação, criada há alguns anos, com o objetivo de conjugar esforços para o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis às entidades que prestam assistência hospitalar infantil de urgência, principalmente casos de desidratação no verão e afecções respiratórias agudas no inverno.

Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Publicada no DOU de 31 de outubro de 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm

Decreto nº 7.401, de 30 de dezembro de 1975. Regulamenta o acesso da carreira de Médico Sanitarista, da Secretaria da Saúde. Publicado no DOE de 31 de dezembro de 1975. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=149674>

1976

Decreto nº 7.555, de 9 de fevereiro de 1976. Dispõe sobre a estrutura de Unidade da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde e dá providências correlatas. Estruturou técnica e administrativamente os Distritos Sanitários e Centros de Saúde. Dentre outras providências ocorreu a elaboração e implementação de programas sistematizados a serem executados pelos Centros de Saúde, objetivando uniformidade doutrinária e de procedimentos. Publicado na Casa Civil, em 9 de fevereiro de 1976. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/214753/decreto-7555-76>

Decreto nº 8.325, de 4 de agosto de 1976. Acrescenta alíneas ao inciso I do artigo 5º do Decreto nº 7.555, de 9 de fevereiro de 1976. Publicado na Casa Civil, em 4 de agosto de 1976. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/213911/decreto-8325-76?ref=home>

Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Aprovou o Regulamento da Lei nº 6.259 (Lei de Vigilância Epidemiológica), que atribui às Secretarias de Estado da Saúde, por meio de seus órgãos específicos, a incumbência de coordenar a elaboração, implementação e operação do Sistema de Vigilância Epidemiológica nos Estados. Em São Paulo, tal responsabilidade coube ao Centro de Informações de Saúde (CIS). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/decretos/13479-78231.html>

Decreto nº 8.648, de 23 de setembro de 1976. Reestabelece os Postos de Atendimento Sanitário (PAS) – núcleo de assistência a pequenas comunidades, vinculado a um Centro de Saúde com maiores recursos – previstos na Reforma Administrativa estabelecida pelo Decreto nº 52.182/69, mas esquecidos pouco tempo depois. Publicado na Casa Civil, aos 23 de setembro de 1976. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/213507/decreto-8648-76>

1977

Decreto nº 9.802, de 17 de maio de 1977. Cria a Divisão de Ambulatórios, responsável por operar toda a rede de 23 ambulatórios da Coordenado-

ria de Saúde Mental, previstos no primeiro objetivo do Sistema Estadual de Saúde Mental, dentre outras atribuições. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=152075>

Lei Complementar nº 168, de 8 de dezembro de 1977. Cria cargos no Quadro da Secretaria da Saúde e dá providências correlatas (carreira de sanitaria). Cria Cargos para instituir a reforma administrativa da Saúde. Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, em 8 de dezembro de 1977. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/210853/lei-complementar-168-77>

1978

Declaração de Alma Ata, 1978. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaracao-Alma-Ata.pdf>

Decreto nº 12.342, de 27 de setembro de 1978. Aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-lei nº 211, de 30 de março de 1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde. Revoga a legislação vigente (Decreto nº 52.497, de 12 de julho de 1970). Publicado no DOE-I de 28 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=154684>

Decreto nº 12.985, de 15 de dezembro de 1978. Dispõe sobre a classificação da rede hospitalar geral e psiquiátrica governamental e filantrópica e estabelece normas para aplicação de recursos do Estado na referida rede. Publicado no DOE de 16 de dezembro de 1978. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=141646>

Lei Complementar nº 204, de 20 de dezembro de 1978. Institui o Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), como instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações nas áreas médica, sanitária, hospitalar

e de apoio executadas ou coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde. Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, em 20 de dezembro de 1978, e no DOE, em 21 de dezembro de 1978 (p. 4). Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/norma/impresao/?id=31385&ver_imp=true

1980

Decreto nº 15.229, de 13 de junho de 1980. Cria Centros de Saúde, com a estrutura fixada no Decreto nº 7.555, de 9 de fevereiro de 1976, nas dependências do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo - DRS-1 (Divisão São Paulo - Leste) e DRS II (Divisão São Paulo - Sudeste) da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria da Saúde. Publicado no DOE de 14 de junho de 1980 e republicado no DOE de 24 de dezembro do mesmo ano. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/205661/decreto-15229-80?ref=home>

Lei Complementar nº 243, de 10 de dezembro de 1980. Define as atribuições dos cargos da área da Saúde que especifica e dá providências correlatas. Publicada no DOE de 11 de dezembro de 1980. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1980/lei.complementar-243-10.12.1980.html>

1981

Decreto nº 16.545, de 26 de janeiro de 1981. Reestrutura e dispõe sobre as atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde, transforma unidades da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria da Saúde. Publicado no DOE de 27 de janeiro de 1981. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/norma/impresao/?id=70595&ver_imp=true

Portaria SS/CG nº 26, de 15 de dezembro de 1981. Define as atribuições, competências de seus responsáveis, dos Centros de Saúde. Publicada no DOE de 19 de janeiro de 1982 (p. 17).

1983

Decreto nº 21.862, de 29 de dezembro de 1983. Cria a comissão que especifica, junto ao Gabinete do Secretário da Saúde, e dá providências correlatas à implementação do Plano Metropolitano de Saúde.

Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/197415/decreto-21862-83>.

1984

Lei Complementar nº 342, de 6 de janeiro de 1984. Dispõe sobre a série de classes de Médico Sanitarista e dá providências correlatas. Publicada no DOE de 7 de janeiro de 1984. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar>

1985

Decreto nº 23.195, de 2 de janeiro de 1985. Define a organização básica para a implementação do Programa Metropolitano de Saúde e dá providências correlatas. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/legislacao/decreto/1985/decreto-23195-02.01.1985.html>

1987

Decreto nº 26.667, de 27 de janeiro de 1987. Organiza, na Secretaria da Saúde, o Escritório Regional de Saúde de Nossa Senhora do Ó e dá providências correlatas. Publicado na Secretaria de Estado do Governo, aos 27 de janeiro de 1987, no Governo de Franco Montoro e Secretário de Saúde João Yunes. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1987/decreto-26667-27.01.1987.html>

Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS e dá outras providências. Publi-

cado no DOU de 21 de julho de 1987. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1987/94657.htm>

1990

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no DOU de 20 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre transferências intergovernamentais e Controle Social da Saúde. Publicada no DOU de 30 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

1993

Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Extingue, por força do art. 198 da Constituição Federal, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, autarquia federal criada pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde. Publicada no DOU de 28 de julho de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm

1995

Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995. Cria o Código de Saúde no Estado de São Paulo. Trata-se de lei complementar à Constituição Estadual, que sistematiza e dispõe sobre a organização, a regulamentação, fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde nas esferas estadual e municipal, definindo competências de cada ente e a participação complementar do setor privado na saúde. Cria mecanismos inovadores de participação. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0076/LeiCompEstadual_1995_0791.pdf

1996

Decreto nº 40.902, de 12 de junho de 1996. Autoriza a Secretaria da Saúde a, representando o Estado, celebrar convênios com Municípios do Estado de São Paulo, envolvendo a transferência de recursos técnico, financeiros e materiais, visando à reorganização gerencial, ao aperfeiçoamento e à expansão da capacidade operacional do Sistema Único de Saúde no Município. Publicado no DOE de 13 de junho de 1996. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/12659055/decreto-n-40902-de-12-de-junho-de-1996-de-sao-paulo>

1998

Portaria MS/GM nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante em seu anexo I, define os Indicadores de Acompanhamento da Atenção Básica para o ano de 1999, constantes do Anexo II, e dá outras providências a respeito do emprego dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) pelos estados e municípios. Publicada no DOU de 17 de novembro de 1998 e republicada no DOU de 2 de fevereiro de 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html

Lei Complementar no. 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais para contratos de gestão com o poder estadual. Publicada no DOE de 5 de junho de 1998. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/169706/lei-complementar-846-98>

1999

Lei nº 10.201, de 7 de janeiro de 1999. Regulamenta o § 4º do artigo 220 da Constituição Estadual. Dispõe que a participação preferente das entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos prevista no § 4.º do Artigo 220 da Constituição do Estado de São Paulo dar-se-á por meio de convênio celebrado com o Poder Público. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10201-07.01.1999.html>

Decreto nº 44.544, de 16 de dezembro de 1999. Institui o Programa de Saúde da Família - QUALIS/PSF - no Estado de São Paulo e dá outras providências. Publicado no DOE-I de 17/12/1999, p. 2 . Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=8614>

Portaria MS/GM nº 476, de 14 de abril de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo PAB, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Estabelece como estratégia para esse acompanhamento e avaliação os pactos que serão firmados entre os Estados, os Municípios e o Ministério da Saúde e define ainda as responsabilidades de cada um nesse processo. Publicada no DOU de 22 de abril de 1999. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM_P476_99gest.doc

2000

Decreto nº 45.059, de 12 de julho de 2000. Altera o Decreto nº 40.772, de 20 de março de 1996, que dispõe sobre a exigência de autorização do Governador do Estado previamente à celebração de convênios no âmbito da Administração Centralizada e Autárquica e sobre a instrução dos processos respectivos. Publicado no DOE de 13 de julho de 2000. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=4646>

Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Dispõe sobre a vinculação orçamentária e corresponsabilidade na composição do orçamento da Saúde nas três esferas de governo. Publicada no DOU de 14 de setembro de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

2001

Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 1/2001, que amplia as res-

ponsabilidades dos Municípios na Atenção Básica: define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Publicada no DOU, em 29 de janeiro de 2001. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_95_2001.pdf

Portaria MS/GM nº 723, de 10 de maio de 2001. Incorpora ao processo de avaliação da Atenção Básica as recomendações da IV Oficina Nacional do Pacto da Atenção Básica, realizada no período de 28 a 30 de novembro de 2000, e aprova a relação de indicadores a serem pactuados pelos estados e municípios no ano de 2001 (Anexos I, II e III). Publicada no DOU de 14 de maio de 2001, republicada no DOU de 1º de junho e de 4 de junho do mesmo ano. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-723.htm>

Portaria MS/GM nº 1.158, de 8 de agosto de 2001. Define os componentes para Avaliação da Atenção Básica dos municípios pleiteantes à habilitação, segundo a NOAS/2001. Publicada no DOU de 9 de agosto de 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1158.htm>

Portaria MS/GM nº 2.215, de 5 de dezembro de 2001. Redefine os critérios de avaliação dos municípios pleiteantes em habilitação segundo a NOAS/01 (anexo I – metas do pacto). Publicada no DOU, em 6 de dezembro de 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-2215.htm>

Portaria Funasa nº 627, de 5 de dezembro de 2001. Altera a regulamentação da coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre nascidos vivos para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. [Revogada pela Portaria nº 20/SVS/MS – DOU 7/10/2003, seção 1, p. 50, e republicada no DOU 9/10/2003, seção 1, p. 71.] Publicada no DOU, em 14 de dezembro de 2001. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Port_627_2001.pdf

2002

Portaria MS/GM nº 44, de 3 de janeiro de 2002. Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde - ACS - na prevenção e no controle da malária e da dengue. Publicada no DOU de 8 de janeiro de 2002. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_2002.html

Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS nº 1/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Publicada no DOU de 28 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_373_2002.pdf

Portaria MS/GM nº 1.121, de 17 de junho de 2002. Estabelece mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001 e aprova a relação dos indicadores a serem pactuados no ano de 2002, por estados e municípios. Publicada no DOU nº 115, de 18 de junho de 2002. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P1.121_02_informes.doc

Portaria MS/GM nº 1.321, de 23 de julho de 2002. Redefine os prazos fixados pela Portaria MS nº 1.266/2002, que passam a ser os constantes dos anexos I e IV, ora republicados (Mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001). Publicada no DOU de 24 de julho de 2002. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/632817/pg-82-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-24-07-2002>

Portaria MS/GM nº 2.405, de 27 de dezembro de 2002. Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas - PPACI, objetivando promover a segurança alimentar e nutricional, de

forma sustentável, e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica à saúde prestada às populações indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. A coordenação do Programa será realizada de forma articulada pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS e Fundação Nacional de Saúde. Publicada no DOU de 30 de dezembro de 2002. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2405_2002.pdf

2003

Portaria MS/GM nº 456, de 16 de abril de 2003. Aprova a relação de indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde em 2003 (Anexo I), constitui, por meio de Portaria Complementar, Grupo de Trabalho composto por representantes do Ministério da Saúde, Estados e Municípios, com a finalidade de promover a integração de processos e instrumentos de programação e avaliação da Atenção Básica, e dá outras providências. Publicada no DOU de 17 de abril de 2003 (p. 50). Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/519056/pg-50-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-17-04-2003>

Portaria MS/GM nº 1.072, de 9 de julho de 2003. Redefine os prazos estabelecidos pela Portaria nº 456/2003, passando a ser os constantes dos Anexos II e IV, ora republicados. Publicada no DOU de 10 de julho de 2003 (p. 62). Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/608609/pg-62-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-10-07-2003>

2005

Portaria MS/GM nº 21, 5 de janeiro de 2005. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Publicada no DOU de 6 de janeiro de 2005. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria021_05_01_05.pdf

Portaria MS/GM nº 457, de 29 de março de 2005. Redefine os prazos constantes dos Anexos III e IV da Portaria nº 21/2005. Publicada no DOU

de 30 de março de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-457.htm>

Portaria MS/GM nº 1.081, de 4 de julho de 2005. Qualifica os municípios a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde. Publicada no DOU, em 5 de julho de 2005. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1081_2005.pdf

2006

Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I dessa portaria, e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, na forma do Anexo II dessa Portaria. Publicada no DOU de 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Portaria MS/GM nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, que deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Publicada no DOU de 11 de março de 2006. Revogada pela Portaria GM/MS nº 91 de 10.01.2007. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0493_10_03_2006_comp.html

Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Publicada no DOU de 29 de março de 2006. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Port_648_GM_MS_2006.pdf

Portaria MS/GM nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de

pactuação de indicadores e metas. Publicada no DOU de 31 de março de 2006. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LE-GIS/PortGM_699_30marco_2006.pdf

Portaria MS/GM nº 822, de 17 de abril de 2006. Alteram os critérios para a definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família, dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Publicada no DOU de 18 de abril de 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html

Portaria MS/GM nº 2.277, de 26 de setembro de 2006. Revoga a Portaria nº 2.405/2002, que cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas – PPACI, objetivando promover a segurança alimentar e nutricional, de forma sustentável, e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica à saúde prestada às populações indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. Publicada no DOU de 27 de setembro de 2006 (Seção I, p. 49). Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/792752/pg-49-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-27-09-2006>

Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 2006. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a Norma Operacional Básica (NOB) 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. A presente NOB tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Publicada no DOU de 6 de novembro de 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

2007

Portaria MS/GM nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Publicada no DOU de 18 de outubro de 2007. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2656_2007.pdf

2008

Decreto nº 53.019, de 20 de maio de 2008. Regulamenta a transferência de recursos financeiros, de forma direta e regular, do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde realizados no âmbito da Atenção Básica, componentes de programas e estratégias do Sistema Único de Saúde no Estado - SUS/SP. Publicado no DOE nº 93, de 21 de maio de 2008. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsess/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.mai08/iels94/E_DC-53019_200508.pdf

Resolução SS nº 56, de 26 de maio de 2008. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa “Qualis Mais”. Publicada no DOE de 28 de maio de 2008. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsess/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.mai08/iels97/E_RS-56_260508.pdf

Resolução SS nº 61, de 10 de junho de 2008. Discrimina, para os fins previstos nos termos do Decreto nº 53.019/2008, atividades inseridas no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do SUS/SP – aquisição de insumos utilizados na detecção e controle de Diabetes Mellitus e aquisição de medicamentos de uso ambulatorial – a serem financiados mediante transferência de recursos, de forma direta e regular, do Fundo Estadual para os Fundos Municipais de Saúde, e dá providências correlatas. Publicada no DOE de 11 de junho de 2008. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2008/>

junho/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n107-11.06.2008/legislacaoestadual/e_rs-61_100608.pdf

Resolução SS nº 65, de 20 de junho de 2008. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa “Sorria São Paulo”. Publicada no DOE de 21 de junho de 2008. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2008/junho/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n115-23.06.2008/legislacaoestadual/e_rs-65_200608.pdf

Resolução SS nº 187, de 5 de dezembro de 2008. Dispõe sobre o Projeto de Apoio Técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. Publicada no DOE de 9 de dezembro 2008 (p. 30) e republicada no DOE de 13 de janeiro de 2009 (p. 28). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.dez.08/iels233/E_RS-187_051208.pdf

Portaria nº 14, da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), de 12 de dezembro de 2008. Institui a Comissão Especial, para atender ao artigo 8º da Resolução SS - 187/2008, que dispõe sobre o Projeto de Apoio Técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Publicada no DOE de 13 de dezembro de 2008 (p. 36). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.dez.08/iels237/E_PT-CRH-14_121208.pdf

2009

Resolução SS nº 51, de 7 de abril de 2009. Altera a redação do artigo 3º da Resolução SS - 61, de 10-6-2008, que regulamenta o financiamento de ações e atividades inseridas na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do SUS/SP. Publicada no DOE nº 66, de 8 de abril de 2009 (p. 28). Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/ResolucaoSS_2009_00051.pdf

Resolução SS nº 60, de 27 de abril de 2009. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa de Controle da Tuber-

culose. Publicada no DOE nº 77, de 28 de abril de 2009. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/ResolucaoSS_2009_00060.pdf

Portaria MS/GM nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no DOU de 4 de setembro de 2009 (seção I, p. 61). Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=220311>

Portaria MS/GM nº 2.198, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada. Publicada no DOU nº 179, de 18 de setembro de 2009 (p. 75). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.set.09/iels174/U_PT-MS-GM-2198_170909.pdf

Resolução SS nº 149, de 15 de outubro de 2009. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino - Serviço (CIES). Publicada no DOE nº 194, de 16 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2009/outubro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-193-16.10.2009/legislacaoestadual/e_rs-ss-149_151009.pdf

2010

Portaria MS/GM nº 705, de 31 de março de 2010. Prorroga por 60 dias o prazo estabelecido no art. 5º da Portaria MS/GM 2.198/2009, que dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados. Publicada no DOU nº 62, de 1º de abril de 2010 (p. 46). Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/>

ftp:ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.abr.10/Iels62/U_PT-MS-GM-705_310310.pdf

Portaria MS/GM nº 1.390, de 31 de maio de 2010. Prorroga para até 30 de junho de 2010 o prazo estabelecido no o art. 5º da Portaria MS/GM 2.198/2009, que dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados. Publicada no DOU nº 103, de 1º de junho de 2010 (p. 66). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.jun.10/Iels103/U_PT-MS-GM-1390_310510.pdf

Portaria MS/GM nº 1.714, de 1º de julho de 2010. Prorroga por 90 dias o prazo estabelecido no art. 5º da Portaria MS/GM 2.198/2009, que dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados. Publicada no DOU nº 125, de 2 de julho de 2010 (p. 202). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.jul.10/Iels126/U_PT-MS-GM-1714_010710.pdf

Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no DOU de 31 de dezembro de 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

2011

Resolução MS/CNS nº 439, de 7 de abril de 2011. Mobiliza todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica, especialmente nas esferas Federal e Estadual.

Publicada no DOU nº 82, de 2 de maio de 2011 (p. 63). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.mai.11/Iels80/U_RS-MS-CNS-439_070411.pdf

Resolução SS nº 61, de 14 de junho de 2011. Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde (ABS) do SUS no Estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica, e dá providências correlatas. Publicada no DOE nº 112, de 15 de junho de 2011 (p. 115). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jun.11/Iels112/E_R-SS-61_140611.pdf

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Publicada no DOU de 29 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Portaria MS/GM nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Publicada no DOU de 20 de julho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Publicada no DOU de 2 de setembro de 2011 e republicada no DOU nº 182, seção 1, de 21 de setembro do mesmo ano. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html

Portaria MS/GM nº 2.396, de 13 de outubro de 2011. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

Publicada no DOU de 14 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2396_13_10_2011.html

Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Publicada no DOU nº 204, de 24 de outubro de 2011 (p. 55). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels201/U_PT-MS-GM-2488_211011.pdf

Portaria MS/GM nº 2.489, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Publicada no DOU nº 204, de 24 de outubro de 2011 (p. 55). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels201/U_PT-MS-GM-2489_211011.pdf

Portaria MS/GM nº 2.490, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Publicada no DOU de 24 de outubro de 2011 (p. 55). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels201/U_PT-MS-GM-2490_211011.pdf

Portaria MS/SAS nº 732, de 28 de outubro de 2011. Constitui o Grupo Técnico de Trabalho com a finalidade de pactuar normas, parâmetros, diretrizes técnicas e clínicas, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, com composição de representantes, titular e suplente, das instâncias relacionadas. Publicada no DOU nº 209, de 31 de outubro de 2011 (p. 88). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels205/U_PT-MS-SAS-732_281011.pdf

Portaria MS/GM nº 2.647, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre os valores máximos a serem repassados aos Estados, para o ano de 2011, no âmbito do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Publicada no DOU nº 2.014, de 8 de novembro de 2011 (p. 48). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftp-sesssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/Iels210/U_PT-MS-GM-2647_071111.pdf

Portaria MS/GM nº 2.812, de 29 de novembro de 2011. Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Publicada no DOU nº 229, de 30 de novembro de 2011 (p. 38). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftp-sesssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/Iels224/U_PT-MS-GM-2812_291111.pdf

2012

Portaria MS/GM nº 225, de 10 de fevereiro de 2012. Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Publicada no DOU nº 31, de 13 de fevereiro de 2012 (p. 85). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftp-sesssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.fev.12/Iels30/U_PT-MS-GM-225_100212.pdf

Resolução SS nº 34, de 29 de março de 2012. Institui o Comitê Estadual de Atenção Básica e dá outras providências. Publicada no DOE nº 61, de 30 de março de 2012 (p. 55). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftp-sesssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.mar.12/Iels62/E_R-SS-34_290312.pdf

Portaria MS/GM nº 644, de 10 de abril de 2012. Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas Equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Publicada no DOU nº 70, de 11 de abril de 2012 (p. 120). Dis-

ponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.abr.12/Iels69/U_PT-MS-GM-644_100412.pdf

Portaria MS/GM nº 866, de 3 de maio de 2012. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa. Publicada no DOU nº 86, de 4 de maio de 2012 (p. 56). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.mai.12/Iels84/U_PT-MS-GM-866_030512.pdf

Portaria MS/GM nº 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Publicada no DOU nº 103, de 29 de maio de 2012 (p. 82). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.mai.12/Iels101/U_PT-MS-GM-1089_280512.pdf

Portaria MS/GM nº 1.414, de 6 de julho de 2012. Determina a utilização de funcional programática para continuidade das propostas habilitadas pelas Portarias nº 3.164/GM/MS, de 27 de dezembro de 2011, e nº 3.183/GM/MS, de 28 de dezembro de 2011. Publicada no DOU, em 9 de julho de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1414_06_07_2012.html

Portaria MS/GM nº 1.580, de 19 de julho de 2012. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. Publicada no DOU de 20 de julho de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1580_19_07_2012.html

Portaria MS/SGTES nº 12, de 13 de agosto de 2012. Acrescenta profissionais e respectivos municípios selecionados à relação anexa à Portaria nº 7, de 6 de junho de 2012, que homologa o resultado do processo de seleção e inscrição dos profissionais selecionados no Programa de Va-

lorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para o Curso de Especialização com foco na Atenção Básica e respectivos municípios de atuação. Publicada no DOU nº 156, de 14 de agosto de 2012 (p. 25). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.agosto.12/Iels153/U_PT-MS-SGTES-12_130812.pdf

Portaria MS/GM nº 2.626, de 19 de novembro de 2012. Autoriza o repasse do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Publicada no DOU nº 223, de 20 de novembro de 2012 (p. 28). Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria_n_2626_2012.pdf

Portaria MS/GM nº 2.887, de 20 de dezembro de 2012. Dispõe sobre o processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal. Publicada no DOU de 21 de dezembro de 2012 (p. 747). Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/44568555/dou-secao-1-21-12-2012-pg-747>

Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.031, de 26 de dezembro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 2.087 MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Publicada no DOU de 27 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=248995>

Portaria MS/GM nº 3.114, de 28 de dezembro de 2012. Autoriza o repasse do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Publicada no DOU nº 251, de 31 de dezembro de 2012 (p. 200). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.jan.13/Iels01/U_PT-MS-GM-3114_281212.pdf

Portaria MS/GM nº 3.147, de 28 de dezembro de 2012. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, de que trata a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21/10/2011. Publicada no DOU nº 251, de 31 de dezembro de 2012

(p. 231). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.jan.13/Iels01/U_PT-MS-GM-3147_281212.pdf

2013

Portaria MS/GM nº 81, de 21 de janeiro de 2013. Institui valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família de Municípios e profissionais integrantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Publicada no DOU de 22 de janeiro de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0081_21_01_2013.html

Portaria MS/GM nº 259, de 20 de fevereiro de 2013. Constitui e estabelece os objetivos do Comitê Executivo de Apoio Técnico e Operacional à execução do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, no âmbito do Ministério da Saúde. Publicada no DOU nº 35, de 21 de fevereiro de 2013 (p. 45). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.fev.13/Iels34/U_PT-MS-GM-259_200213.pdf

Portaria MS/GM nº 283, de 28 de fevereiro de 2013. Autoriza o repasse do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Publicada no DOU nº 41, de 1º de março de 2013 (p. 51). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.mar.13/Iels40/U_PT-MS-GM-283_280213.pdf

Portaria MS/GM nº 535, de 03 de abril de 2013. Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19/07/2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3/5/2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Publicada no DOU nº 64, de 4 de abril de 2013 (p. 35). Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.abr.13/Iels63/U_PT-MS-GM-535_030413.pdf

Portaria MS/GM nº 635, de 17 de abril de 2013. Homologa a adesão dos Municípios ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Publicada no DOU nº 74, de 18 de abril de 2013 (p. 65). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.abr.13/Iels73/U_PT-MS-GM-635_170413.pdf

Portaria MS/GM nº 1.383, de 9 de julho de 2013. Homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Publicada no DOU nº 131, de 10 de julho de 2013 (p. 109). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.jul.13/Iels127/U_PT-MS-GM-1383_090713.pdf

Portaria MS-GM nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/ SAS/MS) denominada e-SUS atenção Básica (e- SUS AB). Publicada no DOU de 11 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html

Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Programa Mais Médicos. DOU de 7 julho de 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mp621_maismedicos.pdf

Portaria Interministerial nº 1.369 MS/MEC, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prl1369_08_07_2013.html

2014

Portaria MS/GM nº 162, de 29 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 1.383/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que homologa a contratua-

lização/ reconstrução dos Municípios ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Publicada no DOU de 30 de janeiro de 2014 (p. 79). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0162_29_01_2014.html

Resolução SS nº 73, de 23 de junho de 2014. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa “Sorria São Paulo”, para o exercício de 2014, e dá providências correlatas. Publicada no DOE nº 115, de 24 de junho de 2014 (seção 1, p. 23). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.jun.14/Iels116/E_R-SS-73_230614.pdf

Fontes Consultadas

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação Federal da Saúde. Gestão Básica do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/legislacao.php> [Acesso: 18/9/2013]

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde), 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde-PACS. Brasília, 2001. p.40. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> [Acesso: 18/9/2013]

Brasil. Saúde Legis. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=169 [Acesso em: 18/7/2014]

Brasil. Secretaria de Políticas da Mulher. Patriota T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em <http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf> [Acesso: 18/9/2013]

Conselho Nacional de Saúde. Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/emendaconstitucionaln29.pdf [Acesso: 18/09/2013]

Diário Oficial. Estado de São Paulo. Disponível em: diario-oficial.imprensaoficial.com.br/

Fernandes PPS. (org.). Guia dos documentos históricos na cidade de São Paulo, 1554-1954. São Paulo: Editora Hucitec – Núcleo de Estudos Políticos e Sociedade; 1998

Guedes J S. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. Estudos Avançados, 2003 maio-agosto; 17(48): 229-240

Gouveia R. Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo, Mandacaru, 2000. p. 41-74

Relatório 1967-1970. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Walter Leser. São Paulo, fevereiro de 1971

Relatório Setorial Governo do Estado de São Paulo 1975 a 1979. Secretaria de Estado da Saúde

Reorganização da Secretaria da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. 1969

São Paulo. Lei Complementar nº 846/98. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm> [Acesso: 18/9/2013]

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Agenda do Gestor Municipal de Saúde no Estado de São Paulo. Organizando o Sistema a partir da Atenção Básica. Organizado por Renilson Rehem de Souza, Marta Campagnoni, Cléia Neves de Azevedo. São Paulo, janeiro de 2009

Índice de Entrevistados

- I. Almeida, Eurivaldo Sampaio de. 48, 62, 76, 97, 98, 151, 152, 153.
- II. Bonfim, José Ruben de Alcântara. 50, 68, 69, 84, 85, 112, 113, 124, 135, 136, 161, 162, 163, 164, 165.
- III. Botazzo, Carlos. 44, 45, 67, 68, 83, 84, 109, 110, 165, 166.
- IV. Campos, Gastão Wagner de Sousa. 50, 58, 59, 81, 106, 107, 130, 153, 154.
- V. Carvalho, José da Rocha. 53, 54, 61, 82, 107, 108, 149, 150.
- VI. Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. 48, 49, 66, 81, 82, 106, 122, 168, 169, 170, 171.
- VII. Di Lorenzo, Rosicler Aparecida Viegas. 55, 71, 72, 90, 91, 114, 138, 173, 174.
- VIII. Dimitrov, Pedro. 48, 58, 59, 74, 75, 101, 102, 103, 133, 134, 135, 171, 172.
- IX. Donato, Ausônia Favorido. 52, 53, 67, 89, 90, 112, 113, 123, 124, 139, 172, 173.
- X. Guedes, José da Silva. 47, 59, 60, 61, 77, 93, 94, 95, 119, 120, 128, 145.
- XI. Guimarães, Naelson Correia. 56, 73, 91, 114, 115, 125, 126, 139, 140, 176, 177.
- XII. Heimann, Luiza Sterman. 46, 82, 83, 108, 109, 135, 157, 158.
- XIII. Ibañez, Nelson. 51, 64, 79, 80, 99, 100, 101, 121, 130, 131, 132, 155, 156, 157.
- XIV. Kayano, Jorge. 51, 52, 69, 86, 87, 110, 111, 136, 137, 158, 159, 160, 161.
- XV. Morais, Maria de Lima Salum e. 54, 55, 70, 87, 88, 89, 113, 114, 137, 168.
- XVI. Réa, Marina Ferreira. 54, 69, 70, 87, 111, 112, 122, 123, 137, 138, 166, 167, 168.

- XVII. Santos, Nelson Rodrigues dos (Nelsão). 43, 44, 63, 64, 80, 81, 95, 96, 97, 120, 121, 146, 147, 148.
- XVIII. Santos, Rosa Maria Barros. 50, 51, 66, 67, 77, 78, 79, 103, 104, 105, 106, 122, 129, 130, 157.
- XIX. Seixas, José Carlos. 47, 48, 75, 92, 93, 119, 128, 142, 143, 144, 145.
- XX. Souza, Luiz José. 55, 56, 72, 91, 115, 116, 124, 125, 140, 141, 174, 175, 176.
- XXI. Viana, Ana Luiza d'Ávila. 43, 62, 63, 132, 155.

Créditos da pesquisa e da obra

Esta obra foi baseada na pesquisa “Memória e História da Atenção Básica em São Paulo”.

Coordenação da pesquisa

Dra. Maria Lucia Mott (*in memorian*) (Instituto de Saúde – SES/SP)

Dra. Belkis Trench (Instituto de Saúde – SES/SP)

Pesquisadoras do Instituto de Saúde – Centro de Memória da Saúde

Pesquisadores

Maria Salum Morais (Instituto de Saúde – SES/SP)

Silvia Helena Bastos de Paula (Instituto de Saúde – SES/SP)

Olga Alves Faberge (Instituto Butantan – SES/SP)

Consultores

Maria Cristina Sanna

Leandro Lopes Pereira de Melo

Apoio à pesquisa

Aparecida Muniz

Apoio à pesquisa, transcrição e edição

Karen Jaqueline Santana Gomes, Patrícia Teixeira Santos, Carla Müller Batisteli Barros, Juliane Daniee Almeida, Damião Pereira da Silva e Luana Ito (estagiárias do Instituto de Saúde/Fundação Desenvolvimento Administrativo – Fundap)

Autoras dos capítulos

Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é Enfermeira sanitaria, Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da CCD da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora Científica III do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde. Conselheira da APSP eleita (2013-2015).

Sandra Greger (sandrag@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP- IPUSP (1986), Mestre em Psicologia Clínica pelo

IPUSP (1997) e Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (Relações Sociais) pelo IPUSP (2003). Desenvolve pesquisa de Pós-Doutoramento no Departamento de Psicologia Social e do Trabalho no IPUSP sobre movimentos sociais em saúde. Atualmente é Pesquisadora Científica em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Estuda temas de Saúde Coletiva com ênfase na investigação de Práticas de Saúde no SUS, Psicologia Social, Psicologia da Saúde, Saúde Mental e Políticas Públicas.

Colaboradoras

Siomara Roberta de Siqueira

Karen Jaqueline Santana Gomes

Edição de texto

José Ruben de Alcântara Bonfim