



**ADILSON ROCHA CAMPOS**

**ANTECEDENTES DA IMPLEMENTAÇÃO DO  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - EM  
CAMPINAS - SP**

**CAMPINAS  
2015**





---

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**ADILSON ROCHA CAMPOS**

# **ANTECEDENTES DA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - EM CAMPINAS - SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

**ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO ADILSON ROCHA CAMPOS, E ORIENTADO PELO PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA.

---

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS  
2015**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C157a Campos, Adilson Rocha, 1959-  
Antecedentes da implementação do SUS - Sistema Único de Saúde - em  
Campinas - SP / Adilson Rocha Campos. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Gustavo Tenório Cunha.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Centros de saúde. 3. Medicina comunitária. 4.  
Participação social. I. Cunha, Gustavo Tenório. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** History of the SUS - National Health System - Campinas - SP

**Palavras-chave em inglês:**

Unified Health System

Health centers

Community medicine

Social participation

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Gustavo Tenório Cunha [Orientador]

Gastão Wagner de Sousa Campos

Maria Alice Amorim Garcia

**Data de defesa:** 26-02-2015

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**ADILSON ROCHA CAMPOS**

Orientador (a) PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

**MEMBROS:**

1. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

*Gustavo T. Cunha*

2. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

*Gastão Wagner de Sousa Campos*

3. PROF(A). DR(A). MARIA ALICE AMORIM GARCIA

*Maria Alice Amorim Garcia*

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

Data: 26 de fevereiro de 2015



## RESUMO

Este estudo procura resgatar a história da SMS (Secretaria Municipal de Saúde) do município de Campinas – SP, no período anterior à implementação do SUS (Sistema Único de Saúde). Usa como fonte de informações, documentos arquivados junto ao CEDOC (Centro de Documentação) do CETS (Centro de Estudos dos Trabalhadores da Saúde) da SMS de Campinas – SP e entrevistas abertas com sujeitos que foram atores centrais da história da SMS no período estudado. Em forma de depoimento busca descrever a atenção à saúde prestada no município desde os anos 1950 até 1988, correlacionando o perfil demográfico e as características sócio-econômicas da população, suas formas de organização e lutas políticas nos diferentes períodos analisados, considerando o modelo de atenção à saúde vigente no país e a conjuntura política municipal e nacional. Destaca as lutas sociais dos anos 1970 quando implantado um modelo de atenção baseado na Medicina Comunitária e dos anos 1980 quando implantado o Pró-Assistência 1. Conclui apontando para a importância do tripé formado pelos usuários, técnicos e trabalhadores da saúde e gestores da saúde, na elaboração, implantação e defesa de propostas implementadas em Campinas e outros municípios e que fizeram parte do Movimento Nacional pela Reforma Sanitária que levou à consagração do SUS na Constituição Federal e, em seguida, à sua implementação.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Centros de saúde; Medicina comunitária; Participação social.



## **ABSTRACT**

This study seeks to uncover the history of SMS (Municipal Health) of Campinas - SP, in the period before implementation of SUS (National Health System). Uses as a source of information, documents filed with the CEDOC (Documentation Centre) of the CETS (Health Workers Studies Center) of SMS Campinas - SP and open interviews with people who were key players in the history of SMS during the study period. In the form of testimony seeks to describe the health care provided in the city since the 1950s until 1988, correlating the demographic and socio-economic characteristics of the population, their forms of organization and political struggles in the different periods analyzed, considering the model of care the current health in the country and the municipal and domestic political context. Highlights the social struggles of the 1970s when deployed an attention model based on Community Medicine and 1980s when deployed Pro-assistance 1. conclude by pointing to the importance of the tripod formed by users, technical and health workers and health managers, in the preparation, implementation and defense proposals implemented in Campinas and other cities and that were part of the National Movement for Health Reform which led to the consecration of the SUS in the Federal Constitution and then to implementation.

**Keywords:** Unified Health System; Health centers; Community medicine; Social participation



# ÍNDICE

RESUMO.....	vii
ABSTRACT .....	ix
LISTA DE TABELAS .....	xvii
LISTA DE QUADROS .....	xix
LISTA DE GRÁFICOS.....	xxi
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. METODOLOGIA.....	5
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
4. NARRATIVA: ANTECEDENTES DA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS CAMPINAS .....	13
4.1 DÉCADA DE 1970 E ANOS ANTERIORES .....	13
4.1.1 A Atenção à Saúde na Década de 1970 e Anos Anteriores .....	13
4.1.2 O Complexo Médico Previdenciário em Campinas .....	15
4.1.3 A Assistência à Saúde Prestada pela Prefeitura Municipal de Campinas e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo .....	18
4.1.4 Campinas dos Anos 1970: Crescimento Populacional e Indicadores de Saúde .....	21
4.1.5 Conjuntura Política Municipal do Final dos Anos 1970 .....	24
4.2 PERÍODO 1977 A 1982 .....	25
4.2.1 Modelo de Atenção Adotado .....	28
4.2.2 A Saúde e o Movimento Popular de Saúde.....	31
4.2.3 A SMS e a FCM/UNICAMP .....	34
4.2.4 A Evolução da SMS com Sebastião de Moraes .....	39
4.2.5 Novo Contexto Político Municipal .....	46

4.3 PERÍODO 1983 A 1988 .....	48
4.3.1 O Sistema de Saúde e o “Pró-Assistência” .....	55
4.3.2 A Articulação Entre Os Municípios no Estado de São Paulo .....	71
4.3.3 Sobre o Funcionamento da SMS na Gestão do Professor Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) .....	75
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	83
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87
ANEXO.....	91

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico o presente estudo às pessoas que se dedicam à  
construção do SUS. Especialmente àquelas  
que não desistem.*



## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço à minha querida esposa e companheira  
Maria do Carmo e às minhas queridas filhas  
Elisa, Marina e Julia.*



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Profissionais de saúde que atuavam nos serviços próprios do INAMPS, em Campinas, em 1975 e em 1980 .....	16
<b>Tabela 2:</b> Funcionários da SMS de Campinas, por categoria profissional, em 1977, 1982, 1983 e 1984. ....	49



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> População urbana e população beneficiária do INPS em Campinas, de 1975 a 1980 .....	15
<b>Quadro 2:</b> Postos de Atendimento Médico da SMS de Campinas, por bairro e ano de início de funcionamento.....	20
<b>Quadro 3:</b> Centros de Saúde da SES, por bairro e ano de início de funcionamento. ....	21
<b>Quadro 4:</b> Município de Campinas – população estimada (01/07) 1960/1982 .....	22



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Pirâmide populacional de Campinas em 1960, 1970 e 1980 .....	22
<b>Gráfico 2:</b> Curvas de Mortalidade Proporcional em bairros da cidade de Campinas em 1982 .....	24



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AIH</b>	- Autorização de Internação Hospitalar
<b>AIS</b>	- Ações Integradas em Saúde
<b>APS</b>	- Atenção Primária em Saúde
<b>ARENA</b>	- Aliança Renovadora Nacional
<b>ARs</b>	- Administrações Regionais
<b>BEMFAM</b>	- Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
<b>BNH</b>	- Banco Nacional de Habitação
<b>CAPs</b>	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CEBs</b>	- Comunidades Eclesiais de Base
<b>CEDOC</b>	- Centro de Documentação
<b>CEME</b>	- Central de Medicamentos
<b>CESEP</b>	- Centro de Saúde Escola de Paulínia
<b>CETS</b>	- Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
<b>CGT</b>	- Central Geral dos Trabalhadores
<b>CLS</b>	- Conselho Local de Saúde
<b>CNRS</b>	- Comissão Nacional de Reforma Sanitária
<b>CNS</b>	- Conferência Nacional de Saúde
<b>COHAB</b>	- Cooperativa de Habitação Popular
<b>CONASEMS</b>	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CONASP</b>	- Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
<b>CONTAG</b>	- Confederação dos Trabalhadores da Agricultura
<b>COSEMS-SP</b>	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo
<b>CURA</b>	- Comunidade Urbana para Recuperação Acelerada
<b>CUT</b>	- Central Única dos Trabalhadores

<b>DETI</b>	- Departamento de transportes internos
<b>DMPS</b>	- Departamento de Medicina Preventiva e Social
<b>ECEM</b>	- Encontro Científicos dos Estudantes de Medicina
<b>ENEMEC</b>	- Encontro de Medicina Comunitária
<b>FCM</b>	- Faculdade de Ciência Médicas
<b>FURP</b>	- Fundação para o Remédio Popular
<b>HMMG</b>	- Hospital Municipal Mário Gatti
<b>IAP</b>	- Instituto de Aposentadoria e Pensão
<b>IBGE</b>	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INAMPS</b>	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INSS</b>	- Instituto Nacional do Seguro Social
<b>LEMC</b>	- Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária
<b>INPS</b>	- Instituto Nacional de Previdência Social
<b>MDB</b>	- Movimento Democrático Brasileiro
<b>MOPS</b>	- Movimento Popular de Saúde
<b>NEPP</b>	- Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
<b>OMS</b>	- Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	- Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	- Organização Panamericana de Saúde
<b>PAM</b>	- Posto de Assistência Médica
<b>PAMI</b>	- Programa de Atenção Médico Integral
<b>PCB</b>	- Partido Comunista Brasileiro
<b>PCdoB</b>	- Partido Comunista do Brasil
<b>PIASS</b>	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
<b>PMC</b>	- Prefeitura Municipal de Campinas
<b>PMDB</b>	- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
<b>PSF</b>	- Programa de Saúde da Família

<b>PT</b>	- Partido dos Trabalhadores
<b>PUC</b>	- Pontifícia Universidade Católica de Campinas
<b>SAB</b>	- Sociedade de Amigos de Bairros
<b>SAD</b>	- Serviço de Atendimento Domiciliar
<b>SAMDU</b>	- Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
<b>SANASA</b>	- Sociedade de Abastecimento de Água e Saneamento
<b>SENAC</b>	- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
<b>SES</b>	- Secretaria de Estado da Saúde
<b>SESAC</b>	- Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária
<b>SESI</b>	- Serviço Social da Indústria
<b>SME</b>	- Secretaria Municipal de Educação
<b>SMS</b>	- Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>UEL</b>	- Universidade Estadual de Londrina
<b>UFF</b>	- Universidade Federal Fluminense
<b>UNICAMP</b>	- Universidade Estadual de Campinas
<b>USP</b>	- Universidade de São Paulo



## 1. INTRODUÇÃO

A cidade de Campinas, durante a década de 1970, se destacou no cenário nacional tanto pela elaboração de propostas para a organização de sistemas de saúde, quanto na sua efetiva implementação.

Nesta época, enquanto a Secretaria de Estado da Saúde (SES) era a responsável pela Saúde Pública e pela rede de serviços estaduais instaladas no município, cabia à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas a responsabilidade apenas pelos seus serviços municipais de assistência à saúde. O modelo de atenção vigente nacionalmente era o Previdenciário, cabendo ao complexo formado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) a atenção aos trabalhadores beneficiários e seus dependentes.

Ainda nos anos 1970, num ambiente de efervescência política de resistência e combate ao governo da ditadura militar instalada no país, os movimentos sociais e as instituições democráticas passam a ganhar importância e têm uma atuação destacada também na área de saúde.

Na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), teve papel fundamental nesta década, antecipando o que viria a ser no futuro a denominada área de Saúde Coletiva, ao introduzir no processo de formação dos alunos de medicina, as discussões sobre a determinação social das doenças e difundir as bases conceituais da Medicina Comunitária, principalmente com seus alunos que participavam do Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária (LEMC), formando médicos que viriam a trabalhar em seguida na SMS na implantação desse modelo.

Na SMS, a partir de 1977, quando o modelo de atenção vigente no país era o previdenciário, o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Sebastião de Moraes, cria os Postos Comunitários de Saúde em áreas então periféricas do município e implanta um modelo de atenção baseado na Medicina Comunitária, contratando para trabalhar nesses postos, os médicos egressos da FCM Unicamp.

Também nesta época, a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), instala na região noroeste da cidade sua Faculdade de Medicina, o Hospital de Clínicas e Postos de Saúde periféricos passando a ser uma instituição importante para as mudanças em curso na área da saúde.

Nos anos 1980, num cenário de aprofundamento e consolidação da crise do sistema previdenciário, em todas essas instituições (SMS, SES, FCM Unicamp, FCM PUC-Campinas, INPS e INAMPS) trabalham técnicos, muitos deles vinculados ideologicamente a partidos políticos de matriz marxista, que atuam no sentido de modificar a lógica do modelo previdenciário instalado e da assistência prestada através dele.

A partir de 1983 o Secretário Municipal de Saúde passa a ser o Professor do DMPS da FCM Unicamp, Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, que tem uma atuação de destaque nas discussões nacionais sobre as necessárias mudanças no sistema de saúde. Internamente à SMS, a atuação do secretário se dá modificando e modernizando sua estrutura administrativa e de pessoal, adequando-a para responder às novas necessidades da prestação dos serviços. Sob sua gestão, é implantado o projeto “Pró-Assistência 1”, com o qual se pretendia que a rede de postos e serviços de saúde passasse a operar numa lógica de integração, hierarquização e regionalização envolvendo todas as instituições públicas e não públicas que prestavam serviços assistenciais no município.

Todas essas mudanças na SMS de Campinas durante o período estudado ocorreram em consonância com o cenário político nacional. Também em outros municípios mudanças semelhantes estavam ocorrendo e, a partir das articulações entre técnicos dos municípios, das secretarias estaduais, de outras instituições que lidavam com saúde e com o apoio dos movimentos sociais inseridos na luta contra a ditadura, chegou-se à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), à criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), à inserção na Constituição da República Federativa do Brasil dos princípios e diretrizes do SUS e, em seguida, à sua implementação nos municípios.

No presente estudo, busco recuperar a trajetória política percorrida pela SMS de Campinas ainda no período anterior ao SUS e mostrar sua importância na implantação dos modelos de atenção à saúde no município e na luta pela Reforma Sanitária Brasileira que levou ao SUS.

As razões que me levaram à realização desse estudo estão relacionadas à minha implicação pessoal com o assunto, na qualidade de militante político no final da década de 1970, inserido na luta contra a ditadura militar, de estudante de medicina da Unicamp na década de 1980, de médico sanitário trabalhador do SUS a partir da década de 1990, de professor a partir da década de 2010 e, principalmente por acreditar que ao olhar para a trajetória da construção do SUS, encontramos razões para nos sentirmos ainda mais motivados para defendê-lo e continuar sua construção.



## 2. METODOLOGIA

A presente dissertação foi elaborada a partir da pesquisa, leitura e análise de documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que se encontram organizados no Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde – CEDOC.

O CEDOC funciona junto ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde – CETS. Esse serviço, ao longo dos anos vem reunindo e organizando farta documentação produzida para a SMS através de seus gestores e trabalhadores, além de documentos sobre a SMS e sobre o SUS produzidos por seus usuários, por militantes de movimentos sociais, por acadêmicos e professores de diferentes áreas (livros, artigos, reportagens, filmes, documentários, dissertações, teses acadêmicas, etc).

Para a pesquisa, foram selecionados documentos produzidos durante a época estudada (fontes primárias) e documentos que posteriormente analisaram a época (fontes secundárias).

Também foram utilizados livros textos, artigos e publicações com informações relevantes sobre os períodos analisados. Vale destacar a inclusão no material de análise, de uma entrevista com o sanitarista Sérgio Arouca, publicada pelo CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) em 2007.

Procedeu-se também a realização de entrevistas abertas do tipo “História Oral” (Minayo, 1992) com sujeitos que vivenciaram aquele momento histórico e tiveram importância central no encadear dos acontecimentos no sistema de saúde municipal.

Finalmente, vale destacar que outro instrumento utilizado foi a minha própria participação enquanto ator social que vem presenciando e atuando na construção do SUS Campinas desde a década de 1980.

Com relação aos documentos, a presente pesquisa se utilizou da técnica de análise documental de seu conteúdo, considerando que, segundo Cellard (2008), citada por Sá-Silva (2009:2), “...a *“Análise documental” favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos,*

*conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros” e, “...propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos”.*

A pesquisa junto ao CEDOC foi realizada através de palavras-chave específicas deste sistema: “Medicina Comunitária”, “Pró-Assistência 1”, “Assembleia do Povo”, “Movimento Popular de Saúde”, “Postinhos de Saúde” e “Postos Comunitários de Saúde”.

A partir destas palavras-chave, o próprio sistema remeteu a pastas e cadernos que continham documentos que em seguida foram selecionados e fotografados para fins de análise. Após a leitura desses documentos, destaquei aqueles que continham as informações que julguei importantes e necessárias para a presente dissertação.

O primeiro plano de análise possibilitou organizar o material e separar as informações de caráter geral que orientaram a contextualização do período estudado dentro do cenário estadual e federal. Tais informações foram obtidas em livros e documentos referidos na bibliografia.

Dos documentos analisados, destaco as passagens que julguei importantes. Algumas delas transcrevo ao corpo do texto para em seguida analisá-las, trazê-las ao contexto e comentá-las.

O segundo plano de análise foi composto pela elaboração da narrativa, a partir da inspiração no livro “A formação da Classe Operária Inglesa - A árvore da liberdade”, volume 1, de E. P. Thompson, publicado pela editora Paz e Terra em 1987, através do qual estabeleceu-se categorias analíticas que buscaram responder aos objetivos do trabalho.

Com relação aos sujeitos entrevistados, listados a seguir, por se tratarem de militantes do SUS que estiveram atuando em diferentes frentes durante o período estudado, optei por uma metodologia de entrevista aberta onde, após eu lhes apresentar os meus objetivos com a entrevista, passamos a conversar sobre o tema e fui anotando o conteúdo da conversa, para em seguida ler, analisar e trazer as reflexões, opiniões e as perspectivas dos entrevistados ao meu texto. O roteiro para as entrevistas encontra-se em anexo (Anexo 1).

Através das fontes de informações, das análises dos documentos e das entrevistas e de minha observação ativa como participante interessado, construí uma narrativa com minha visão da história desse período.

Os sujeitos entrevistados e sua relação com o período estudado foram:

1) Nelson Rodrigues dos Santos – Médico Sanitarista, Professor aposentado do DMPS (Departamento de Medicina Preventiva e Social) da FCM (Faculdade de Ciências Médicas) da Unicamp (Universidade de Campinas).

Trabalhou como professor na Faculdade de Medicina de Londrina – PR, onde participou em projetos junto com a SMS da cidade, e em seguida trabalhou no PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – do

governo federal. Chega a Campinas onde tem uma passagem pela Secretaria Municipal de Saúde e em seguida se torna Professor do DMPS da FCM Unicamp e diretor do Centro de Saúde Escola de Paulínia (CESEP). Foi Secretário Municipal de Saúde de Campinas de 1983 a 1988.

2) Carmem Cecília de Campos Lavras - médica sanitária, coordenadora do NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

Estudante de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp na década de 1970, participava das atividades do LEMC – Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária – do DMPS. Em seguida, já formada, trabalhou na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas como médica do recém inaugurado Centro Comunitário de Saúde do Jardim Conceição. Foi Secretária Municipal de Saúde de Campinas entre 1993 e 1996.

3) José Carlos Silva – Enfermeiro Sanitarista, aposentado da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas.

Trabalhou como “Prático de Enfermagem” no Hospital Casa de Saúde de Campinas, junto com o médico Sebastião de Moraes. Kursou a Faculdade de Enfermagem na PUC-Campinas (Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Trabalhou na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas durante a gestão de Sebastião de Moraes; em seguida trabalhou na Secretaria Municipal de Saúde de Itu – SP, onde assumiu o cargo de Secretário de Saúde, após o falecimento do então secretário daquela cidade, Dr. Sebastião de Moraes.

4) Gastão Wagner de Sousa Campos – Médico Sanitarista, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Formado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília, torna-se Professor do DMPS da FCM Unicamp no início da década de 1980; atuou

como representante da FCM Unicamp na Secretaria Executiva do Colegiado Interinstitucional do Pró-Assistência e foi diretor do Centro de Saúde Escola de Paulínia. Foi Secretário Municipal de Saúde de Campinas entre 1989 e 1991 e de 2001 a 2002.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Resgatar a história das políticas de atenção à saúde desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – SP, nos períodos anteriores à implementação do SUS, analisá-la diante do contexto social e político da época e destacar sua importância na definição dos princípios e diretrizes do SUS.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.2.1 Apresentar a conformação dos serviços de assistência à saúde presentes no município antes do ano de 1977.
- 3.2.2 Apresentar, analisar e compreender a política municipal de saúde desenvolvida em Campinas – SP no período de 1977 a 1982.
- 3.2.3 Apresentar, analisar e compreender a política municipal de saúde desenvolvida em Campinas – SP no período de 1983 a 1988.
- 3.2.4 Mostrar a relação entre a política municipal de saúde dos períodos anteriores à implementação do SUS, com a conjuntura política nacional da época.
- 3.2.5 Destacar a importância da participação da população através dos movimentos sociais, do trabalho militante dos técnicos e trabalhadores e dos gestores da saúde, na transformação do modelo de atenção à saúde.

- 3.2.6 Destacar a importância de Campinas e de outros municípios na construção e implementação de um novo modelo de atenção que seria a base para o SUS.
- 3.2.7 Construir uma narrativa da história do período estudado, a partir dos documentos pesquisados, da análise das entrevistas realizadas e de minha própria atuação participante enquanto ator social.

## **4. NARRATIVA: ANTECEDENTES DA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS CAMPINAS**

### **4.1 DÉCADA DE 1970 E ANOS ANTERIORES**

#### **4.1.1 A Atenção à Saúde na Década de 1970 e Anos Anteriores**

A Constituição do Brasil (BRASIL,1967) e sua legislação complementar (decreto lei 200 e lei 6229/75), vigentes durante o regime militar, determinava que cabia aos municípios “Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto socorro”. A atenção à saúde propriamente dita, em particular a assistência médica, não aparece como responsabilidade do Ministério da Saúde nem mesmo no Relatório da 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980 (BRASIL, 1980).

Na época, o modelo de atenção era do tipo “previdenciário” que, desde a década de 1930 se organizava a partir dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) ligados a trabalhadores de diferentes categorias profissionais que, em 1966 foram unificados pelo governo da ditadura militar no Instituto Nacional de Previdência Social- INPS. Nesse modelo, a assistência médica era prestada pelos próprios institutos ou profissionais e serviços credenciados e, a partir de 1974 passa a ser de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS.

Como característica do modelo são beneficiários inicialmente do INPS e posteriormente do INAMPS, os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. Estes eram atendidos em ambulatórios próprios e em clínicas e hospitais credenciados. Aos trabalhadores rurais e aos que não tinham a “carteirinha” da previdência, restava o setor privado ou a filantropia, aqui

representada principalmente pela Santa Casa (Irmandade de Misericórdia), que, em Campinas abrigava a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

No estudo “A organização da Assistência Médica em Campinas” (CANESQUI, 1985), coordenado pela professora Ana Maria Canesqui, do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da FCM Unicamp, é analisada a intervenção estatal no campo da atenção à saúde no Brasil nos anos 1970. Citando Barros Silva, (1983), caracteriza a política de saúde da seguinte maneira:

*“centralização de decisões e auto-sustentação financeira; privatização e maximização de interesses; separação das redes de atendimento e baixa efetividade social.”*

*“...Este perfil denominado médico-privatista com as características apontadas distingue duas etapas na década dos anos 70: - a primeira até 1973 associada ao desenlace do ‘milagre econômico’ e aos marcos do autoritarismo limitou a emergência de críticos ao processo de decisão e da implementação de políticas governamentais. Aqui dominaram os burocratas do setor saúde ligados ao complexo previdenciário e os empresários de medicina, consolidando suas diferenças e alianças.*

*Na segunda etapa, a partir de 1974 continuam predominando os interesses dos grupos empresariais da medicina. Com mudanças no cenário político econômico, associada à crise econômica, começam a ser questionados aqueles interesses, aparecendo novos atores que passam a organizar e pressionar pela formulação de políticas estatais de novos cortes. No bojo destas formulações, em face do esgotamento do modelo médico-privatista, coloca-se como alternativa a formação da rede básica de atendimento integrado, regionalizado e hierarquizado.”* (BARROS SILVA, 1983).

Ainda nesse cenário, tanto a nível federal quanto do Estado de São Paulo, Barros Silva, 1983, citado por CANESQUI, 1985, analisa que há um

*“...privilégio pela expansão do atendimento médico-hospitalar em detrimento das ações médico-sanitárias e de caráter preventivo”.*

Em seu livro “Saúde e Previdência, Estudos de Política Social”, José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes de Paula, no capítulo 3 “Política de Saúde e Capitalização da Medicina: O Período pós 64”(BRAGA, 1986) referem que:

*“Nos últimos dez anos a política nacional de saúde deu prioridade à medicina previdenciária, reduzindo a importância do segmento relativo a medidas coletivas, incluído o saneamento. Isto se fez através da articulação entre Estado e capital privado, na área industrial, de serviços e financeira, que vieram a conformar um amplo espaço para a acumulação de capital”.*

#### 4.1.2 O Complexo Médico Previdenciário em Campinas

No Capítulo “O Complexo Médico Previdenciário em Campinas”, (CANESQUI, 1985) aponta que 90% da população urbana campineira era beneficiária do INAMPS, conforme tabela elaborada e publicada no estudo “Relatório de Pesquisa. Um estudo de Caso no Município de Campinas, 1971-1980”-IBGE(Possas,1981).

**Quadro 1:** População urbana e população beneficiária do INPS em Campinas, de 1975 a 1980

ANOS	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA	POPULAÇÃO URBANA
1975	423.800	470.389
1976	451.900	502.103
1977	481.900	535.390
1978	513.800	570.881
1979	547.900	608.726
1980	620.500	664.356

Para atender à população beneficiária, o INAMPS contava com serviços próprios e mantinha contratos e convênios com outras instituições.

Os serviços próprios em Campinas eram:

- Ambulatório de Atendimento da Avenida Campos Salles;
- Ambulatório de Atendimento da Rua Barão de Jaguara;
- Ambulatório de Atendimento da Rua Barreto Leme;
- Serviço de Radiologia;
- Farmácia;
- Serviço de Eletrocardiografia;
- Serviço de Psicologia;
- Serviço de Audiologia;
- Laboratório de Análises Clínicas e;
- Serviço de Fisioterapia.

Com relação aos profissionais de saúde que atuavam nos serviços próprios do INAMPS, CANESQUI, (1985) apresenta a seguinte tabela, elaborada a partir de dados disponibilizados pela agência do INAMPS de Campinas:

**Tabela 1:** Profissionais de saúde que atuavam nos serviços próprios do INAMPS, em Campinas, em 1975 e em 1980

<b>PROFISSÕES</b>	<b>QUANTIDADE EM 1975</b>	<b>QUANTIDADE EM 1980</b>
MÉDICOS	239	199
DENTISTAS	19	18
ENFERMEIROS	3	6
AUXILIARES	30	26
ATENDENTES	10	30
ASSISTENTES SOCIAIS	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>302</b>	<b>286</b>

Os serviços contratados eram:

- Credenciamento de hospitais, casas de saúde e clínicas em regime de pagamento por unidades de serviço até 1983, após este ano o pagamento era feito por Autorização de Internação Hospitalar- AIH (procedimentos médicos);
- Convênios realizados por empresas que contratavam cooperativas e empresas médicas;
- Contratos com Casas de Saúde nas áreas de fisiologia e psiquiatria, com pagamento através de diárias;
- Convênios com Hospitais Universitários com pagamento feito globalmente e não vinculado ao número de pacientes atendidos;
- Convênios com sindicatos que prestavam assistência médica e odontológica;
- Credenciamento de médicos particulares.

O funcionamento do sistema de assistência médica dentro do modelo previdenciário, onde atuavam instituições públicas federais e instituições privadas, possibilitava e permitia uma relação entre as diferentes instituições, de tal forma que o setor público atendia muito, com pouca qualidade e o setor privado atendia de acordo com seus interesses de lucratividade: quando recebiam por procedimento, produziam muito e quando atendiam por pré-pagamento indicavam a prevenção.

Em seu livro “Saúde e Trabalho – a crise da Previdência social”, Cristina Possas (POSSAS, 1981) afirma que:

*“No interior do complexo previdenciário ocorre a disputa entre os diferentes grupos de interesse da medicina privada por fatias maiores de mercado. Convivem ali três subsistemas bem distintos:*

*1º) de um lado, o setor próprio do INAMPS, responsável pela maior parte das consultas ambulatoriais, onde ocorrem as grandes filas e onde o atendimento é oferecido em grande quantidade e com baixa qualidade.*

*2º) de outro lado, o subsistema de pagamentos por serviços prestados ou unidades de serviços cuja lógica é a ênfase em um número cada vez maior de serviços prestados, de complexidade e sofisticação crescente, centrado no modelo hospitalar. Em Campinas, por exemplo, no ano de 1976, de cada quatro pessoas que eram consultadas no INPS, uma era internada em hospital, através do sistema de pagamento por unidade de serviço. Naquele ano, as internações no município representaram cerca de 156 milhões de cruzeiros, ou seja, 61,4% do orçamento da agência local do INPS para assistência médica.*

*3º) Finalmente, as empresas médicas (Cooperativas Médicas, como a UNIMED e as Empresas Médicas de Grupo, como a SAMCIL), que funcionam sob o sistema de pré-pagamento, cuja lógica é um mínimo de gastos com internações, adotando em consequência uma ideologia preventivista”.*

#### **4.1.3 A Assistência à Saúde Prestada pela Prefeitura Municipal de Campinas e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

Antes dos “Postos Comunitários de Saúde”, que passam a ser implantados a partir de 1977, a atenção à saúde prestada pela Prefeitura Municipal de Campinas consistia em manter um serviço de atendimento às urgências através do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), e alguns Postos de Atendimento Médico.

O SAMDU, que tem suas origens também dentro do sistema previdenciário, era mantido pela Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) e operacionalizado pelo Corpo de Bombeiros, e ficava localizado na esquina das ruas José Paulino com Ferreira Penteado, na região central da cidade.

Além do SAMDU, o município mantinha um serviço de Saúde Escolar, que era o responsável por fazer vacinação nas escolas. Esse serviço contava com 4

vacinadores e alguns médicos que eram contratados pela PMC, através da Secretaria Municipal de Educação (SME).

Outro serviço municipal de saúde era a “carrocinha” do Canil Municipal, que cuidava da remoção dos cachorros que habitavam ou que fugiam para as ruas, sendo que a prioridade deste serviço na época era controlar a raiva canina e felina.

O município mantinha também, desde a década de 1950, alguns Postos de Atendimento Médico, que funcionavam de forma precária, com a presença eventual de médicos em alguns dias e horários. Os atendimentos não obedeciam a nenhuma programação.

O primeiro Posto de Atendimento Médico foi inaugurado em 1954. Esse posto surge a partir da luta do Padre Milton, pároco da igreja Nossa Senhora de Fátima, que durante toda sua vida, até a década de 1990, tem importante atuação junto à área da saúde do município.

Este serviço, inicialmente era de responsabilidade municipal, passando em seguida a ser de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, vinculado à sede administrativa do Escritório Regional da Secretaria do Estado da Saúde (SES) localizado na Avenida Orozimbo Maia.

Em seguida, foram inaugurados outros postos de atendimento, indicados na tabela abaixo:

**Quadro 2:** Postos de Atendimento Médico da SMS de Campinas, por bairro e ano de início de funcionamento.

<b>POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO/BAIRRO</b>	<b>ANO DE INICIO DE FUNCIONAMENTO</b>
TAQUARAL	1954
SOUSAS	1955
APARECIDINHA	1965
31 DE MARÇO	1969
BOA VISTA	1970
SÃO MARCOS	1974

Fonte: História das unidades de saúde – SMS/PMC- 1999 (CAMPINAS -1999)

A partir do início da década de 1970, a PMC instala um Pronto Socorro em um prédio destinado originalmente à instalação de uma Biblioteca Municipal, localizado na Avenida Faria Lima, no bairro Parque Itália, próximo à região central da cidade. Nos anos seguintes a PMC constrói nessa mesma área, a partir desse Pronto Socorro, o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG).

Os serviços da SES existentes no município cumpriam com as ações de “Saúde Pública” e ofereciam assistência programática a mulheres, crianças, idosos, pessoas acometidas por doenças infectocontagiosas, principalmente tuberculose e hanseníase, e pessoas com problemas de saúde mental.

Isto é, cabia aos Centros de Saúde do Estado, prioritariamente o atendimento aos excluídos do processo de produção, pois a força de trabalho formal (com registro empregatício em Carteira de Trabalho e Previdência Social) era atendida pelo complexo INPS / INAMPS.

Eram os seguintes os serviços da Secretaria de Estado da Saúde no município:

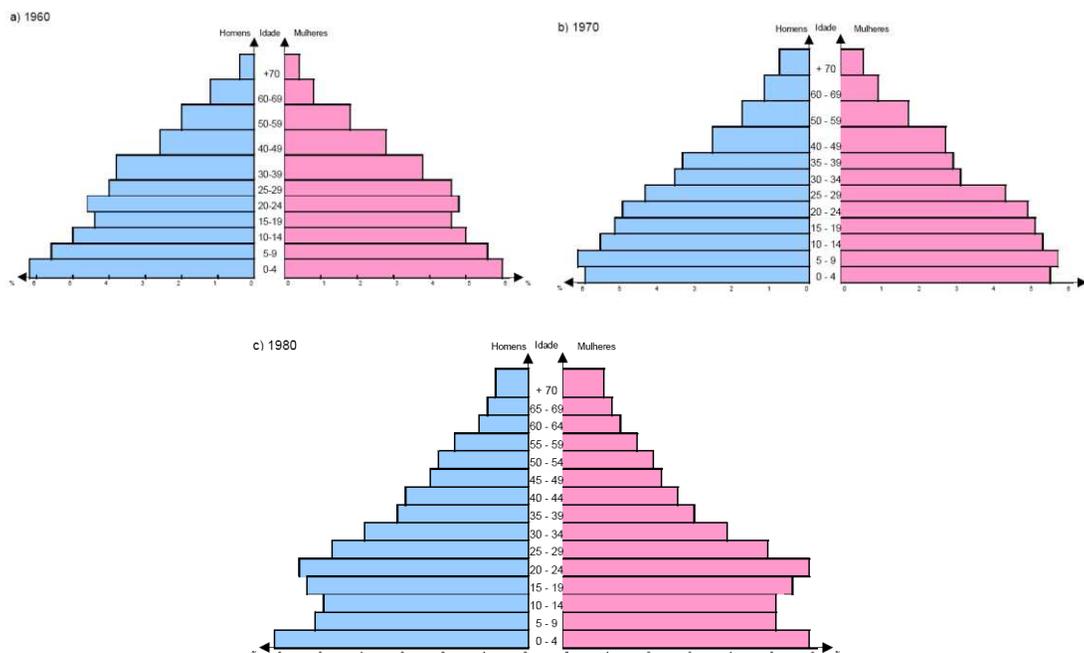
**Quadro 3:** Centros de Saúde da SES, por bairro e ano de início de funcionamento.

<b>CENTRO DE SAÚDE/BAIRRO</b>	<b>ANO DE INÍCIO DE FUNCIONAMENTO</b>
TAQUARAL	1954
BARÃO GERALDO	1954
SANTO ODILA	1957
CENTRO	1960
AURÉLIA	1960
SOUSAS	1960
JOAQUIM EGÍDEO	1960

Fonte: História das unidades de saúde – SMS/PMC- 1999 (CAMPINAS -1999)

#### **4.1.4 Campinas dos Anos 1970: Crescimento Populacional e Indicadores de Saúde**

A cidade que passava por um processo acelerado de industrialização, vivia também um grande fluxo migratório, que levou a mudanças significativas na composição etária de sua população.



Fonte: A saúde de Campinas e o contexto político nacional – pg 19 e 20 (In CANESQUI, 1985)  
**Gráfico 1:** Pirâmide populacional de Campinas em 1960, 1970 e 1980

Segundo dados da Fundação Seade, citado no estudo de Ana Maria Canesqui (CANESQUI, 1985), em 1970 a cidade tinha uma população estimada em 372.319 habitantes e em 1980 atingiu 657.712 pessoas representando portanto um crescimento de 76,65%.

**Quadro 4:** Município de Campinas – população estimada (01/07) 1960/1982

ANO	POPULAÇÃO ESTIMADA
1960	211.529
1970	372.319
1980	657.712
1982	729.010

Fonte: Fundação SEADE

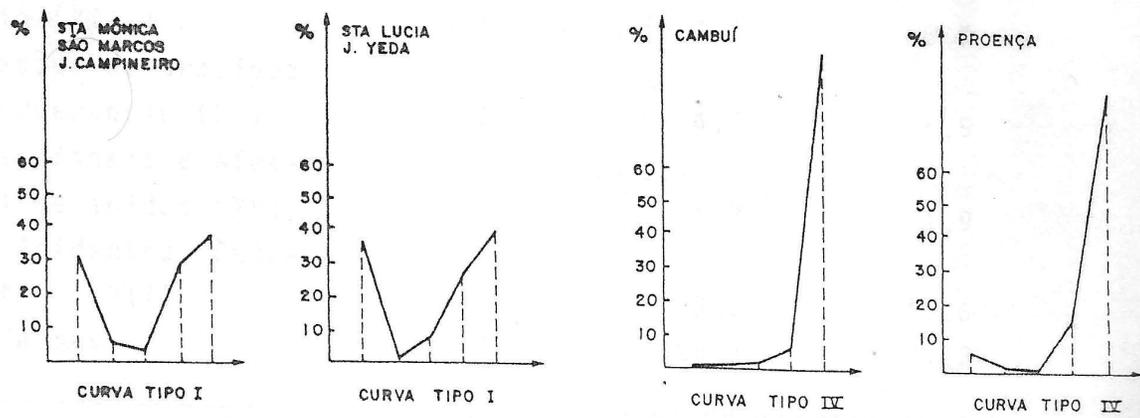
Nesse estudo, a autora analisa o crescimento da cidade da seguinte forma:

*...“O crescimento urbano experimentado pelo município de modo tão intenso na década 70/80, foi baseado principalmente nos setores mais modernos e dinâmicos da economia. Essa característica acentua a presença de uma sólida classe média com níveis de renda relativamente altos mesmo em comparação com o estado de São Paulo, o mais rico e desenvolvido do país. O processo de acumulação de capital em Campinas, no entanto, não constitui uma exceção ao padrão brasileiro, gerando grandes contingentes de uma população de baixa renda, carente dos mais elementares aspectos de bem estar social tais como saúde, habitação, transporte, ensino, etc. Assim, é possível registrar duas Campinas: uma de alto padrão com níveis de vida equivalentes aos encontrados em países desenvolvidos e outra de baixo padrão, com níveis de vida equivalentes aos encontrados em países subdesenvolvidos”. (CANESQUI, 1985)*

No final da década de 1970, já com a crise econômica instalada, a cidade passa a conviver com o fantasma do desemprego, que foi estimado em valores superiores a 10% da força de trabalho e convivia também com intensa especulação imobiliária que levava a uma diminuição de sua fronteira agrícola e consequente expansão dos limites urbanos.

Quando analisa o perfil da mortalidade no município de Campinas na década de 70, CANESQUI, (1985), revela que os indicadores mostram que as condições de saúde no município vem evoluindo satisfatoriamente, com diminuição significativa tanto da mortalidade geral quando da infantil. Cita, entretanto estudo realizado por Lopes, J.C. em “estrutura da mortalidade no município de Campinas”, (1982), que através do indicador “Curvas de Nelson de Moraes”, mostra que nos bairros de médio e alto padrão da cidade, as curvas de mortalidade são comparáveis às de países desenvolvidos, do tipo “nível de saúde elevado” e nos bairros pobres as curvas correspondem a níveis de saúde “muito precários”.

## CURVAS DE MORTALIDADE PROPORCIONAL EM BAIROS DA CIDADE DE CAMPINAS.



Fonte: Estrutura da mortalidade no município de Campinas, 1982 – Lopes, J.C (In CANESQUI, 1985)

**Gráfico 2:** Curvas de Mortalidade Proporcional em bairros da cidade de Campinas em 1982

### 4.1.5 Conjuntura Política Municipal do Final dos Anos 1970

No plano da política municipal, Campinas já vinha se consagrando durante a década de 1970, como uma cidade onde havia uma grande oposição ao regime militar, com o então partido MDB (Movimento Democrático Brasileiro), ganhando eleições e se fortalecendo. Em 1974, o ex-prefeito de Campinas, Orestes Quércia, foi eleito Senador da República pelo MDB (Movimento Democrático Brasileiro), impondo uma das maiores derrotas do partido político que apoiava a ditadura, a ARENA (Aliança Renovadora Nacional).

No ano de 1976, Campinas tinha como prefeito o senhor Lauro Péricles Gonçalves, do MDB e seu candidato a prefeito nas eleições daquele ano, foi o senhor Francisco Amaral, advogado trabalhista envolvido com as forças progressistas, que veio a vencer a eleição.

Durante o processo eleitoral, no que diz respeito à saúde, o programa de governo contemplava a viabilização de Posto de Saúde na região do Jardim Conceição, próximo ao Parque Brasília, onde havia sido construído um prédio

através de financiamento do projeto CURA (Comunidade Urbana para Recuperação Acelerada), criado pelo Banco Nacional de Habitação (BNH), através de seu Conselho de Administração em 30/03/1973 (RC nº 07/73) (BRASIL, 1973). Esse prédio estava literalmente vazio e como ainda durante a campanha, o então candidato havia assumido o compromisso com as freiras e com a população local de viabilizar um Posto de Saúde, quando assumiu a direção da PMC, a SMS ocupou o prédio e instalou ali seu primeiro Posto Comunitário de Saúde.

#### **4.2 PERÍODO 1977 A 1982**

Vencida a eleição pelo candidato Francisco Amaral, segundo o entrevistado José Carlos Silva, é convidado para ocupar o cargo de Secretário de Saúde um médico anesthesiologista do setor privado, que atuava no Hospital Casa de Saúde de Campinas, que não aceita o cargo e sugere para o mesmo, o seu colega também médico Dr. Sebastião de Moraes.

Sebastião de Moraes era um cirurgião geral que atuava no Hospital Casa de Saúde de Campinas e trabalhava no SESI – Serviço Social da Indústria -, onde foi o responsável pela implantação dos primeiros ambulatórios de assistência à saúde do trabalhador para grandes empresas, como Bosch, Supergasbrás e Açúcar Pérola.

Tinha vínculos políticos e ideológicos com as causas democráticas e populares e com a igreja católica e atuava no “Movimento Justiça e Paz”, que acolhia, atendia e protegia vítimas e perseguidos pela ditadura militar.

Na igreja católica, tinha ligações com D. Pedro Casaldáliga proeminente religioso seguidor da “Teologia da Libertação” e aqui em Campinas com o padre Milton Santana, da paróquia do Taquaral.

Ainda segundo José Carlos Silva, é exatamente na igreja do Taquaral que eram acolhidos militantes da luta contra a ditadura que necessitavam ficar refugiados. Essa mesma igreja do Taquaral, que na década de 1950 alojou o primeiro Posto de Atendimento Médico da PMC, anos depois cede um espaço para o funcionamento, por vários anos, do Centro de Saúde do Taquaral.

Para exercer seu papel nessa luta pela vida e contra a ditadura, o Dr. Sebastião se valia da condição de médico e quando necessário internava na Casa de Saúde, na condição de indigentes, militantes da luta contra a ditadura. Também usava sua própria casa, então no Bairro Nova Campinas, para acomodar oprimidos pela ditadura enquanto necessitassem.

O então “Prático de Enfermagem” do Hospital Casa de Saúde e futuro estudante de enfermagem José Carlos Silva ficou alojado e escondido na casa do Dr. Sebastião por cerca de 3 meses e refere que o médico Francisco Chagas Dias Monteiro, conhecido como “Chico Aratuba” e sua esposa também médica Helena Chagas, quando foram libertados das prisões onde foram mantidos pela ditadura (provavelmente para serem mortos em seguida), foram trazidos pelo médico Sergio Arouca, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM Unicamp, da porta do presídio diretamente para a casa do Dr. Sebastião, onde permaneceram até serem contratados para trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde.

Para compor sua equipe de direção da SMS em 1977, Sebastião de Moraes convidou o médico cirurgião Dr. Antonio da Cruz Garcia, indicado para ser o Diretor de Saúde, equivalente a Secretário Adjunto, o cirurgião Gabriel Travaini e a assistente social também da Casa de Saúde e militante da luta contra a ditadura Marina Sena Pessoto. Também passam a trabalhar na SMS, José Carlos Silva (Prático de Enfermagem da Casa de Saúde) e o jovem Mauro, que trabalhava com o Dr. Sebastião como “Patrulheiro” na Indústria de Açúcar Pérola, ambos

contratados por fundações de apoio vinculadas a empresas onde trabalhava o Dr. Sebastião. Segundo José Carlos Silva, *“O ex patrulheiro “Maurinho”, atuava em várias frentes na SMS e, como ator social e músico, cumpria papel que seria fundamental nas reuniões com a população no processo de conscientização do direito à saúde, base do desenvolvimento da nova política de saúde”*.

Segundo a entrevistada Carmem Lavras, à equipe se incorpora a pedagoga egressa do Colégio Estadual Vocacional de São Paulo, Maria Nilde Mascellani, que também tinha ligações com o padre Milton, da paróquia do Bairro Taquaral e com o professor Enildo Pessoa, ambos militantes das causas populares.

Segundo os entrevistados José Carlos e Carmem Lavras, a relação do então secretário com as grandes empresas e sua importante presença social, possibilitou que as empresas e entidades sociais como o Rotary e o Lyons, ajudassem na estruturação e manutenção da secretaria e de programas de saúde.

Como a SMS não tinha recursos, as indústrias privadas e a SANASA (Sociedade de Abastecimento de Água e Saneamento), autarquia municipal que cuida do abastecimento de água e tratamento de esgoto, além de instituições como o Rotary e o Lyons ajudaram a SMS a se estruturar e se manter através de doações de móveis, macas, gabinetes odontológicos e medicamentos.

A dinâmica de funcionamento daquela gestão da Prefeitura Municipal de Campinas era organizada de tal forma que cabia ao prefeito Chico Amaral, como era chamado, cuidar prioritariamente da vida política da cidade, e ao seu então vice, Grama (José Roberto Magalhães Teixeira), prioritariamente administrar cidade.

Sebastião de Moraes gozava de grande prestígio junto ao prefeito e costumava despachar em seu gabinete, diretamente com ele, ou com a chefe de gabinete, viabilizando projetos de interesse da Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo o entrevistado José Carlos Silva, o então secretário Sebastião era considerado o “comunista” da administração municipal e havia secretários e secretárias que não repartiam o mesmo elevador que ele.

#### **4.2.1 Modelo de Atenção Adotado**

Sebastião de Moraes teve o grande mérito de incorporar o social na atenção à saúde e estimular a prática da Medicina Comunitária nos futuros “Postos Comunitários de Saúde” que foram criados e passaram a funcionar em sua gestão frente à SMS de Campinas.

A incorporação do social, defendida em documentos da OMS/OPAS (Organização Mundial de Saúde / Organização Panamericana de Saúde), se deu com a participação expressiva das comunidades no dia a dia dos postos de saúde, com a participação direta de lideranças comunitárias nas discussões nos bairros populares, com a integração dessas lideranças aos profissionais de saúde, com a organização da população dos bairros para reivindicações sociais.

A criação dos Postos de Saúde em bairros populares e a atuação junto com as comunidades locais, reforçava as diretrizes que foram consagradas em 1978 na Declaração de Alma-Ata (ALMA-ATA, 1978), que apontava a necessidade de reforçar a APS (Atenção Primária em Saúde) como forma de promoção de saúde.

A SMS passa a discutir internamente e com a população, os determinantes das condições de saúde, rompendo o silêncio da prática até então dominante de pronto atendimento às necessidades urgentes e vacinação nos postinhos de saúde.

O conceito de atenção à saúde é ampliado e politizado. A assistência médica adota a Medicina Comunitária como norte, já apontando para a universalidade de acesso e integralidade da assistência.

Segundo a Dra. Carmem Lavras, que na época era estudante de medicina da FCM Unicamp, havia uma atuação organizada a partir do Departamento de Medicina Preventiva e Social, onde foi constituído o LEMC (Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária) que era um “laboratório” da FCM Unicamp, criado por professores e médicos que desenvolviam a Medicina Comunitária e por alunos voluntários que cursavam a partir do 4º ano de medicina na FCM Unicamp e atendiam a população no período noturno em alguns bairros periféricos da cidade, como Vila Costa e Silva, Vila Rica e Parque Brasília. Havia uma aproximação estratégica dos participantes do LEMC com as lideranças populares dos bairros onde atuavam.

A coordenação do LEMC até 1975, cabia ao Dr. Sérgio Arouca, que era docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM Unicamp, que havia sido fundado em 1965 pelo médico colombiano Dr. Miguel Ignacio Tobar Acosta, que trazia em sua bagagem a prática da Medicina Comunitária.

Segundo o estudo “Saúde e democracia experiência de gestão popular: um estudo de caso” de Elizabeth de Leone Monteiro Smeke (1989 – pag 306), o projeto de saúde do programa de governo do prefeito eleito,

*“...preconizava, como meta prioritária, a implantação da Medicina Comunitária, na elaboração de uma política municipal de saúde, e a extensão do saneamento básico”.*

Em seguida, afirma em relação aos projetos desenvolvidos pelo LEMC, que *“...a intensificação e ampliação dos vínculos que se estabeleceram entre a saúde e o movimento popular só se tornaram possíveis através da institucionalização daquele projeto “marginal” pela prefeitura”.*

Portanto, ao mesmo tempo em que ocupava os espaços políticos fazendo uma interlocução propositiva com pessoas de caráter progressista da política municipal, acolhendo e organizando os movimentos sociais, Sebastião organizava o atendimento contando com aliados importantes vinculados à igreja católica e à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Os postos de saúde, carinhosamente chamados de “postinhos”, de fato eram “Postos Comunitários de Saúde” e incorporaram a promoção à saúde e com ela as lutas populares em seu dia a dia, trazendo para a saúde as discussões como a do lixo (havia lixões e populações que viviam do garimpo do lixo) e o meio ambiente, até então estranhas para o ambiente saúde. Em alguns postinhos, como era o caso do bairro Jardim das Bandeiras (atual São José) se organizava até bicas comunitárias.

Nesse bairro, através do relato de uma moradora, liderança local na época, reproduzido em texto do Dr. Rubens Bedrikow (Bedrikow, 2004) escrito quando foi Coordenador do Centro de Saúde São José, vislumbramos a relação carinhosa e cativante que o Dr. Sebastião tinha com os moradores:

*“Acompanhado do médico Antonio Cruz Garcia e da sra. Marina, foi recebido pela moradora Maria Barbosa Caraca, então com 51 anos de idade. O grupo passou a se reunir com moradores na casa da sra. Caraca. Discutiam o projeto e o local ideal para a instalação da unidade sentados no chão e desfrutando de batida de coco oferecida pela anfitriã. Caminharam por várias ruas de terra até que avistaram uma casa ainda sendo rebocada pelo proprietário, sr. José. Sebastião de Moraes, sempre vestido de maneira elegante com roupa branca e perfume até hoje na memória da sra. Caraca, gostou da casa e concordou com o valor do aluguel, 250 cruzeiros.*

*Caraca ficou incumbida de ajudar a encontrar moradores que pudessem trabalhar no futuro centro de saúde. Lembrou de sua amiga Ana Vieira, na ocasião desempregada, 35 anos, mãe de cinco filhos e a quem costumava visitar e presentear com pãezinhos, muito apreciados pelas crianças. Chamou também*

*Terezinha e Maria José. Outras, como a jovem Natalina, de apenas 20 anos de idade, inscreveram-se espontaneamente no processo seletivo organizado pela Secretaria da Saúde. Natalina ainda trabalha no Centro de Saúde e se recorda do dia que a sra. Caraca a procurou para avisar que havia sido selecionada para seu primeiro emprego”.*

A SMS de Campinas passa a ter importância no cenário nacional entre as forças que queriam mudanças. Há busca por experiências de outros municípios onde condução semelhante estava acontecendo e recebíamos visitas de pessoas interessadas nas mudanças que ocorriam na SMS campinas.

Essa troca de experiência oxigenava as secretarias municipais envolvidas e foi uma política que tornou o município de Campinas mais importante e participativo no cenário político nacional.

Aquele final da década de 1970 e início da década de 1980 trouxe um grande fluxo migratório para Campinas e com ele o início do inchaço de sua periferia. Ganham força as lutas por moradia (respondida institucionalmente por políticas da Cohab – cooperativa e habitação popular - e conjuntos habitacionais), transporte, asfalto, saneamento, além das lutas gerais, contra a carestia, pelo fim da ditadura e pela democracia.

#### **4.2.2 A Saúde e o Movimento Popular de Saúde**

O grande crescimento populacional de Campinas nos anos 1960 e 1970, graças principalmente ao grande fluxo migratório em busca de oportunidades na indústria local, trouxe para a cidade os problemas da ocupação urbana. Desde a década de 1950, já existiam favelas, que se multiplicaram nos anos 1960 e 1970.

Com a ditadura militar e sua estrutura repressiva, a organização da população se dava a partir de SABs – Sociedade de Amigos de Bairros -,

entidades com pouca autonomia e em geral controladas e amparadas pela administração municipal.

Com a crescente urbanização e formação de favelas, com o apoio da igreja católica através das CEBs – Comunidades Eclesiais de Base – e das Pastorais Operárias, uma nova forma de organização da população, independente do poder político administrativo municipal começa a surgir e disputar espaço com as SABs: A “Assembléia do Povo”.

O documento “Relatório de Fundamentação Teórica” do documentário “Assembleia do Povo. O que importa é o que a gente é!” (ROLDÃO, 2009), produzido por acadêmicos do Projeto Experimental da Faculdade de Jornalismo do Centro de Linguagem e Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob orientação da Professora Doutora Ivete Cardoso do Carmo Roldão, assim caracteriza o movimento:

*“A Assembleia do Povo era um movimento de favelados e associações de moradores assessorados pela Pastoral da Igreja Católica instalada em Campinas a partir da década de 1970, que excluídas do processo de desenvolvimento e expansão urbana preconizado nos anos 1960, reivindicavam melhores condições para a vida urbana”*

Na área da saúde, também bastante sensível às reivindicações populares da época, o documento “História do Movimento Popular de Saúde Campinas 1977-1987” (CAMPINAS, 1987), elaborado como subsídio ao IIº seminário: Saúde e Participação Popular, assinado por Odila Fonseca em nome da coordenação do seminário, contextualiza a “questão da saúde em Campinas” associada ao crescente inchaço populacional da cidade, como ações planejadas em todos os níveis governamentais para favorecer o latifúndio e as empresas que se instalavam na região:

*“...o ‘inchaço’ da cidade de Campinas teve dentro da chamada política social do governo, tanto a nível federal (Geisel), como*

*estadual (Maluf) e municipal ( F. Amaral), um planejamento assistencial que conjugava com o incentivo da migração do homem do campo para a cidade, para não só o favorecimento da política do 'latifúndio' mas também da importação de mão de obra barata para as indústrias que se instalavam na região”.*

Ainda no mesmo documento, o movimento popular reflete que

*“O projeto de ‘assistência’ à pobreza que chegava a Campinas, duas secretarias municipais iriam ser fundamentais para ‘assentar’ os trabalhadores na cidade”,*

que seriam as secretarias de saúde e a da promoção social. Caberia portanto, a essas secretarias o papel de atenuar as tensões sociais.

Particularmente sobre a área da saúde, o documento destaca que:

*“Contrapondo-se as formas de lutas da classe trabalhadora, surge na década de 1970 um paliativo na área da saúde. São implantadas, nos países chamados de terceiro mundo – ou pobres, - as conclusões da Conferência de ALMA\_ATA e depois recomendadas pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), como uma medicina “simplificada”, dividindo a medicina – para ricos e para pobres”.*

Em seguida, sobre o modelo de Campinas destaca:

*“É interessante observar que este modelo de saúde foi introduzido em Campinas para atender e medicar “os pobres migrantes”. Além de ser inspirado nas recomendações da OPAS, era também baseado no modelo chinês – do médico pé descalço”.*

Em 1979, a igreja progressista, representada no estado de São Paulo por D. Paulo Evaristo Arns e nacionalmente por D. Helder Câmara, organizam na cidade de Lins – SP, o primeiro Encontro de Medicina Comunitária (ENEMEC). Campinas tem participação de destaque no encontro, tanto por parte dos gestores da SMS, quanto por parte do movimento popular e a partir dele, definitivamente “A saúde passava a ser vista como uma questão política”.

A partir do ENEMEC, esse movimento levanta a bandeira da “medicina integral”, com o lema “Saúde para todos” como estratégia para se contrapor ao

que consideravam como uma medicina para pobre (Medicina Comunitária) e uma outra medicina para o rico.

“Saúde: Uma conquista popular”, é o lema que marca a transformação do ENEMEC em MOPS – Movimento Popular de Saúde – que se dá em 1981 e representa a tendência dominante no movimento de romper com a visão de Medicina Comunitária aqui praticada e lutar por uma medicina integral.

#### **4.2.3 A SMS e a FCM/UNICAMP**

Outra modalidade de assistência disponível no município era aquela prestada pela Faculdade de Medicina da Unicamp, instalada no prédio da Irmandade de Misericórdia de Campinas, onde eram realizados atendimentos ambulatoriais, cirurgias e internações clínicas e cirúrgicas, além de atendimento de urgência.

Pela Unicamp, através de convênio com a Fundação Kellogs, foi elaborado um projeto que veio a viabilizar financeiramente a construção do Centro de Saúde Escola de Paulínia.

A Fundação Kellogs, assim como outras fundações como a Fundação Ford, a Rockefeller ou como a BEMFAM (Bem Estar Familiar), eram agências americanas que financiavam assistência à saúde em países do terceiro mundo, exportando as diretrizes da Medicina Preventiva e a própria doutrina imperialista norte-americana, então absolutamente hegemônica, para os países terceiro-mundistas como o Brasil.

Naquele tempo, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, através do Departamento de Medicina Preventiva e Social, que contava com pessoas como

Sérgio Arouca, José Rubens Alcântara Bonfim e Davi Capistrano, mantinha o denominado LEMC (Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária).

No LEMC, segundo Carmem Lavras, frequentavam alguns alunos do curso de medicina da FCM que não se alinhavam aos fundamentos teóricos defendidos pela Fundação Kellogs (então de bastante importância para o desenvolvimento da Faculdade de Ciências Médicas) e desenvolviam estudos e reflexões teóricas sobre o processo saúde-doença e suas determinações sociais.

Segundo Carmem Lavras, “ali se desenvolvia a prática de uma denominada Medicina Comunitária que procurava fugir do padrão norte-americano representado pelas fundações de financiamento”.

Nesse sentido, a Medicina Comunitária que se propunham a praticar não era aquela clássica defendida pelas fundações e constantes dos textos internacionais, patrocinados pela OMS, em que se debatia e se propunha modelos de atenção e de assistência voltados principalmente para o atendimento das populações pobres em todo o mundo.

Os frequentadores do LEMC, apesar de manterem nas aparências o discurso oficial, da Kellogs, faziam análise política do contexto e estudavam e refletiam apoiados em textos considerados “subversivos” pela então ditadura militar. “*Eventualmente tínhamos que destruir ou enterrar textos em algum quintal*”, afirma Carmem Lavras.

Assim, ao invés de exercer uma Medicina Comunitária oficial, que carregava com ela o movimento social, cooptando-o e submetendo-o, praticando uma medicina simplificada, o LEMC propunha uma medicina com foco na integralidade da atenção aos usuários, visando uma boa qualidade e que se desenvolvia junto com o movimento social, contribuindo para a organização e tomada de consciência por parte da população.

As atividades práticas dos alunos estagiários do LEMC eram feitas em bairros da periferia de Campinas, como Vila Costa e Silva, Vila Rica e Parque Brasília.

No Parque Brasília as atividades eram desenvolvidas em um ambulatório mantido por uma freira, localizado atrás da igreja.

Esse ambulatório era tocado pelos estudantes (a partir do 4º ano de medicina), em atividades extra-curriculares sob supervisão dos já médicos José Eduardo Passos Jorge e Maria Lucia Quaresma Passos, ambos militantes políticos do Partido Comunista do Brasil (PCdoB).

Ao mesmo tempo em que desenvolvia o projeto assistencial, o LEMC identificava lideranças populares e aqueles que exerciam práticas populares em saúde, estimulava o envolvimento político e promovia projetos de alfabetização utilizando-se do método de Paulo Freire.

O desenvolvimento dessas iniciativas contra hegemônicas e até mesmo revolucionárias, não se dava apenas em Campinas. Tratava-se de uma estratégia política desenvolvida pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), então na clandestinidade, que elegeu a área da saúde como um campo de luta contra a ditadura e tinha os departamentos de Medicina Preventiva e Social como espaços de formulação teórica e técnica e formação de pessoal e, em seguida, os municípios como locais de implantação de projetos de Medicina Comunitária.

Cabia ao médico Sérgio Arouca, militante do PCB (Partido Comunista Brasileiro) e professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM Unicamp, ser uma das principais lideranças desse movimento, que envolvia também os departamentos de medicina preventiva e social das faculdades de medicina da UEL (Universidade Estadual de Londrina), da UFF (Universidade Federal Fluminense) e da USP (Universidade de São Paulo). Também cabia a ele

fazer amarrações políticas a nível nacional, articulando municípios como Campinas, Londrina e Niterói que podiam viabilizar projetos de medicina comunitária e também fazer as articulações até mesmo internacionais, envolvendo a OPAS e proeminências da medicina preventiva da América Latina como Juan Cesar Garcia.

Em depoimento feito em 2007 às médicas Carmem Lavras e Sonia Prieto, que foi publicado pelo CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) com o título “Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios”, Sergio Arouca destaca:

*“O ponto de partida do movimento é a resistência à ditadura, na linha da ocupação de espaços para promover a redemocratização do país. Esse é o eixo central do movimento todo. Um dos polos fundamentais nesse movimento de resistência à ditadura foram os Departamentos de Medicina Preventiva. Esses Departamentos das Universidades eram os locais onde era possível, na época, ter alguma discussão sobre a questão social e a questão da saúde pública. Esses departamentos se tornaram espaços de atração de segmentos da esquerda democrata. Foram poucos departamentos empenhados nessa luta, mas alguns foram extremamente simbólicos nessa questão.*

*O departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP foi um desses espaços de luta, porque tinha recebido o Professor Miguel Ignacio Tobar como chefe do Departamento. Ele trouxe sua experiência de trabalho com comunidade na Colômbia, na linha de ensino em comunidade, de saúde comunitária – hoje saúde da família – uma experiência de ensino médico que, na segunda metade da década dos anos 60, estava promovendo a introdução das Ciências Sociais na saúde”.*

Ainda no mesmo depoimento, Sergio Arouca destaca o “segundo ciclo” desse movimento, que foi a integração entre os departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina e secretarias municipais de saúde de algumas prefeituras de cidades que elegeram em 1976, prefeitos do MDB:

*“O segundo ciclo da atuação dos docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva consiste na articulação da academia com o movimento de redemocratização, quando o MDB começa a ganhar prefeituras, abrindo um novo espaço de luta que, para nós, era um espaço novo, porque vínhamos trabalhando apenas em bairros. De repente, abrem-se poucos lugares importantes de luta [Campinas, Londrina e Niterói], abre-se um novo espaço teórico-prático em que se começa a pensar o município todo. Eram prefeituras que, absolutamente, não tinham nada na área de saúde. O exemplo do Tomassini era folclórico. Ele era o Secretário da Saúde de cemitérios, em Niterói.*

*Essas três prefeituras, apesar de serem só três prefeituras, tinham um potencial grande para polarizar o pensamento crítico que estava disperso, seja na universidade, seja em outros espaços, e de apresentar coisas novas que estavam sendo feitas e que ninguém estava fazendo”.*

A notoriedade das ações desenvolvidas e a tentativa de um aumento da ofensiva da ditadura contra as organizações democráticas e populares levaram à saída de Sergio Arouca da Unicamp.

Porém, apesar da saída da liderança, as atividades do LEMC continuaram, por vezes clandestinamente e por vezes travestida de reuniões acadêmicas e de estudos de casos.

Ao nível nacional, espaços como o do ECEM – Encontro Científicos dos Estudantes de Medicina – e do SESAC – Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária – serviam para debate e organização das iniciativas.

Os contatos entre os participantes do LEMC com o então Secretário de Saúde Sebastião de Moraes, eram feitos através dos médicos José Eduardo e Maria Lucia, que viabilizaram o funcionamento do Posto de Saúde do Jardim Conceição que passou a funcionar com atendimentos feitos por estes médicos e pelos estudantes de medicina que participavam do LEMC (Carmem Lavras, Igor Del Guércio, Angelo Trapé), que até então atendiam a demanda do ambulatório do Parque Brasília.

#### 4.2.4 A Evolução da SMS com Sebastião de Moraes

Gradativamente a Secretaria de Saúde passa a ser ela própria, um grande campo de ações surgido a partir do Laboratório de Ensino de Medicina Comunitária, com envolvimento entusiasmado de vários médicos, estudantes, trabalhadores da saúde e população.

Segundo Ana Maria Canesqui (CANESQUI, 1985),

*“Ocorreu em 1977 a implantação do programa de Medicina Comunitária, mediante a expansão de postos de saúde nos bairros periféricos na perspectiva de um programa “popular de saúde” que comportou a seleção e contratação de auxiliares de saúde, moradores dos próprios bairros, responsáveis pelo atendimento de problemas de saúde mais simples da população.*

*Ao lado disto consolidou-se uma experiência de Medicina Comunitária com participação dos movimentos populares, tornando a Secretaria Municipal de Saúde veículo de expressão de reivindicações dos movimentos populares de saúde”.*

Já no começo de 1977, logo após tomar posse em seu primeiro mandato como prefeito, Chico Amaral inaugura o primeiro posto de saúde de Campinas, no Jardim Conceição, cumprindo um compromisso de campanha assumido com a população local que era atendida pelo LEMC no Parque Brasília.

Carmem Lavras relata que a inauguração do posto foi um acontecimento importante e que já indicava a política de atenção que se desenvolveria no governo Chico Amaral sob a orientação de Sebastião de Moraes.

Para a inauguração, Sebastião resolveu apresentar um espetáculo teatral. A peça escolhida foi “A receita” de Jorge de Andrade, que era uma peça proibida de ser exibida, censurada pela ditadura.

O próprio autor veio para representação onde, num evento lotado pela população local, o roteiro da peça desenvolvia uma história onde havia pessoas

doentes e o médico que pouco podia fazer por elas, ressaltando a importância do trabalhador de saúde não médico.

Ao longo da peça se abria a discussão sobre o tema para todas as pessoas presentes.

O senhor Paulo, pedreiro que trabalhara na construção do posto de saúde, abre as falas e emociona a todos afirmando que pela primeira vez sentia que tinha construído uma obra que de fato achava que era para ele.

Com relação ao funcionamento do posto de saúde, Carmem Lavras relata que desde o início das atividades, havia por parte dos médicos, uma preocupação com a qualidade da assistência prestada. Foram elaborados documentos com diretrizes para a assistência e foi criado pela equipe o PAMI (Programa de Atenção Médico Integral), com protocolos para atendimento por ciclos de vida e por grupos específicos.

A atenção não consistia apenas em atendimentos individualizados e foram montados grupos de pacientes com hipertensão e com diabetes. Também desde o início de seu funcionamento, o posto de saúde passa a contar com atendimento em saúde mental, graças ao envolvimento do médico Igor Del Guércio, que havia atuado no Ambulatório de Saúde Mental que era mantido pela Sanasa na Avenida da Saudade.

Segundo Carmem Lavras, “Entusiasmado com o projeto, Sebastião de Moraes desde logo quis construir novos postos de saúde. Como tinha vínculos com a igreja católica, vislumbrava a possibilidade de abrir em outros bairros, particularmente onde havia organização pelas pastorais. Como também tinha vínculos com a classe operária, pois era médico do SESI, onde atendia muitos trabalhadores, usou dessas suas prerrogativas para descobrir e lapidar lideranças.”

Ainda, segundo Carmem Lavras, “O segundo posto de saúde a ser inaugurado, no mesmo dia 01 de maio de 1977, foi o posto de saúde do distrito de Aparecidinha, onde foram trabalhar os médicos Cecília Guião e Airton, que adotaram um outro modelo de assistência, baseado no modelo materno infantil clássico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo”.

Em seguida, foi inaugurado o do Bairro Vila Costa e Silva, para onde foram os médicos Domênico e Cristina; da Vila Orozimbo Maia onde se destacavam as lideranças populares Donizeti e Sueli; do Bairro Santa Mônica onde foi atuar o médico Gabriel Travaine; o posto de saúde do bairro Perseu Leite de Barros, para onde foram os médicos Percy e a Alice, e o Centro de Saúde do Jardim das Bandeiras, para onde foram os médicos Chico Aratuba e Helena.”

Esses últimos profissionais tinham um grande destaque, chegados de fora, diretamente da cadeia, pois eram perseguidos políticos que se incorporavam à assistência à saúde em Campinas e se articulavam com as comunidades de base (CEB) da igreja católica ou com suas organizações políticas.

Entre as ações desenvolvidas pelos militantes estava a formação do que chamavam de “conselho de saúde”, com participação de usuários e trabalhadores.

Mesmo após a entrada em funcionamento de 7 postos de saúde em 1977 (Conceição, Aparecidinha, Costa e Silva, Orozimbo Maia, Santa Monica, Perseu Leite de Barros e Bandeiras) havia a intenção por parte do secretário, de continuar crescendo, pensando em abrir unidades em toda a cidade.

Nessa época foi formada na SMS, uma “Comissão de Treinamento e Reciclagem” para seleção e capacitação de lideranças populares para atuarem como Auxiliares de Saúde e as reuniões em todas as sextas feiras na sede da Secretaria Municipal de Saúde (já então no 11º andar do paço municipal), quase

se discutia de tudo, desde a falta de esparadrapo até as diretrizes da política de atenção à saúde, sempre passando pelo processo de organização da população.

Dentro do modelo de atenção proposto, além do trabalho assistencial, eram fundamentais as discussões internas e com a comunidade sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Foi elaborada proposta a ser efetivada pela pedagoga Maria Nilde de fazer um diagnóstico de necessidades sociais do território do jardim Conceição, que incluía visitas de casa em casa.

A partir de então, começa a se consolidar o envolvimento de lideranças populares no trabalho de saúde que em seguida passam a ser contratados como Auxiliares de Saúde após treinamento inicial em saúde.

Carmem Lavras afirma que o sucesso do diagnóstico das necessidades sociais da região do Jardim Conceição foi tão grande, que a pedagoga Maria Nilde desenvolveu um treinamento para amplificar seu método, que em seguida foi aplicado no distrito de Aparecidinha.

Data dessa época o início do processo de efetiva organização da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas com grande envolvimento por parte dos gestores, trabalhadores e usuários.

A PMC passa a fazer aportes financeiros para a SMS e há um aumento da importância da SMS dentro da máquina pública e do município e em consequência, um aumento das responsabilidades da PMC com a saúde. No entanto, segundo José Carlos Silva, o funcionamento das unidades era também financiado através de doações de móveis realizada pelos próprios gestores e apoiadores informais da SMS (empresas, Rotary, Lyons) e a compra de materiais muitas vezes era viabilizada através da SANASA e de recursos obtidos com “vaquinhas”.

Aqui, vale destacar o ambicioso objetivo de ampliação dos serviços daquela gestão da SMS, que se daria a partir de convênios, que seriam de natureza formal ou informal, segundo consta no documento “Relatório de 1979” da SMS da PMC (CAMPINAS, 1979).

Os convênios formais seriam:

1. Convênio estado-prefeitura
2. Instituto Adolfo Lutz
3. Hospital Mário Gatti
4. Unicamp – programa de controle do câncer cérvico uterino

Os convênios informais seriam:

1. INAMPS – exames dos previdenciários, raio x simples e exames laboratoriais
2. UNICAMP - ambulatório geral de adultos e dermatologia

Com relação ao INAMPS foi formulada uma proposta para a formalização do convênio.

No documento “Subsídios para o Estudo da Viabilidade de um Convênio INAMPS/Prefeitura Municipal de Campinas”(CAMPINAS, 1979), que se encontra no documento “Relatório de 1979” da SMS da PMC”(CAMPINAS, 1979), a SMS aponta como condições necessárias para a viabilização do convênio:

*“1. Ampliação da atual rede de atenção primária na periferia de 24 postos de saúde para 54 postos mais 6 unidades de pronto atendimento como referência nas zonas intermediárias do município, além da retaguarda do pronto socorro municipal” e,*

*“2. Todos os 54 postos de atenção primária na periferia funcionando com 80 horas médicas semanais e 360 horas auxiliares semanais. Das 80 horas médicas semanais, 60 se*

*destinam a garantir o atendimento ambulatorial e o desenvolvimento de programas e 20 se destinam às consultas eventuais de urgência”.*

Destaque-se portanto que além da FCM Unicamp, começou a haver um processo de integração entre os prestadores de serviços de saúde e é criada uma comissão de integração, com a participação do então INPS.

Naquele mandato, foram inaugurados mais de 20 postos de saúde e o modelo de assistência praticado hegemonicamente era baseado na Medicina Comunitária e, segundo Carmem Lavras, havia no Posto de Saúde da Aparecidinha, a iniciativa de manter um modelo programático, aos moldes daquele praticado pela SES. Os Médicos, de maneira informal, contavam sempre, com o apoio e retaguarda da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que tinha como diretor e entusiasta dessa iniciativa, o pediatra e seu diretor José Martins Filho e o médico, docente Dr. Ronan José Vieira.

Quando da formatura em graduação dos alunos que eram vinculados ao LEMC, no final de 1977, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas estava em plena ascensão e crescimento.

Com isso, grande parte dos egressos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp do ano de 1977, foi trabalhar nos postos de saúde de Campinas.

Segundo Carmem, alguns docentes da Unicamp consideraram que essa opção era uma loucura, e outros ofereceram retaguarda predominando o espírito militante dos ex estudantes e então médicos, que tinham em comum a vontade de trabalhar.

A militância política dos envolvidos com a construção da SMS levou à montagem em Campinas de uma unidade do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde -, importante base de apoio àqueles que formulavam e trabalhavam na saúde.

Para compor a direção de nível central da SMS, o Dr. Sebastião passa a tentar trazer profissionais oriundos do LEMCI. E era contrariado pois os membros do LEMC achavam que tinha que ter alguém da saúde pública, embora fossem contrários à linha da saúde pública praticada no estado de São Paulo.

Naquele momento, o Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, médico sanitário que já havia trabalhado em Londrina, na UEL - Universidade Estadual de Londrina -, e no PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) estava chegando em Campinas. O convite para que o professor Nelsão viesse trabalhar em Campinas foi duplo: para trabalhar na Unicamp partiu do Professor José Aristodemo Pinotti, então diretor da FCM Unicamp que por sua vez fora pressionado pelo representante da Fundação Kellogs, Sr. Mário Chaves, que o conhecia no PIASS e enxergava na sua vinda uma possibilidade de reabilitar a imagem perdida de integração docente –assistencial do CESEP – Centro de Saúde Escola de Paulínia – que se deu com a queda do Professor Sérgio Arouca e a saída do Professor Tobar.

Para trabalhar na SMS o professor Nelsão foi convidado pelo Secretário Sebastião de Moraes, que o conheceu em um congresso de saúde pública em São Paulo onde apresentou o PIASS e a atenção primária. Sérgio Arouca, consultado informalmente e discretamente pelo secretário Sebastião, concordou com sua vinda para a PMC. Segundo o professor Nelsão: “acertamos em não dar bandeira”.

Assim, o professor Nelsão “aporta” em Campinas, para trabalhar meio período na SMS e o outro meio período na Unicamp, coordenando o CESEP.

Segundo Carmem Lavras, “A vinda do Nelsão foi bastante comemorada por todos, mas, de imediato começaram a surgir conflitos, pois ele veio com a bagagem adquirida no PIASS, para participar da gestão de uma secretaria que

ainda era muito amadora, que ao mesmo tempo contava com a dedicação militante e convivia com a imaturidade dos jovens médicos.”

#### **4.2.5 Novo Contexto Político Municipal**

O contexto político municipal e da Secretaria Municipal de Saúde no início dos anos 1980, deixara a secretaria de saúde ainda com a direção de Sebastião de Moraes, que estimulava e apoiava a atividade política por parte de trabalhadores e usuários.

A movimentação em torno da organização de conselhos nos bairros era intensa e junto com os profissionais dos postos de saúde vinha a igreja católica, sempre presente nas lutas populares da época.

Muitos representantes de trabalhadores vinham participar do conselho através da influência do Dr. Sebastião, que, como médico do SESI estimulava a participação de trabalhadores nas lutas democráticas e populares.

Em continuidade à organização nos bairros, foi constituída a “Assembleia do Povo”, que reunia conselhos e associações de vários bairros e deliberava democraticamente sobre as prioridades de luta, não apenas na saúde.

Na saúde, as assembleias promovidas pela SMS, eram realizadas no próprio prédio da prefeitura e nas unidades de saúde e, quando não foi mais possível, na igreja do Bairro Taquaral, do Padre Milton. A movimentação era intensa e vinha gente da cidade inteira, de ônibus fretados, financiados por organizações sociais ligadas aos trabalhadores da saúde e ao Dr. Sebastião, como a Associação de Sanitaristas do Estado de São Paulo. Ainda nessa oportunidade foi criada a Associação dos Auxiliares de Saúde e em seguida foi realizado o Primeiro Encontro de Saúde de Campinas.

Ainda nesse processo de lutas, que permitia rachas e reaproximações dentro do campo democrático e popular, é fundado o Partido dos Trabalhadores (PT), que na eleição de 1982 lança um candidato próprio à prefeitura municipal, o professor João de Carvalho.

Segundo o entrevistado José Carlos Silva, esse foi um motivo de “racha” no movimento, com o afastamento da gestão central da SMS tanto do PT quanto da igreja (que foi junto com o PT), pois os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde queriam a candidatura do secretário Sebastião de Moraes. Sua candidatura foi lançada pelo então Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Ocorre que o Dr. Sebastião, passa a ser desprestigiado pelo prefeito Francisco Amaral, que queria outra candidatura, no caso a do seu vice - prefeito José Roberto Magalhães Teixeira. Como podia haver sub-legendas dentro do mesmo partido, o PMDB apresentou as 2 candidaturas e mais uma terceira.

Antes da eleição, o prefeito destitui o seu secretário de saúde. Assume o cargo o médico João Plutarco Rodrigues de Lima, enfraquecendo assim a candidatura do Dr. Sebastião que, em seguida foi derrotada pela candidatura de Magalhães Teixeira.

Na visão de membros do movimento popular de saúde, a saída de Sebastião de Moraes foi assim analisada:

*“No momento em que para o poder local não interessava mais a prática populista dos chamados pela oposição de SEBASTIANISTA, as perseguições começam no interior da secretaria de saúde, chegando até à demissão do Secretário da Saúde – Sebastião Moraes”. (CAMPINAS, 1987)*

### **4.3 PERÍODO 1983 A 1988**

No governo municipal assume José Roberto Magalhães Teixeira, do PMDB que havia sido vice prefeito de Francisco Amaral e fora apoiado por este, disputando contra o ex-secretário de saúde Dr. Sebastião de Moraes.

Para Secretário de Saúde foi convidado o médico sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão), militante do então Partido Comunista Brasileiro, que já vinha com experiência acumulada de Londrina (PR), do PIASS, e da própria Secretaria Municipal de Saúde, por onde havia passado por um breve período a convite de Sebastião de Moraes, e docente na FCM Unicamp que dirigia o CESEP - Centro de Saúde Escola de Paulínia-.

Segundo o secretário Nelsão, o governo do “Grama”, apelido pelo qual era carinhosamente conhecido e que fazia referência à cidade de São Sebastião da Grama (MG) onde passou sua infância, era de caráter “pluralista”, acomodando e dando voz a pessoas de diferentes tendências, com predominância de progressistas.

A Secretaria de Saúde, quando do início da gestão contava com Postos Comunitários de Saúde distribuídos por boa parte da cidade, contava com o empenho e dedicação de vários profissionais como médicos e auxiliares de saúde, contava com apoio de movimentos populares, mas ainda tinha uma grande carência de profissionalismo.

Em seu governo um dos propósitos foi o de tornar a secretaria mais dinâmica e profissional.

Foi feito o primeiro plano de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores da saúde, houve crescimento ascendente do número de

funcionários, iniciou-se a ordenação da área administrativa e deu-se continuidade ao processo de capacitação profissional dos auxiliares de saúde.

A tabela a seguir, que tem como fonte a SMS de Campinas e é citada por Ana Canesqui, (CANESQUI, 1985) demonstra a evolução do número e variedade dos profissionais de saúde entre os anos de 1977 e 1984.

**Tabela 2:** Funcionários da SMS de Campinas, por categoria profissional, em 1977, 1982, 1983 e 1984.

CATEGORIAS	ANOS							
	1977		1982		1983		1984	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MÉDICOS	31	32,98	75	22,87	114	27,61	106	21,33
ENFERMEIROS	-	-	7	2,14	9	2,81	14	2,82
AUXILIARES DE ENFERMAGEM	32	34,05	204	62,20	245	59,32	214	43,06
PSICÓLOGOS	5	5,32	11	3,35	12	2,91	9	1,8
ASSISTENTE SOCIAL	3	3,2	1	0,3	1	0,24	1	0,20
FONOAUDIÓLOGO	1	1,06	1	0,3	1	0,24	1	0,22
DENTISTAS	1	1,06	-	-	-	-	105	21,13
ESTATÍSTICA	-	-	1	0,3	1	0,24	1	0,20
FISIOTERAPEUTA	-	-	-	-	-	-	1	0,20
OUTROS	21	22,34	28	8,54	30	7,26	45	9,06
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>328</b>	<b>100,0</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>	<b>497</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Campinas

Ao analisar o funcionamento da rede de saúde de Campinas, Ana Canesqui (Canesqui, 1985) conclui que:

*“...tal como a secretaria estadual de saúde a rede básica da secretaria municipal de saúde vinha funcionando de forma não integrada com os demais serviços, dando conta de parcela reduzida da demanda, não competindo com a cobertura proporcionada pelo INAMPS, embora prestasse atendimento à população beneficiária e não beneficiária da previdência social.”*

Ao nível nacional, o modelo previdenciário – inamspiano, notoriamente inspirador de diversas formas de corrupção consolidava sua crise e começava a ser questionado.

Aqui, é importante lembrar que a previdência social no Brasil começa como iniciativa do movimento dos trabalhadores do início do século 20, financiada com recursos de trabalhadores e empregadores e com gestão feita pelos trabalhadores. Desde o início, as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) e em seguida os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) oferecem também assistência médica aos seus trabalhadores segurados.

Segundo Braga, J.C.S e Paula, S. G. no livro “Saúde e Previdência. Estudos de política social”,

*“A medicina previdenciária surge de fato no Brasil na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). É bem verdade que os anos 20 vêm surgir as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que se juntam às políticas empresariais e estatais de higiene e saúde; entretanto, suas limitações políticas e atuariais permitem afirmar que a previdência social com suas características de extensão de cobertura, universalização etc., é criada no Brasil apenas com os Institutos, quando se instala um esquema que deveria sobreviver por cerca de 30 anos.” (BRAGA, 1986).*

Esse modelo de previdência, organizado e equilibrado pela classe operária, sobrevive com modificações que não atingem sua essência, a vários governos (Getúlio, Café Filho, Juscelino, Janio Quadros e João Goulart).

Com a ditadura militar há não apenas uma intervenção no sistema, com a unificação dos institutos, como há também uma verdadeira expropriação dos recursos, que passam a ser geridos exclusivamente pelo estado, através do INPS a partir de 1966.

Os recursos da previdência, agora sob gestão da ditadura, atraem a atenção da classe dominante e dos militares, que tem interesse em utilizá-los onde lhes interessasse (transamazônica, usina de Angra dos Reis, ponte Rio-Niterói, etc).

Há aqui um predomínio do uso das “sobras” do caixa da previdência para outras finalidades, em prejuízo de um regime de uso dos recursos baseado em cálculos atuariais que garantisse sua sobrevivência para o cumprimento de suas finalidades.

Nesse cenário, em pleno regime militar, já estava instalada a crise na previdência, o que determina tentativas de rearticulação do setor por parte do governo.

Em 1980 é realizada a Sétima Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1980) e a partir dela surgem propostas como a do Prev – Saúde, que é assim definido segundo Osvaldo Yoshimi Tanaka, em seu documento “Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no estado de São Paulo, Brasil” (TANAKA, 1992):

*“O Prev-Saúde apresentava como característica principal uma estratégia de integração de maior abrangência envolvendo o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério do Interior (MI) e a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), possuindo objetivos bastante ambiciosos, como o de estender a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população, de reorganizar o setor público de saúde articulando as várias instituições, e de reordenar a oferta dos serviços, além de promover a melhoria das condições gerais do ambiente”.*

Em 02/09/1981, através do decreto nº 86.329 (BRASIL, 1981), é criado o CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (BRASIL, 1981) -, que, através da Portaria nº 3062 de 23/08/1982 (BRASIL, 1982) do Ministro da Previdência e Assistência social, aprova o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”(BRASIL, 1982) que representava uma tentativa de reorganização do setor, racionalizando gastos previdenciários e segurando desperdícios, porém mantendo e preservando sua

essência previdenciária e também os interesses daqueles que se beneficiavam do modelo vigente.

No documento de Reorientação, no item que trata da “Estratégia de implementação do plano” aparece entre as “Etapas a serem cumpridas a médio prazo (a partir de 1983)” a “Implantação de convênios trilaterais ou projetos de regionalização e hierarquização de serviços, com participação de Universidades e outras instituições”, em:

- Niterói
- Curitiba
- Campinas
- Rio Grande do Sul
- Distrito Federal
- Rio Grande do Norte

Com as propostas do CONASP, que começaram a ser amadurecidas, o complexo INPS / INAMPS deixaria de comprar assistência médica do setor privado e passaria a comprar dos municípios, pela metade do preço. Bom para o complexo previdenciário, que economizaria e bom para os municípios, que passariam a contar com um recurso até então inexistente, de origem previdenciária.

É nesse contexto que emergem propostas como a do Pró-Assistência, que apresentava as bandeiras da integração, regionalização e hierarquização da assistência, a ser prestada em redes de serviços, envolvendo municípios, estado, Inamps e universidades.

Em sequência ao Pró-Assistência, em dezembro de 1983 é assinado convênio entre o INAMPS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dando início às AIS – Ações Integradas em Saúde.

Municípios como Campinas e Ribeirão Preto foram os primeiros a assinar o convênio AIS – Ações Integradas de Saúde – e, em seguida outros municípios como Itu, São Roque e Botucatu. Nessa época, o então ex-Secretário de Saúde de Campinas, Sebastião de Moraes, estava trabalhando como Secretário Municipal de Saúde de Itu, SP, onde trabalhou até morrer em acidente automobilístico, sendo então substituído pelo enfermeiro José Carlos Silva, que compunha sua equipe de direção.

Segundo o entrevistado Nelson Rodrigues dos Santos, o recurso financeiro proveniente das AIS, embora sendo a metade do que o INAMPS já pagasse ao setor privado seria fundamental para a estruturação da rede pública.

Em 1983 os recursos financeiros provenientes das AIS (Ações Integradas de Saúde) pagavam todo o atendimento da população não previdenciária. Segundo o professor Nelsão: *“A universalidade nasceu ali”* pois *“Sem saber que era impossível, fizemos”*, parafraseando o poeta e cineasta francês Jean Cocteau (não sabendo que era impossível, foi lá e fez).

Ainda segundo o professor Nelsão, as AIS eram o “rumo da universalidade”, cujo nome ainda não existia, e no bojo dela a “atenção integral à saúde nos leva a romper com a prática bastante presente na APS, de fazer apenas prevenção.”

A atenção à saúde passa a incorporar as premissas do jargão da OPAS: “Promoção, Prevenção, Assistência e Reabilitação”.

Ainda segundo o professor Nelsão, “Outra coisa que fizemos sem rótulo, foi a prática da equidade, pois nossa prioridade era o mais desassistido; entendíamos que era uma vitória atender o médio (classe média), mas a prioridade era o mais necessitado.”

O professor Nelsão considera que ali nasce o “Embrião do que viria a ser o SUS na Constituição, pois o componente doutrinário começou a se tornar

consciente”, para em seguida, em 1987 ganhar seu nome na CNRS (Comissão Nacional de Reforma Sanitária).

Ainda, no entendimento e nas palavras do professor Nelsão, “Não tem salto de qualidade sem acumulação” e, na construção dos acúmulos que levariam ao SUS, “Os anônimos que trabalharam na acumulação foram tão ou mais decisivos que as centenas de secretários de saúde municipais”.

Com as AIS, os municípios simplesmente dobraram seus orçamentos para a área da saúde e passaram a ser atores políticos de maior importância, assim como os estados, onde se organizaram colegiados estaduais, fórum de discussões para mudanças do sistema (SP, MG, PR, RS, PB).

É nesse contexto, avalia o professor Nelsão, que as forças progressistas e democráticas do setor passam a olhar para a social democracia europeia onde havia um sistema de seguridade social avançado e sistemas universais de atenção à saúde.

As forças progressistas da sociedade se interessavam pela mudança do modelo e contavam com apoio de orientações internacionais, patrocinadas pela OMS (respaldada pelas diretrizes do relatório final da conferência de Alma Ata) e OPAS.

A OPAS já vinha defendendo uma APS – Atenção Primária à Saúde – com capacidade para resolver cerca de 80% dos problemas de assistência à saúde e a década de 70 já demonstrara em vários municípios, inclusive em Campinas, que o caminho da APS era bastante promissor, tanto para a organização do setor, quanto para a luta pela reforma sanitária, contra a ditadura e pela democracia.

Cabe ressaltar que já nos anos 70, as experiências municipais (Campinas, Londrina, Niterói...) eram demonstradas e debatidas em encontros e passam a ganhar força e se solidificar, de tal forma que no início dos anos 80, vários

municípios já assumiam a estratégia do rumo a ser tomado para a APS. Estava indicado um caminho, no sentido de uma assistência médica que atendesse à população mais pobre e não previdenciária, abrindo caminho para a futura universalização.

O acesso à assistência à saúde pela população mais pobre interessava também à ditadura, que via essa alternativa como uma maneira de atenuar as crescentes tensões sociais e ganhar a simpatia da população.

No primeiro quinquênio da década de 1980, a iniciativa de criação e fortalecimento da APS pelos municípios já estava “batendo no teto” de sua capacidade orçamentária e financeira.

Em Campinas, já não bastava mais a integração incipiente entre a SMS, o Mário Gatti, a Unicamp e a PUC-Campinass, quando as AIS abrem as portas dos PAMs do INAMPS (que atendia apenas os previdenciários) para a SMS e possibilita o nascimento do Pró-Assistência (SÃO PAULO, 1983), trazendo para a SMS a assistência então chamada de média complexidade.

Interessante que, não por acaso, iniciativas como o Pró-assistência também vinham sendo organizadas nas outras cidades onde a APS ganhara força na década de 1970.

#### **4.3.1 O Sistema de Saúde e o “Pró-Assistência”**

No ano de 1982, fruto de intensa mobilização política que envolvia todos os setores que queriam mudanças na atenção à saúde, é assinado o decreto 18.844, no dia 07 de maio (SÃO PAULO, 1982).

Apenas com uma leitura descontextualizada do decreto e principalmente levando em conta os signatários do texto legal que instituiu o “Pró-assistência 1”,

somos levados a pensar que tratava-se de mais uma iniciativa burocrática-legalista vinculada aos interesses de governos ligados à ditadura militar.

No entanto ao contrário, o Pró-assistência nasce no bojo da luta de técnicos da área da saúde que atuavam nas várias instituições da área, da atuação de professores universitários, do posicionamento crítico de gestores públicos comprometidos com a implantação de serviços de saúde de melhor qualidade e principalmente da crescente participação popular na área da saúde, que já vinha ganhando corpo desde a década de 1970 configurando o que passou a ser denominado em seguida de movimento pela “Reforma Sanitária”.

Portanto, a leitura mais atenta e contextualizada pelo momento político que vivíamos na época, nos informa que se tratou de mais uma conquista das lutas sociais.

De fato havia interesses da ditadura militar e de seus representantes civis, que vinham gradativamente se “dobrando” ao crescente apelo popular pela democracia, em permitir ações que atenuassem a crescente insatisfação popular. Mas, o determinante para as mudanças na saúde foi o crescente acúmulo de “vitórias” dos movimentos sociais naquele momento.

Na área da saúde, a riqueza da participação popular do final da década de 1970 e a ascensão aos cargos de gestão em algumas secretarias municipais de saúde (ou congêneres) de profissionais comprometidos com a luta a favor da Reforma Sanitária, juntamente com o papel desempenhado por técnicos de instituições estaduais (SES) e federais (INPS / INAMPS) e, no caso de Campinas, o interesse militante de professores universitários na elaboração de estratégias para a mudança do modelo e viabilização da reforma sanitária foi fundamental para a elaboração de propostas de reorientação do modelo de atenção tal qual o pró-assistência 1.

Cabe aqui destacar que, da mesma forma que houve participação de militantes políticos de esquerda nos departamentos de medicina preventiva no final da década de 1970, houve também uma importante e fundamental participação de técnicos, militantes políticos de esquerda nas principais instituições públicas de saúde do país.

Se por um lado, a luta política e a atuação profissional militante levaram ao decreto 18.844 em 07/05/1982, a partir dele, técnicos das várias instituições envolvidas constituíram um colegiado “inter-institucional”, aberto a outras instituições afins, com uma secretaria executiva também inter-institucional para a definição das *“linhas básicas, que nortearão a atuação do Colegiado e Secretaria Executiva”*, que levarão à formalização de um *“protocolo de cooperação que disponha sobre o caráter decisório do Colegiado, papel da Secretaria Executiva, estratégias de implementação, a questão docente assistencial, o papel dos serviços mais complexos, etc.”*, conforme ficou deliberado na *“1ª reunião dos representantes das principais instituições referidas no decreto nº 18.844 de 07.05.82 (CAMPINAS, 1982)”*, que ocorreu no dia 17 de maio de 1982 (portanto 10 dias após a publicação do decreto), na Reitoria da UNICAMP.

Essa reunião contou com a participação do então Reitor da UNICAMP, Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, do Secretário Municipal de Saúde de Campinas, Dr. João Plutarco R. de Lima, do diretor da DRS-5 (Divisão Regional de Saúde 5, da Secretaria de Estado da Saúde), médico Denir Zamariolli e do Chefe da Medicina Social da agência local do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), médico Ulisses Peres, além de outros técnicos das instituições envolvidas.

Entre outras deliberações dessa reunião, está a constituição da “Secretaria Executiva”, também de caráter inter-institucional, formada por técnicos das

instituições envolvidas. O professor Nelsão, naquele momento ainda como diretor do CESEP, sugere ao reitor Pinotti, os nomes dos médicos Luiz Carlos Oliveira Cecílio, Maria Haidée de Jesus Lima e Igor Del Guércio para a composição da Secretaria Executiva.

A partir dessa reunião, seguiram-se outras, já com a conformação de “Colegiado Interinstitucional”, ocorridas nos dias 26/05, 25/08, 27/10, 04/11, 11/11 e 06/12/1982 (CAMPINAS, 1982), onde eram apresentadas e se debatiam os estudos e as propostas elaboradas pela Secretaria Executiva do Colegiado, que se reunia com maior frequência para a execução de seus trabalhos.

No final de 1982, quando é convidado pelo prefeito eleito de Campinas, Magalhães Teixeira para ser seu Secretário de Saúde, o professor Nelsão indica ao reitor Pinotti, o nome do professor Gastão Wagner de Sousa Campos, que o substituiria na direção do CESEP, para também compor a Secretaria Executiva do Colegiado, juntamente com Luiz Cecílio, Haidée, Igor, além de Domênico Felicielo, pela PUCC e Paulo Régis, pela DRS.

A partir de 1983, quando de fato assume o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Campinas, o professor Nelsão passa a participar da Comissão Inter-Institucional do Pró-Assistência, juntamente com o professor Ronan José Vieira pela Unicamp, professor José Carlos Ramos pela PUC-Campinas, com o médico Ulisses Peres pelo Inamps e com representante da DRS.

Nas propostas do Pró-Assistência, o município passa a ter a gestão dos Centros de Saúde do estado, que em parte eram ociosos. Havia um entendimento que esse processo de municipalização aceleraria a consolidação dos postos de saúde municipais, mas também havia o entendimento que, com esse modelo, “bateríamos no teto” do financiamento até então disponível. Uma preocupação seria a vinda dos profissionais dirigentes e trabalhadores de uma estrutura do estado, acomodados em processos de trabalho onde pouco produziam. Temia-se

que sua vinda para dentro da nova proposta poderia gerar oposição e até mesmo boicote.

A Secretaria executiva do Colegiado elabora o documento “PRÓ-ASSISTÊNCIA 1 – Propostas da Secretaria Executiva ao Colegiado”(CAMPINAS, 1982), onde faz um diagnóstico da situação pela qual passava o modelo de atenção à saúde na época, apresentando os aspectos favoráveis à implantação de um “*Sistema Integrado de Assistência à Saúde no município de Campinas*”, os “*principais obstáculos colocados a implantação desse sistema integrado*”, os “*Objetivos gerais da atual proposta*”, os “*princípios gerais da atual proposta*”, as “*Propostas de implementação possível a curto prazo*” e as “*propostas cuja implementação exigem aprofundamento da integração inter-institucional*”.

Como “aspectos favoráveis” a secretaria executiva destacava:

*“Existência de uma rede básica de postos de saúde, já implantada e que inclui: 37 postos de saúde da prefeitura municipal, 9 unidades da secretaria de estado da saúde e 3 da faculdade de medicina da PUCC”.*

Isto é, a cidade, naquela época com cerca de 600.000 habitantes e já consagrada como um polo regional, contava com um número razoável de postos de saúde, distribuídos pela maior parte do seu território.

Embora ainda não funcionasse de maneira sistêmica, já se usava a denominação de “rede” na atenção básica (postos da SMS/PMC/PUCC).

As unidades da SES também ofereciam atenção baseada em programas e cuidava de problemas específicos como tuberculose e hanseníase, saúde mental e alguns ambulatorios de especialidades, em geral vinculados a programas (tisiologia x tuberculose; hanseníase x dermatologia, saúde mental).

Assim, a estrutura física de serviços existentes naquele momento poderia ser favorável ao início de uma atuação integrada, hierarquizada e regionalizada.

Necessitava de determinação política por parte dos gestores das várias instituições para que a atuação fosse sistêmica.

Uma vez conquistada a determinação política e construído o arcabouço legal, pode-se passar para as definições técnicas e dos papéis, a criação, revisão, aprimoramento e qualificação dos fluxos, protocolos e instrumentos que fossem viabilizar a organização do sistema.

Outro aspecto favorável apontado foi a

*“Existência de dois hospitais universitários aparelhados para atendimento secundário e terciário”*

Aos hospitais universitários (HC da Unicamp e Celso Pierro, da PUCC) caberia a atenção hospitalar de nível secundário e terciário, com demandas geradas pelos seus prontos socorros e ambulatórios de especialidades, havendo uma relação ainda muito incipiente com os postos de saúde municipais e estaduais.

Apesar de não citado no documento, além dos hospitais universitários havia também o Hospital Municipal Mário Gatti, autarquia municipal com gestão própria, e presidência indicada pelo Prefeito Municipal, independentemente do Secretário Municipal de Saúde. Assim, “corria em raia própria”, com demanda de seu pronto socorro e de seus ambulatórios, que também funcionavam independentes dos postos de saúde e da política municipal de saúde, com atividades voltadas prioritariamente aos interesses dos grupos médicos que atuavam em seu interior. Talvez por ter essas características e comportamento independente dos serviços da SMS, não foi citado no documento.

Outro aspecto favorável era a existência de

*“Ambulatórios próprios do INAMPS onde se desenvolvem todas as especialidades médicas”.*

Localizados exclusivamente na região central da cidade, na Avenida Campos Salles, na Rua Barão de Jaguará e na Rua Barreto Leme, atendiam demanda espontânea e programada para beneficiários do INPS / INAMPS com documentação em dia.

*“Existência no município de Campinas e Região de variadas experiências de integração de serviços, ainda que isolados ou pouco abrangentes”.*

Na região de Campinas, a experiência de Paulínia, com seu Centro de Saúde Escola em convenio com a Unicamp, era uma demonstração de atuação integrada, hierarquizada e regionalizada. Com inicialmente apenas um serviço (Centro de Saúde Escola de Paulínia) e depois mais 2 (dois) postos de saúde periféricos (João Aranha e Monte Alegre), atuava com fluxo sistematizado entre eles (os dois postos de saúde periféricos e com menor capacidade tecnológica e o centro de saúde central com estrutura de maior complexidade tecnológica e maior número de profissionais) e com o Hospital das Clínicas da Unicamp.

*“Experiência de integração entre secretaria de estado da saúde, prefeitura municipal e INAMPS em relação à vigilância epidemiológica, programa de tuberculose, algumas ações do programa de hanseníase e tratamento da esquistossomose”*

O processo de trabalho nas unidades da SES, obedecia à lógica da programação, de caráter verticalizada. Dentro do “Programa de Assistência ao Adulto”, existia os sub-programas de “Controle da Tuberculose” e de “Controle da Hanseníase” que tinha como propósito “desenvolver, junto à população do município, ações integradas de saúde, visando a redução dos riscos de infecção, de morbidade e mortalidade” pela tuberculose e pela hanseníase, que, entre suas atividades básicas havia aquelas que apenas se viabilizam se houvesse integração, comunicação e troca de informações entre os diferentes serviços instalados no município, como:

*“dinamizar e estabelecer o controle dos comunicantes”.*

*“intensificar a descoberta de casos nos indivíduos atendidos em outros serviços de saúde”,*

*Descentralizar a execução e controle de tratamento dos doentes, com implantação dessas atividades em todos os Centros de Saúde e não apenas nos que possuem área especializada”*

*“Assegurar encaminhamento e tratamento hospitalar nos casos indicados*

*“convocar faltosos”*

*“Visita domiciliar a todo doente novo”.*

Isto é, na área da vigilância epidemiológica, mesmo que devido à importância sanitária de suas ações, as atividades podiam ser apontadas como executadas pelas diferentes instituições de maneira integrada.

Outro aspecto favorável apontado foi o

*“Interesse crescente por parte de vários departamentos da FCM UNICAMP em criar condições para treinamento de pessoal auxiliar e estruturação de programações de saúde descentralizadas que contem com o HC/UNICAMP para referência de nível secundário e terciário”.*

O interesse dos vários departamentos de especialidades da FCM Unicamp, provinha em parte do efeito demonstração da experiência bem sucedida entre o DMPS / FCM UNICAMP e a prefeitura de Paulínia, e em parte avalio que provinha do interesse na adequação da demanda: com pessoal treinado na atenção básica e rígidos protocolos de encaminhamento para os ambulatórios de especialidades, a demanda que chegaria aos ambulatórios do HC seria mais apropriada aos interesses acadêmicos que, não por acaso coincidiam com os interesses dos chefes das especialidades, tanto para pesquisa quanto para formação dos residentes e internos, dentro de um modelo de formação voltado para as especialidades e para o setor privado.

Outra razão para o interesse por parte da FCM Unicamp era a perspectiva de que com a integração, hierarquização e regionalização dos serviços, a demanda ao seu Pronto Socorro seria referenciada e com isso diminuiria em quantidade.

*“Existência de um programa comunitário de odontologia realizado pela prefeitura municipal com ampla cobertura aos escolares da rede educacional municipal”:*

Tratava-se, tal qual os postos de saúde, de iniciativa municipal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, nesse caso voltada para a prevenção de problemas dentários em escolares. Cabe destacar, que o programa de odontologia, atuava em paralelo com os outros programas da SMS. A gestão dos serviços odontológicos era independente, vinculada a uma divisão da secretaria chamada de “Serviço Dentário Escolar”.

Apesar da atuação dos profissionais de odontologia nas escolas e nas equipes móveis ter um alto grau de autonomia em relação à SMS, a condução da gestão da secretaria naquele momento já apontava na direção da integração desse serviço às outras ações da SMS.

*“Reorientação a nível federal da política do INAMPS, favorecendo, exatamente iniciativas do tipo Pró-Assistência 1”*

No cenário político nacional, a duras penas, foi conquistado espaço para elaboração de propostas para mudanças no sistema de saúde; naquele momento, vigiam propostas relacionadas ao CONASP, e se gestava o que seria as AIS, como alternativa à já então evidente crise do modelo INAMPS e mostrando a conjunção de interesses entre instituições municipais, estaduais, universitárias e federais.

Assim, com o Pró-assistência, a atenção à saúde no município começa a ser mais sistematizada (tomar forma de sistema), uma vez que, a gestão da SMS,

em sintonia com outros municípios onde também começava a haver os mesmos movimentos, e, atentos às mudanças ao nível nacional, tomam iniciativas no sentido de integrar as várias instituições e serviços de saúde que prestavam assistência no município e que até então atuavam de forma praticamente isolada ou com pouca complementariedade.

Em 28 de julho de 1983 é firmado um “acordo básico” que será publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 07 de outubro de 1983 (SÃO PAULO, 1983).

Esse documento, em seus “*Considerandos*” reconhece a importância de constituição de uma “*rede*” de unidades básicas para a atenção às necessidades de saúde:

*“O atendimento de problemas de saúde requer fundamentalmente a presença de uma rede de unidades básicas que, numa adequada relação de proximidade com seus usuários, possibilite o desenvolvimento regular de ações e promoção de saúde e de prevenção de doenças, bem como a resolução das nosologias mais frequentes, ao mesmo tempo que facilite o acesso aos serviços de maior complexidade, sempre que necessário.”*

Em um único parágrafo, trata da questão do acesso a uma rede de unidades básicas próximas aos usuários, orientada para o exercício da promoção, da prevenção, da assistência e que possibilite o acesso a serviços de maior complexidade.

Considera ainda que

*“A prestação de serviços deve ser sistematizada em níveis de complexidade, coordenados entre si e orientados para o uso racional de recursos, com vistas ao alcance de coberturas mais efetiva e que para isso, cada unidade deverá responsabilizar-se pelo atendimento de uma área e de uma população específica, contando com o suporte dos níveis mais especializados”*

e com isso aborda as responsabilidades das unidades básicas pela atenção às pessoas de determinado território (área) e pensa o sistema em “níveis de complexidade coordenados entre si” visando a racionalização de recursos para alcançar coberturas mais efetivas.

Considera também que

*“O uso da tecnologia compatível com a complexidade dos problemas médicos e odontológicos existentes, por seu turno, deve conduzir não só ao desenvolvimento de equipamentos e de técnica apropriadas a cada nível de atenção, como ao emprego adequado de pessoal técnico e auxiliar com suficiente capacidade resolutiva”.*

Essa afirmação (considerando), por um lado traz a preocupação com a resolutividade das ações desenvolvidas em cada nível de atenção e com os equipamentos, técnicas e pessoal necessário e que possam ser desenvolvidos para o sistema ser resolutivo em todos os seus níveis; mas traz também uma redução da complexidade das necessidades dos usuários a “problemas médicos e odontológicos”.

No “considerando” seguinte surge a preocupação com a integração:

*“As ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde deverão ser integradas e presentes em cada unidade de atendimento”.*

que atribui a cada unidade (básica) de saúde, a responsabilidade por ações de promoção da saúde, de prevenção da doença e de prestação de assistência para a recuperação daqueles que estão acometidos por alguma doença.

Com relação aos custos desse sistema, considera que

*“A articulação inter-institucional, superando a descoordenação que caracteriza o modelo vigente, permitirá atendimento a custos suportáveis e previsíveis, através de uma programação integrada desenvolvida a nível operacional”.*

Esse “*considerando*” reconhece a “*descoordenação*” do modelo vigente e nos revela que as entidades envolvidas tem interesse em tornar os custos com a atenção “*suportáveis e previsíveis*”, o que seria possível através de uma “*programação integrada*”. Isto é, com um sistema que funcionasse de forma coordenada, haveria uma programação integrada entre as várias instituições que levaria a um sistema de custos que pudesse ser não apenas suportável como também previsível para o sistema e para cada instituição.

Em seguida ainda denotando uma preocupação com os custos da atenção e com a viabilidade do sistema, destaca que

*“Os programas regionais que implementam os itens anteriores tendem a ser mais realistas e viáveis pelo fato de conhecerem e levarem em conta as peculiaridades regionais e locais”.*

Em seguida, contextualiza as intenções e projetos locais dentro de cenário estadual e federal quando considera que

*“Os programas regionais devem ser sempre decorrência e guardar coerência com os propósitos de ações integradas de saúde entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e a Secretaria Estadual de Saúde”.*

Isto é, mesmo num ambiente em que o sistema de saúde era de caráter “previdenciário” (tem direito à assistência apenas quem contribui e seus dependentes), já se buscava a integração entre os assuntos e ações de domínio da saúde (Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde) com o Ministério da Previdência e Assistência Social, que de fato, por ser um sistema de matriz previdenciária, era quem financiava e portanto organizava e coordenava as ações de atenção à saúde.

Em seguida, ainda nos “considerandos” cita que

*“Na região de Campinas, no Estado de São Paulo, já está em andamento “Pró-assistência I” criado através do decreto estadual nº 18.844, que engloba as agências de saúde do Governo do*

*Estado de São Paulo” e que “Existe um acordo firmado entre diferentes entidades da região não incorporadas ao decreto, que estão trabalhando conjuntamente num colegiado para implementação do pró-assistência I”.*

O decreto estadual citado (18.844) trata da implantação do “Pró-assistência I”, e foi firmado em 07/05/1982, com propósitos de instituir um trabalho em rede, com regionalização das ações, hierarquização do sistema em níveis de complexidade diferentes (atenção básica, atenção secundária e terciária).

Após esses “considerandos”, na presença do Vice Presidente da República da época (Aureliano Chaves), ficava reconhecido o “Projeto de Integração, Hierarquização e Regionalização das Instituições e Serviços de Saúde – Pró-Assistência I” (CAMPINAS, 1983) que passou a ser integrado também pelo Ministério da Previdência Social através da agencia regional do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social -, pelo Ministério da Saúde através da Delegacia Federal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas, através da Secretaria Municipal de Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, e foi formado um colegiado com representantes de todas essas instituições, que tinham as seguintes atribuições:

*“-promover estudos, formular e implantar propostas visando as ações integradas de saúde a serem desenvolvidas na região”,*

*“-apresentar um projeto que justifique e oriente o programa”,*

*“-propor um convênio Multi-institucional que assegure o direcionamento dos recursos das instituições envolvidas para a integração, hierarquização e regionalização pretendidas, convênio este que será firmado na capital de São Paulo pelas autoridades estaduais e regionais competentes, e pelas representações estaduais das instituições federais, no prazo mais breve possível”*

*“-iniciar em caráter informal as ações necessárias para implementação do projeto.”*

Portanto, é o Pró Assistência 1 a proposta que através da defesa das bandeiras da “Integração, hierarquização e regionalização” das ações, organiza uma rede de serviços de saúde regionalizada, composta pelos até então postinhos de saúde, que passam a compor um dos níveis do sistema (atenção básica) e ser sua porta de entrada que se pretende resolutiva para a maior parte dos problemas apresentados pelos usuários de sua área de cobertura e que, caso haja necessidades relacionadas à assistência, pode contar com atenção especializada e hospitalar em outros níveis do sistema, o que se convencionava denominar de “hierarquização” da assistência.

No documento “Seminário de Capacitação para a Gestão da Implementação dos Programas de Saúde na Rede Básica Integrada”, (CAMPINAS, 1984) de maio de 1984, o Pró-assistência é assim definido:

*“Enfim, o PRÓ-ASSISTÊNCIA 1 representa um esforço das instituições públicas prestadoras de assistência à saúde, na região de Campinas, de, trabalhando coordenadamente, articularem um sistema regionalizado e hierarquizado, superando as deficiências e limitações do atual modelo”.*

Nas palavras do então Secretário de Saúde Nelsão, restava “*construir o caminho percorrendo-o*”, e assim foi feito.

E esse percurso era dos mais difíceis. Segundo o professor Nelsão, os intelectuais dirigentes de caráter mais conservador e de direita, passam a enxergar a proposta como um caminho para o socialismo. Seria o começo do socialismo. Ao mesmo tempo, grupos que lucravam com o modelo anterior também passam a se opor ao projeto.

As formas de oposição iam desde o boicote às propostas, passando pela tentativa de desmoraliza-las chegando até a ações mais truculentas.

Grupos de médicos especialistas do Hospital Mário Gatti e de médicos especialistas com vínculos com o INAMPS se opunham organizadamente à nova proposta.

Ainda segundo o professor Nelsão, no dia de uma reunião do colegiado inter-institucional, que deliberou sobre o encaminhamento de propostas que viabilizavam medidas concretas pela integração dos serviços, e portanto passariam a de fato efetivar algumas mudanças, o professor Ronan José Vieira, representante da Unicamp no colegiado, ao chegar a seu apartamento recebeu um telefonema com ameaças a ele e sua família. No mesmo dia, a casa do secretário Nelsão, foi atingida por pedradas.

Além das dificuldades representadas pelas reações da direita e dos grupos médicos que nela identificavam prejuízo aos seus interesses, havia uma dificuldade adicional para a implementação do projeto, que era a estrutura administrativa e de pessoal da prefeitura que, ainda muito amadora, impediria que as ações de integração fossem implantadas de maneira já “azeitadas” pois, segundo o secretário, as *“atividades meio não eram adequadas para as atividades finalísticas”*.

Aqui, cabe destacar o empenho militante e profissional de trabalhadores da secretaria municipal de saúde, que foram fundamentais no trato da máquina administrativa municipal, para o acúmulo que levaria ao SUS. *“O Saulo, o Donizetti e muitos outros anônimos”* foram fundamentais, revela o professor Nelsão, se referindo ao seu então responsável pela área administrativa da SMS, Saulo Paulino Lonel e ao ex auxiliar de saúde Donizetti, que cuidava das coisas do almoxarifado da saúde, até então instalado no 11º andar do prédio da PMC e também artista que retratava com brilhantismo em seus desenhos, as coisas e movimentos políticos da SMS e do Movimento Popular desde a época do Dr. Sebastião de Moraes.

Para tratar das dificuldades com a máquina pública municipal, é realizado um encontro em Montes Claros, MG, com a participação de vários municípios, cujo tema tratava das experiências administrativas de cada um deles. Nesse encontro, todos os municípios presentes refletem que para não serem “mortos” teriam que abrir a boca e romper com a burocracia estatal.

Na gestão do professor Nelsão frente à SMS Campinas, na área de gestão de pessoal, é instituído um até então inexistente “Plano de Cargos e Salários” para os trabalhadores da saúde. Segundo Nelsão, “O pessoal da SMS participou ativamente por mais de um ano nos debates sobre Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Prefeitura Municipal de Campinas, conquistando vários avanços”.

Ainda na área de pessoal, através de um convênio com o SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), a Secretaria Municipal de Saúde organizou e realizou um curso de nível médio de Auxiliar de Enfermagem, direcionado a todos os Auxiliares de Saúde.

A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde também passou por importantes mudanças entre 1983 e 1985.

Através de um convênio com a OPAS, foram adquiridos novos equipamentos para as unidades de saúde. Através de um outro convênio, com o Ministério da Saúde, se viabilizaram recursos financeiros para investimento na construção de unidades de saúde próprias, possibilitando o término de aluguéis de casas que já estavam em más condições e mal localizadas. Para a decisão sobre em quais terrenos da PMC seriam construídos os novos Centros de Saúde, todas as SABs – Sociedades Amigos de Bairros – participaram intensamente junto com as ARs - Administrações Regionais - e a SMS - Secretaria Municipal de Saúde-.

Na área dos insumos (medicamentos, vacinas, materiais de odontologia, materiais de enfermagem,...) necessários para a realização das ações de saúde,

até aquele momento não havia uma logística profissional necessária para a compra, armazenamento e distribuição para as unidades de saúde. Foi então organizado um almoxarifado central, que funcionava articulado com almoxarifados de cada Centro de Saúde.

Os mecanismos de escolha dos 6 (seis) técnicos que ficariam responsáveis e seriam treinados e capacitados para essa nova função, contemplou assembleias de Auxiliares de Saúde onde se discutiu o assunto, mediante delegação do nível central para que eles elegessem pessoas que comporiam o grupo. Esse grupo seria uma ponte entre a “periferia” e o nível central.

“Foi revolucionário”, segundo o professor Nelsão. “O Donizete era um deles”.

#### **4.3.2 A Articulação Entre Os Municípios no Estado de São Paulo**

É nesse contexto político que secretários de saúde de outras cidades (São Paulo, Bauru, Sorocaba, Ribeirão Preto), passam a trocar ideias e pensar em fazer algo mais sistemático a partir das sedes das regionais da SES. É formado um colegiado dos Secretários Municipais de Saúde, composto pelas secretarias das 17 cidades-polo da Secretaria Estadual de Saúde. As reuniões desse colegiado ocorriam alternadamente em cada uma das cidades.

Em seguida, esse colegiado passa a ser denominado Associação de Secretários Municipais de Saúde “Dr. Sebastião de Moraes”, em justa homenagem ao Dr. Sebastião, que havia falecido precocemente em acidente automobilístico enquanto era secretário municipal de saúde da cidade de Itu- SP . Em seguida, o colegiado, já com nova conformação, passa a ser denominado de COSEMS-SP (Conselho de secretários Municipais de Saúde de São Paulo).

Já na primeira reunião entre secretários municipais dessas cidades, se percebe que as situações são bastante parecidas, em todos os sentidos. O que já havia acontecido com algum, poderia ainda acontecer com todos.

Mas, naquele momento já havia um consenso que incluía até mesmo aqueles de perfil mais conservador: o da necessidade de investir na criação de uma rede de atenção primária própria.

Para os de esquerda e progressistas, era uma estratégia e um avanço rumo a um sistema universal e de atenção integral.

Para os de direita e conservadores, alinhados com a ditadura, seria uma forma de atenuar as tensões sociais.

Depois de várias reuniões, é elaborado documento para ser levado ao secretário de estado da saúde, Dr. João Yunes.

Nesse documento constavam as explicações dos porquês da necessidade da municipalização dos seus Centros de Saúde e o compromisso de que os municípios dariam conta de fazer a gestão da rede.

Naquele momento o estado de São Paulo era dirigido pelo governador Franco Montoro e seu secretário de saúde, João Yunes, viu com bons olhos as propostas do documento. Além disso tinha receio de perder espaço político e até mesmo de ver seu governo ser desmoralizado caso se opusesse às propostas.

É nesse contexto que a Secretaria de Estado da Saúde “topa” as propostas e tem início o processo de municipalização.

Em 1987 termina a gestão de Franco Montoro como governador do Estado de São Paulo.

Na eleição de 1986 foi eleito e toma posse o governador Orestes Quércia, que indica para ser seu Secretário Estadual de Saúde o médico, ex-diretor da FCM e ex Reitor da Unicamp, José Aristodemo Pinotti.

No período de transição do governo Montoro para o governo Quércia, João Yunes e Pinotti vão à reunião do colegiado onde foi elaborado novo documento que mantinha as propostas do colegiado.

De imediato, o secretário Pinotti, alinhado com os setores mais progressistas da saúde, se compromete a levar adiante o processo de municipalização e convida o Secretário Municipal de Saúde de Campinas, professor Nelson Rodrigues dos Santos para coordenar o Escritório de Municipalização da Saúde, ligado ao seu gabinete.

Numa das reuniões do colegiado, é convidado para participar o secretário de saúde de Uberlândia, Flávio Goulart, que relata que em seu estado (Minas Gerais), está ocorrendo o mesmo movimento dos municípios (Juiz de Fora, Poços de Caldas, Uberlândia), o que gerou bastante euforia entre os membros do colegiado paulista.

Já nesse momento, havia colegiados nos estados do Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul, todos discutindo a municipalização e a formação de rede de APS. Em seguida foram constituídos colegiados também em outros estados.

Como coordenador do colegiado de secretários municipais de saúde do estado de São Paulo, o professor Nelsão articulou com os colegiados e movimentos similares de outros estados, o aumento de vagas para a bancada das secretarias municipais de saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Nas palavras do então secretário de Saúde de Campinas, Professor Nelsão, liderança do movimento, "O movimento municipalista de saúde traz coisa

mais séria e qualitativa, traz a configuração de um sistema completo de saúde e traz a visão da atenção integral à saúde”.

No período, em 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) que, diferentemente das conferências anteriores, deixa de ser “chapa branca” e ganha caráter de participação social intensa e define o que viriam a ser os princípios e diretrizes do futuro sistema de saúde.

Após a conferência, é organizada a CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária –, cabendo ao Secretário Municipal de Saúde de Campinas, Professor Nelson Rodrigues dos Santos e a Flavio Goulart, Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia, representarem os municípios junto à CNRS.

Ainda em 1986, no dia 15 de novembro, são eleitos através do voto popular os deputados que serão os responsáveis pela elaboração de nossa futura constituição federal, que tomam posse em 1º de janeiro de 1987.

Coube ao deputado constituinte eleito pelo estado do Rio de Janeiro, Sérgio Arouca, defender junto aos constituintes a criação do SUS que, graças à grande mobilização que envolvia o setor saúde nos últimos anos, foi a única proposta apresentada através de um Projeto de Iniciativa Popular, que contou com mais de cem mil assinaturas.

Cabe destacar também o papel das então centrais sindicais CUT (Central Única dos Trabalhadores), CONTAG (Confederação dos Trabalhadores da Agricultura) e CGT (Central Geral dos Trabalhadores) na luta por um sistema de saúde público e universal.

Naquele momento, aquelas centrais sindicais, queriam a universalização da assistência à saúde e foram fundamentais na construção dos arcabouços do SUS, inclusive indicando para a composição da CNRS, nomes que defendiam a universalização e outros princípios e diretrizes do SUS.

Finalmente, em 1988 é promulgada a Constituição Federal (BRASIL, 1988) onde são consagradas as diretrizes e princípios do SUS, dentro do capítulo da seguridade social.

#### **4.3.3 Sobre o Funcionamento da SMS na Gestão do Professor Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão)**

O documento: “Secretaria Municipal de Saúde – balanço de 1983 e metas para 1984”, (CAMPINAS, 1984) elaborado pelo secretário municipal de saúde em março de 1984, retrata a dimensão da SMS em seu primeiro ano de governo (1983), e o modelo de atenção adotado e aquelas que seriam as prioridades da secretaria para o período seguinte.

Inicialmente, o documento apresenta números da produção dos serviços da secretaria municipal de saúde em 1983 e em seguida apresenta a forma como estão organizados os diferentes serviços da SMS, para depois elencar algumas propostas para o ano de 1984.

No documento, em seu início constam os números de atendimentos produzidos pela SMS através dos “*serviços médico-comunitário e de enfermagem*” que segundo esse balanço, realizaram 412.078 atendimentos em 1983, demonstrando a já grande importância dos serviços de saúde do município frente à sua população.

Quanto à organização da SMS, destaque para a divisão por serviços onde vemos a separação entre “*serviço médico comunitário e de enfermagem*”, (onde se encontravam ligados os postos de saúde), e os outros serviços. Destaque também para a existência de um serviço exclusivo para a saúde mental, denominado “*serviço de saúde mental*”.

Formalmente, a organização da SMS contemplava os seguintes “serviços”:

1. *serviço de fiscalização sanitária e de alimentação pública*
2. *serviço dentário escolar*
3. *serviços médico escolar e de enfermagem*
4. *serviços de controle de zoonoses e médico-veterinário*
5. *serviço de saúde mental*
6. *serviços médico comunitário e de enfermagem*

Em seguida o documento apresenta um tópico intitulado “*principais aspectos doutrinários e políticos e metas para 1984*”. Nele há uma análise sobre a atuação da SMS no ano anterior (1983) e “metas” para 1984.

Inicia com a afirmação de que a vinculação da secretaria ao programa de governo municipal ainda é vaga e genérica e se propõe a apresentar “*todas as propostas, metas e prioridades*” da secretaria ao executivo e legislativo municipal para “*obtenção da melhor coerência com o programa do governo municipal e com os interesses maiores da população*”.

Quando trata da relação da SMS com as esferas estadual e federal da área da saúde, a define como “*integração ainda muito superficial*”, o que deixaria a SMS muito isolada e com impossibilidade de efetivar uma política de saúde que interesse à população.

Aponta as iniciativas para melhorar essa integração, cita os movimentos efetuados rumo ao projeto Pró-Assistência e a intenção de alcançar um “*convênio multiinstitucional a ser firmado proximamente*”.

Avalia também a integração da SMS com outras secretarias e autarquias municipais e a considera ainda muito superficial, levando a um isolamento da

SMS. Apresenta as ações que eram desenvolvidas com outras secretarias municipais, como o programa de saúde escolar, com as secretarias de educação e da promoção social, programa de saúde nas praças esportivas e no Parque Portugal, com as secretaria de cultura, esportes e turismo e de obras e programa de saúde ocupacional com a secretaria de administração. Refere passos iniciais para a *“setorização e manutenção predial da rede de postos”*, junto com a coordenação das administrações regionais e estudos junto com as secretarias de planejamento e transportes para *“dimensionar o tamanho e localização de postos de saúde”*.

Destaca que foram dados passos iniciais visando *“melhor entrosamento dos postos com o hospital Municipal Mário Gatti”* que, pelo que podemos entender, de fato atuava com total autonomia e desprendido dos demais serviços de saúde municipais.

Em seguida, olhando para a dinâmica interna de funcionamento da SMS, afirma haver uma *“integração ainda muito superficial entre os vários serviços da SMS”* e aponta medidas para sua superação:

- 1. Integração do serviço médico escolar com o de saúde comunitária com os postos assumindo o trabalho de saúde nas creches e escolas próximas;*
- 2. Constituição de 5 comissões multiprofissionais de programação (vigilância sanitária, saúde do adulto, da mulher, escolar, da criança) e*
- 3. Elaboração, com os coordenadores dos serviços, de orçamentos-programa (definição de prioridades técnicas com definição de seus “gastos”).*

Finalmente, ainda olhando para sua dinâmica interna de funcionamento, considera que, com relação à assistência há uma

*“integração ainda muito superficial dos postos de saúde entre si, o que vem acarretando várias discrepâncias de condutas médicas,*

*dos programas e de capacitação das equipes de um posto para outro”,*

o que impede que o conjunto de postos possa ser considerado como uma “*rede básica integrada de atenção primária à saúde*”.

Como medidas para superar esse impeditivo para um funcionamento em rede, destaca a criação da comissão de programação, o início de treinamentos e reciclagens para uniformizar os programas em todos os postos e a criação, dentro do “*serviço médico comunitário*”, de coordenações por setor e coordenação do serviço, com atribuições e responsabilidades próprias.

Em outro tópico, o documento trata dos “*principais aspectos político-administrativos e metas para 1984*” onde, apresenta os principais problemas enfrentados na denominada área de apoio administrativo e fala das medidas para sua superação.

Afirma que na rede física de postos de saúde, composta por 31 “postos” e 5 “mini postos” há pelo menos 3 ordens de problemas que precisam ser enfrentados:

1. Entre eles, há “pelo menos, 6 prédios de área tão pequena e condições prediais tão más, que contra - indicam cabalmente sua continuidade”;
2. Há postos mal localizados, dificultando e confundindo o acesso da população;
3. Dos 36 postos, 16 estão em prédios alugados, a maior parte em más condições determinando, além dos gastos com aluguel, gastos também com manutenção predial. Refere que há “*frequentes casos de despejo*”, gerando tensão para as equipes e para a comunidade.

Como metas, aponta que no ano de 1984 serão construídos 2 postos de saúde com recursos próprios da prefeitura, em local ainda a ser definido mas que

necessariamente será próximo a “*escolas, creches e outros próprios municipais*” e que buscam por financiamentos federais para obtenção de recursos para construção de postos.

Observa também que, apesar do crescimento da SMS, ainda há uma “*centralização administrativa*” e afirma que a maior parte das decisões são de responsabilidade do secretário e do diretor de saúde e que há pouca delegação para os níveis de coordenação de serviços. Como proposta de melhoria refere que foi introduzida a prática da “*setorização*”, com a divisão do município em 4 setores e uma coordenação administrativa a nível central. Refere também que a participação dos serviços na elaboração do orçamento para 1984 foi praticamente nula mas que os gastos estão sendo discutidos com as coordenações dos serviços e pela comissões de programação.

Percebe-se portanto, que apesar da centralização administrativa e da pouca participação na elaboração do orçamento, havia a efetiva participação dos serviços na definição dos gastos da SMS.

Com relação aos insumos necessários ao funcionamento da SMS, destaca que há um “predomínio do casuísmo e improvisação nos procedimentos de compras, estocagem e distribuição do material de consumo” e destaca medidas para correção:

1. Reativada comissão de padronização de medicamentos
2. criado sistema de previsão de compras
3. escolha da FURP e CEME como únicos fornecedores de medicamentos
4. escolha da Uniodonto como única fornecedora de produtos odontológicos
5. centralização do almoxarifado e iniciado processo de racionalização da estocagem e controle para em seguida racionalizar e controlar também os “mini-almoxarifados” dos serviços e postos

6. programa de uso rotineiro dos transportes, em conjunto com o DETI –  
Departamento de transportes internos - da PMC

Com relação à política de pessoal, considera que é “*quase totalmente casuística e improvisada*”, reflexo da situação geral da prefeitura e de todos os serviços públicos, com pessoal sem estímulos e motivação para se empenhar na construção de um serviço público realmente popular.

Apona como propostas para sua solução, o estudo da produtividade e rendimento em todos os serviços e elaboração de critérios de remanejamento e reaproveitamento de pessoal, reciclagens baseadas nas programações. Destaca que a SMS acabara de elaborar seu plano de cargos e salários que deverá resolver em definitivo as principais distorções da política de pessoal.

Finalmente destaca que a SMS ainda é regida pelo organograma de 1968, o que impõe sérias limitações à sua atuação e que estava em fase final de elaboração um novo regimento e organograma.

Em outro tópico, o documento trata das “*prioridades para cada serviço em 1984*”.

No que diz respeito ao que cabe aos “*serviços médico comunitário e de enfermagem*”, onde efetivamente estavam vinculados os postos de saúde, diz o documento:

*“passarão a aplicar na rede de postos as disposições de todas as comissões de programação, uniformizando as condutas básicas, implementando as atividades promotoras da saúde, e integrando-se mais com os outros serviços através das disposições das comissões de programação e das reuniões dos coordenadores dos serviços”,*

evidenciando a importância da programação, da uniformização das condutas e institucionalizando a implementação de atividades de promoção da saúde .

Com relação ao papel dos profissionais, destaca a importância das enfermeiras afirmando que

*“As enfermeiras de nível superior passarão a integrar as equipes dos postos, principalmente dos quatorze postos com maior movimento. As atividades prioritárias do atendimento de enfermagem são os programas de atenção à saúde da mulher e da criança, assim como o treinamento em serviços nos próprios postos. Nos postos de menor movimento, as enfermeiras de nível superior continuarão só com supervisão e treinamentos rápidos em técnicas de enfermagem.”*



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 5.1- Os anos anteriores à implementação do SUS Campinas, na década de 1970, se caracterizaram inicialmente pela formulação de políticas de saúde que rompessem com o modelo de atenção vigente para, ainda antes das diretrizes constitucionais do SUS, implantar uma política municipal de saúde que já apontava para a universalidade, a integralidade e para a equidade;
- 5.2 - A determinação política de lideranças que estiveram à frente da SMS de Campinas, como Sebastião de Moraes, foi fundamental para que a SMS ganhasse espaço no governo municipal e com isso fossem viabilizados os projetos de interesse da saúde;
- 5.3 - O papel do DMPS da Unicamp, através das atividades que desenvolvia com a coordenação do professor Sérgio Arouca, foi decisivo tanto na formulação teórica e técnica de modelos de atenção à saúde, quanto para a implantação do modelo de Medicina Comunitária no município de Campinas e sua articulação com outros municípios onde experiências similares estavam ocorrendo;
- 5.4 - Esse processo de construção se deu graças ao ativismo político de vários atores (estudantes, professores, médicos e outros profissionais), militantes políticos da área da saúde e da luta pela democracia, pelos direitos humanos e contra a ditadura militar, que foram à então periferia da cidade, onde, junto com a população e movimentos sociais, iniciaram um trabalho de instalação de postos de saúde;

- 5.5 - A introdução das questões sociais no debate sobre a saúde, através do modelo da Medicina Comunitária, rompe com a prática apenas curativa presente nos serviços que atendiam a população, acrescentando a promoção da saúde no dia a dia das novas unidades de saúde;
- 5.6 - O modelo implantado oferecia à população, não apenas as discussões sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, mas também a efetiva participação dos usuários nos conselhos dos Postos Comunitários de Saúde, onde se decidiam os rumos da atenção oferecida;
- 5.7 - O modelo também inova ao estimular e permitir a participação de lideranças populares das comunidades como trabalhadores da saúde; lideranças foram contratadas e capacitadas para o trabalho em saúde;
- 5.8 - As entidades representativas dos movimentos populares participavam ativamente nas discussões sobre saúde e da implantação do novo modelo. Havia ativistas do movimento popular críticos ao modelo implantado por Sebastião de Moraes, mas que entendiam o campo da saúde, como importante espaço de luta contra o governo da ditadura militar e de organização das entidades populares e dos trabalhadores e participava dos encontros e debates sobre saúde;
- 5.9 - Essas iniciativas, que adotam um rumo diferente do preconizado pela medicina preventiva tradicional e pela “saúde pública”, antecipam o que vem a ser no futuro a área denominada de Saúde Coletiva, tanto como concepção política, quanto como prática em saúde;

- 5.10 - O momento seguinte da SMS, já na década de 1980 e sob a direção do professor Nelson Rodrigues dos Santos, passa a ter um caráter de institucionalização das ações e serviços de saúde;
- 5.11 - O professor Nelsão, fortalecido por sua grande determinação política, se vale do acúmulo presente na SMS e de sua experiência pessoal enquanto sanitarista e militante político que atuou em vários projetos anteriores (Londrina, PIASS, DMPS da FCM Unicamp) para fortalecer ainda mais a articulação política com outros municípios, que havia se iniciado ainda no governo Sebastião, se consolidando e se tornando fundamental para a construção da Reforma Sanitária Brasileira e em seguida para a municipalização, projetando ainda mais a SMS Campinas no cenário nacional;
- 5.12 - A articulação nacional acerca do tema saúde, lastreada nas concepções ideológicas de intelectuais, técnicos e políticos progressistas que militavam na área e na participação social direta de usuários dos serviços e de instituições da sociedade civil (sindicatos de trabalhadores, movimento estudantil, igreja progressistas, entre outras) garante espaço importante nas discussões que antecederam à Assembleia Nacional Constituinte, inclusive com a eleição de parlamentares constituintes, como o Professor Sérgio Arouca;
- 5.13 - Essa característica de participação militante de usuários, de intelectuais, técnicos e trabalhadores e de gestores comprometidos com seus princípios e diretrizes, foi fundamental para a construção das bases que o construíram e tem sido uma marca registrada do SUS, que tem garantido a manutenção de sua importância enquanto política pública, mesmo nos momentos de maiores dificuldades.

5.14 - À luz do atual momento do SUS, verificamos que a trajetória percorrida para sua construção, desde os seus antecedentes históricos, possibilitou várias conquistas, que devem ser sempre reafirmadas e aprimoradas. Mas também verificamos que no caminho percorrido para a implantação dessa política pública, que por suas características é contra-hegemônica, havia dificuldades adicionais, de ordem política, de gestão e de financiamento, que tem impedido o seu avanço. E, por toda sua complexidade, sempre teremos velhos e novos desafios a serem enfrentados. O SUS é dinâmico como a vida.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMA-ATA, 1978. Declaração de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

BRAGA J.C.S., PAULA S.G. Saúde e Previdência – Estudos de Política Social – São Paulo: Hucitec – 1986.

BRASIL 1967 - Constituição do Brasil – Diário Oficial da União, Rio de Janeiro de 24.1.1967.

BRASIL, 1973 - RC Nº 07/73 – HABITAÇÃO – Informativo de Atualização do B. N. H. – Banco Nacional da Habitação – Resolução do Conselho de Administração – 1973.

BRASIL. Relatório da Sétima Conferência Nacional de Saúde – Brasília, 1980.

BRASIL. Decreto nº 86.329 de 2 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária- CONASP. Diário oficial da União, Brasília, 03 de setembro de 1981.

BRASIL. Portaria nº 3062 de 23 de agosto de 1982. Cria o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, 1982.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento Sanitário Brasileiro na Década de 70; A participação das Universidades e dos Municípios – Memórias. Brasília. Conasems, 2007.

BREDRIKOW, R. História do Centro de Saúde São José, Mimeo, 2004.

CAMPINAS, SP. Relatório de 1979. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, 1979.

CAMPINAS, SP. Subsídios para o Estudo da Viabilidade de um Convênio INAMPS/Prefeitura Municipal de Campinas. Mimeo, Campinas, 1979b.

CAMPINAS, SP. Ata da 1ª reunião dos representantes das principais instituições referidas no decreto nº 18.844 de 07.05.82. Mimeo, Campinas, 1982.

CAMPINAS, SP. Atas das reuniões do “Colegiado Interinstitucional”, ocorridas nos dias 26/05, 25/08, 27/10, 04/11, 11/11 e 06/12/1982. Mimeo, Campinas, 1982b.

CAMPINAS, SP. Pró-Assistência 1 – Propostas da Secretaria Executiva ao Colegiado”. Mimeo, Campinas, 1982c.

CAMPINAS, SP. Projeto de Integração, Hierarquização e Regionalização das Instituições e Serviços de Saúde – Pró-Assistência I. Mimeo, Campinas, 1983

CAMPINAS, 1984. Secretaria Municipal de Saúde – balanço de 1983 e metas para 1984. Mimeo, Campinas, 1984.

CAMPINAS, 1984. Seminário de Capacitação para a Gestão da Implementação dos Programas de Saúde na Rede Básica Integrada. Mimeo, Campinas, 1984b.

CAMPINAS, SP. História do Movimento Popular de Saúde Campinas 1977-1987. FONSECA, O. Mimeo, Campinas, 1987.

CAMPINAS, SP. História das unidades de saúde. Campinas. Mimeo, 1999

CANESQUI A. M. A organização da Assistência Médica em Campinas.

III Relatório Parcial do Projeto “Estratégias de Consumo em Saúde em Famílias Trabalhadoras em Campinas”, Campinas, 1985.

LOPES, J.C. Estrutura da mortalidade no município de Campinas”, Campinas, 1982.

MANN, P.H., Métodos de Investigação Sociológica. Biblioteca de Ciências Sociais. Zahar editores.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco – 1992

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec – 1999

MOTA, A., SCHRAIBER, L.B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica – Revista Saúde e sociedade vol 20, nº 4. São Paulo. Out-Dez. 2011

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-116.

PADILHA, M. I. C. DE S., BORENSTEIN, M. S., O método de Pesquisa Histórica na Enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 Out-Dez; 14(4):575-84.

POSSAS, C. A. Saúde e Trabalho. A crise da Previdência Social. Biblioteca de Saúde e sociedade. GRAAL, 1981.

QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V., Manual de Investigação em Ciências Sociais

ROLDÃO, I.C.C. Relatório de Fundamentação Teórica. Documentário “Assembléia do Povo. O que importa é o que a gente é!” Faculdade de Jornalismo – PUC-Campinas, 2009.

SÃO PAULO, 1982. Decreto nº 18.844, Diário Oficial do Estado de São Paulo, 07/10/1982.

SÃO PAULO, 1983 Acordo básico – Pró Assistência. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 07/10/1983.

SÁ-SILVA, J. R., ALMEIDA, C.D., GUINDANI, J.F., Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, ano I – número I – julho de 2009

SMEKE, E. L. M., Saúde e democracia, experiência de gestão popular: um estudo de caso (tese de doutorado). FCM/UNICAMP, 1989.

TANAKA, O. Y., Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. Revista de saúde Pública, São Paulo, 26(3):185-94, 1992.

THOMPSON, E. P., A Formação da Classe Operária Inglesa – A Árvore da Liberdade - 2ª edição – editora Paz e Terra – Oficinas da História

VIEIRA, M.P.A., PEIXOTO, M.R.C., KHOURY, Y.M.A., A pesquisa em História. Série Princípios – 4ª edição. Editora ática

## **ANEXO**

**ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM PESSOAS QUE ATUARAM NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS NO PERÍODO ESTUDADO, E QUE FORAM IMPORTANTES NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS QUE LEVARAM AO SUS:**

- 1) PROFESSOR DR. NELSON RODRIGUES DOS SANTOS;
- 2) ENFERMEIRO JOSÉ CARLOS SILVA;
- 3) PROFESSORA DOUTORA CARMEM CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS;
- 4) PROFESSOR DOUTOR GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

### **ROTEIRO:**

- 1) IDENTIFICAÇÃO
- 2) TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E POLÍTICA
- 3) PARTICIPAÇÃO NOS ANOS QUE ANTECEDERAM A CONSTRUÇÃO DO SUS CAMPINAS
- 4) ANÁLISE DA ATUAÇÃO POLÍTICA NAS INSTITUIÇÕES ONDE ATUOU
- 5) PAPEL DESEMPENHADO PELAS VÁRIAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS
- 6) PAPEL DAS LUTAS POPULARES E DAS FRENTE DE OPOSIÇÃO À DITADURA MILITAR
- 7) IMPORTÂNCIA DA CRISE DA PREVIDÊNCIA
- 8) IMPORTÂNCIA DAS ARTICULAÇÕES POLÍTICAS ENTRE OS MUNICÍPIOS NA ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS QUE LEVARAM AO PRÓ-ASSISTÊNCIA
- 9) PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

- 10) IMPORTÂNCIA DO FORTALECIMENTO DO PAPEL DA APS (ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE)
- 11) AVANÇOS E ACÚMULOS CONQUISTADOS RUMO AO SUS
- 12) OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS SOBRE O TEMA