

Reforma Sanitária e o estado de São Paulo 1970-1980: particularidades regionais e formação de seus trabalhadores

Health reform and the state of São Paulo between 1970 and 1980: regional dimensions and worker training (abstract: p. 18)

Reforma Sanitaria y el Estado de São Paulo 1970-1980: particularidades regionales y formación de sus trabajadores (resumen: p. 18)

André Mota^(a)

<a.mota@fm.usp.br> 

Maria Cristina da Costa Marques^(b)

<mcmарques@usp.br> 

Danilo Fernandes Brasileiro^(c)

<danilo.brasileiro@hc.fm.usp> 

^(a) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). Avenida Dr. Arnaldo 455, 2º Andar, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 01246-000.

^(b) Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública (FSP), USP. São Paulo, SP, Brasil.

^(c) Pós-graduando do Programa de Saúde Pública FSP, USP. São Paulo, SP, Brasil.

Os estudos em perspectiva histórica da Reforma Sanitária, entre 1970-1980 no Brasil, ganharam diversos matizes analíticos e autores. Porém, ainda se resente da necessidade de sua compreensão mediante particularidades regionais e uma visão que busque contextos capazes de elucidar ou ao menos refletir acerca daquilo que pode ser abarcado em uma lógica vivida por grupos determinados, instituições e movimentos alinhados ao pensamento social em saúde. Acrescido a essa questão está o projeto de formação de sanitaristas no período, que a historiografia aponta como relevante para o fortalecimento do ideário da Reforma Sanitária. Dentro dessa motivação e análise crítica, buscamos apresentar um estudo histórico de dimensão regional sobre as experiências médico-sanitárias vividas no período no Estado de São Paulo.

Palavras-chave: Reforma Sanitária. Formação em saúde pública. Saúde pública no estado de São Paulo. Saúde Coletiva.

Introdução

Os estudos em perspectiva histórica da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ocorrida entre 1970-1980 ganharam diversos matizes analíticos que apontam para as dimensões políticas e socio-históricas do movimento. Jairnilson Paim¹ compreende a RSB como um fenômeno histórico e social, devendo ser analisada como uma “ideia-proposta-projeto-movimento-processo”:

[...] ideia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória da política; movimento como articulação das práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas¹. (p. 36)

O movimento pela RSB foi uma expressão singular de um período histórico pelo qual o direito à saúde, entre outros, se tornou uma bandeira da luta pela democracia no país. Carnnut *et al.*² apontam a importância de considerar, em estudos e ensino sobre RSB, a perspectiva crítica, no caso as reflexões sobre o projeto da reforma como resultante de um movimento da sociedade civil e, também, a opção política de parte de seus sujeitos ao longo das décadas seguintes se associarem a uma valorização do espaço institucional, ou seja, no interior do Estado brasileiro.

Os autores destacam a importância da formação crítica atinente à história da RSB, apontando a tradicional visão romântica, e até saudosista, do movimento como fonte de inspiração socialista que gradualmente se perdeu ao longo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a insuficiente discussão, por parte do campo da Saúde Coletiva, sobre o complexo cenário que fez a tese socialista ser abandonada sob a justificativa de uma ideologia política social-democrata em que se privilegiou a ocupação institucional².

Estudos para compreender as particularidades regionais são relevantes, ou seja, buscam contextos capazes de, por um lado, elucidar aquilo que pode ser abarcado em uma lógica vivida por grupos determinados, instituições e movimentos em torno das bandeiras do movimento e pensamento social em saúde. Acrescido a essa questão está o projeto de formação de sanitaristas no período, que a historiografia aponta como relevante para o fortalecimento do ideário da Reforma Sanitária (RS), no sentido de ter sido um projeto político-pedagógico de formação de trabalhadores da saúde, em consonância com o pensamento do direito à saúde. Será dentro dessa motivação e de análise crítica que buscamos apresentar as reflexões sobre a Reforma Sanitária Brasileira e suas especificidades no estado de São Paulo.

O nosso argumento é o de que, em período que antecede a consolidação de um ideário da Reforma Sanitária no Brasil, ocorreu em São Paulo um conjunto de iniciativas acadêmica e institucionais somado à participação de movimentos sociais, que analisados em uma perspectiva histórica e crítica, parece ter colaborado para uma ampla discussão em São Paulo sobre temas caros à Reforma Sanitária. Consideramos três iniciativas, apresentadas ao longo do texto, para analisar tal perspectiva, a saber: a Reforma

Administrativa na Saúde de Walter Leser levada a cabo nos períodos de 1967-1971 e 1975-1979, com ênfase na Programação em Saúde; o Projeto de Formação de Sanitaristas na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em consonância com a criação da carreira de médico-sanitarista no estado; e a formação de um pensamento social em saúde, caracterizado por uma produção teórica conceitual sobre a saúde como uma questão social-histórica e política.

Os dados que apoiaram a análise e o argumento do artigo foram coletados em pesquisa historiográfica e, também, projetos de pesquisa sobre a formação de sanitaristas no estado de São Paulo e a Saúde Coletiva.

A redemocratização bate à porta: a Saúde Coletiva em São Paulo

O contexto em que se inscrevia a saúde pública nos anos de 1970 e 1980 encontrou um movimento nacional, nascido de experiências regionais diversas, com forte núcleo aportado no Rio de Janeiro, quando emergiu uma série de contradições do setor saúde brasileiro e das impossibilidades de o governo federal enfrentar a crise sanitária existente. Tal enquadramento se deu com a oposição de movimentos sociais ao regime militar e se expressaram na saúde, constituindo possibilidades de articulações de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes¹.

A experiência médico-sanitária paulista diante desse enquadramento teve influências de diversas ordens, configurando um projeto de saberes e práticas que se atrelaria ao movimento da “Saúde Coletiva”^{3,4}. Segundo pesquisa dirigida por Ligia Maria Vieira da Silva *et al.*⁵:

[...] a origem do nome “Saúde Coletiva” como expressão voltada a designar um projeto transformador de saberes e práticas é baiana e surgiu quando da organização do primeiro Seminário que formulou a proposta de criação da Abrasco, realizado em Salvador, em 1978, que denominou-se I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA). Esta expressão, contudo, já tinha sido usada, como substantivo genérico, para designar a área, a matéria dos Departamentos de Medicina Preventiva, criados pela Reforma Universitária de 1968, do currículo mínimo de Medicina. Já estava também na apostila do Curso Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em 1971 e em artigo de Guilherme Rodrigues da Silva de 1973⁵. (p. 25-6)

Tais experiências de ordem regional, por um lado, ganhariam filiação a partir dos anos de 1950 quando as escolas médicas absorveriam as prédicas preventivistas e de reforma da assistência no sentido de inclusão da população mais pobre com a medicina comunitária, ganhando ímpeto sua formulação dentro do quadro político da segunda metade da década de 1970, quando a bandeira da redemocratização, também pelo direito a saúde, ganharia força. Para isso, havia, a partir da década de 1960, o crescente posicionamento político de esquerda no ambiente universitário brasileiro, com núcleo do Partido Comunista do Brasil (PCB) instalado em vários diretórios acadêmicos⁵.

Tal abordagem marxista era marcada em São Paulo pelo ativismo político, em grande parte do Partido Comunista, com influências teóricas do marxismo italiano recebidas da leitura de Antônio Gramsci, tendo a crise e as manifestações de 1977 aprofundado o debate em torno da concepção de Estado:

O problema da legitimidade começou a tomar forma mais nítida na sociedade e a intelectualidade “redescobre” Gramsci. Sua concepção sobre o Estado, ainda que referida à dominação de classe, permitia pensar a nova problemática, assim como informa uma nova prática dos intelectuais que compunham o Estado. A rede pública de saúde, ensino e demais entidades estatais voltadas para as políticas sociais deixaram de ser vistas como espaços exclusivos de controle e coerção. A leitura “gramsciana” permitia pensá-los como verdadeiras “trincheiras”, dentro de uma longa “guerra de posições” para a conquista de hegemonia da sociedade⁶. (p. 27)

O marxismo italiano também influenciou pelas ideias do médico e político comunista Giovanni Berlinguer (1924-2015)^(d), líder do movimento de Reforma Sanitária italiana desde os anos 1960, que teve um primeiro grande desfecho com a Lei n. 833, de 23 de dezembro de 1978, criando a Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale⁷. (p. 913)

No campo da formação médica, outra influência marcante do pensamento marxista aproximou São Paulo do debate latino-americano e de franca aproximação com o Instituto de Medicina Social. A influência do médico e sociólogo argentino Juan César García (1932-1984) ganhou notoriedade ao assumir um posto estratégico na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), articulando tanto a introdução do ensino das ciências sociais de orientação marxista nos departamentos de medicina preventiva como a criação dos primeiros cursos de medicina social na América Latina: em 1973, no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e, em 1974, na Universidad Autónoma Metropolitana (UAM/México), unidade de Xochimilco (o curso teve início em setembro de 1975)⁸. Em 1987, o mestrado em Medicina Social da UERJ foi ampliado e passou a ser um mestrado em Saúde Coletiva; o doutorado nessa instituição data de 1991; no México, o doutorado em Saúde Coletiva data de 2003⁹.

Sobre a vasta produção de García^(e), há três dimensões capazes de dar contorno a sua trajetória intelectual:

As três dimensões revelam-se, respectivamente, nas perspectivas sociológicas e históricas de seus trabalhos, a partir da década de 1960 que se estende até 1984, no movimento, primeiramente, em torno da educação médica e depois direcionado à medicina social da década de 1970, ao qual se associa a sua permanente atividade de arregimentar pessoas e grupos e trabalhar na difusão das ciências sociais e da medicina social, especialmente a partir de sua entrada na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em 1966¹⁰. (p. 140)

^(d) Filho do notável advogado Mario Berlinguer, que foi defensor dos direitos humanos durante a resistência italiana na primeira metade do século passado, e especialmente durante as duas grandes guerras mundiais, começou a sua carreira acadêmica como professor de medicina social na universidade local, na ilha de Sarda, até 1974. A partir desse ano, assumiu a cátedra de Saúde do Trabalho na Universidade La Sapienza, em Roma, onde ficou até se aposentar obrigatoriamente, aos 75 anos, em 1999⁷.

^(e) São algumas de suas obras: *Autoritarismo en la Relación Médico-paciente* (1961), *Sociología y Medicina: bases sociológicas de la relación médico-paciente* (1963), *Comportamiento de las Elites Médicas en una Situación de Subdesarrollo* (1964), *Paradigma para la Enseñanza de las Ciencias de la Conducta en las Escuelas de Medicina* (1968), *Características Generales de la Educación Médica en la América Latina* (1969), *La Decisión de Estudiar Medicina* (1970), *La Educación Médica en la América Latina* (1972), *Las Ciencias Sociales en Medicina* (1972), *Historia de las Instituciones de Investigación en Salud en América Latina, 1880-1930* (1981), *La Investigación en el Campo de la Salud de Once Países de América Latina* (1982), *La Categoría Trabajo en Medicina* (1983) e *Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud* (1983).

No ano de 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reafirma a saúde como direito do homem e constitui a Atenção Primária como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000, lançada em 1977 pela Assembleia Mundial de Saúde, o que vai marcar profundamente as escolas médicas e de saúde pública. Tal experiência somou-se a dois momentos emblemáticos em 1977 e que já apontavam o alinhamento de um movimento sanitarista que se avivava em São Paulo: o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, organizado em Salvador, e a Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Opas, em conjunto com a Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (Alaesp), realizada em Ribeirão Preto:

Assim, a dimensão social ou coletiva da saúde, trazida pelo preventivismo de forma reducionista, limitada a suas manifestações no indivíduo, é radicalmente redefinida por intelectuais latino-americanos que refletem sobre o social na saúde. Distintas conotações do social ou do coletivo emergem dessa reflexão: como meio ambiente, como coleção de indivíduos, como conjunto de efeitos da vida social, como interação entre elementos, como campo específico e estruturado de práticas sociais¹¹. (p. 10)

A bandeira levada pelo grupo que se forma em torno da Saúde Coletiva ficou conhecida como Reforma Sanitária. A concepção teórica de saúde do grupo girava em torno de dois conceitos:

[...] determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. Enquanto componentes dos processos de produção, reconhecia-se que tais fenômenos eram determinados pelo social¹. (p. 165)

Tais posições ganham o debate público, inclusive dos movimentos sociais, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, momento-síntese da Reforma Sanitária, porque:

[...] até a quarta conferência, os fóruns de debates eram constituídos exclusivamente pelos técnicos do setor. A partir da quinta, começam a ser incorporados docentes, pesquisadores, parlamentares e outros segmentos de representação, sem, entretanto, abrir para a participação dos movimentos sociais. É em 1986, durante o primeiro governo civil, eleito ainda de maneira indireta pelo Congresso Nacional, após 22 anos de ditadura militar, que a oitava conferência é organizada¹². (p. 86)

Nesse mesmo ano, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) realiza o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com a presença de dois mil participantes, aprovando em sua plenária um texto com seis tópicos que integrariam o texto constitucional de 1988:

[...] o direito à saúde, o dever do Estado, as ações intersetoriais, o caráter público das ações de saúde, a criação de um Sistema Nacional de Saúde, o financiamento para o setor e a formulação de um plano nacional de saúde plurianual¹². (p. 85)

Em 1987, a socióloga Sônia Fleury define a dimensão política do movimento sanitário em pauta, ou seja, a relação que se propunha estabelecer entre o cidadão, a saúde e o direito:

[...] esse movimento se insere, a partir de um setor específico, na luta pela redemocratização da sociedade brasileira, em uma perspectiva política que se caracteriza pela interpelação dos trabalhadores, quer sejam entendidos como profissionais de saúde, quer como usuários do sistema, ambos submetidos a um processo de trabalho cuja lógica de acumulação determina suas condições de produção e de saúde/doença. São sujeitos, portanto, de um processo de ampliação da consciência sanitária, compreendida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito, mas, como esse direito é descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo¹³. (p. 95)

Desde o início, na criação do SUS em 1988, alguns limites foram identificados com a própria dificuldade da transição democrática vivida no Brasil com base no que Sílvia Gerschman chamou de uma “democracia inconclusa”, ou seja, um período de transição política negociada, em que parte da estrutura de poder anterior permanecia nas entranhas da máquina estatal. Não à toa, o tema do “privilegiamento” do setor público enfrentava suas resistências. Assim, se o país vivia um processo democrático como símbolo do fim do período ditatorial, também teria de atentar para suas limitações históricas evidentes, aliadas às novas conjunturas econômicas e políticas que defendiam a redução do Estado e o fim da proteção social de seus cidadãos, sendo oportuno lembrar que a definição última do SUS já não dependeria da Saúde Coletiva e de suas formas de participação, conforme apregoava a Reforma Sanitária, ganhando cada vez mais espaço outros atores e instâncias na negociação de âmbito estatal e também contemplados na elaboração do sistema de saúde previsto constitucionalmente¹⁴. Esse seria um dos desafios do SUS desde seu surgimento: conferir sentido democrático popular, com base no direito dos cidadãos à saúde, quando se inscrevia no mundo e no Brasil com suas particularidades históricas uma democracia oligárquica.



A Programação em Saúde sob a Reforma Leser – 1967-1971 e 1975-1979

Foi num cenário de mudanças tecnológicas e do surgimento das escolas médicas paulistas, entre os anos de 1940-1960, que os centros de saúde e as unidades sanitárias, então espalhados pelas cidades do interior e pela capital, foram centralizados pela reforma da Secretaria da Saúde empreendida nas duas administrações de Walter Leser¹⁵. Sua entrada no governo paulista, em 1968, coincide com o auge do processo repressivo brasileiro, tendo tido forte participação nesse processo justamente Abreu Sodré, por exemplo, no ato de lançamento da Operação Bandeirante (Oban) em 1969, do Secretário de Segurança Hely Lopes Meirelles, que cedeu à Oban os policiais civis e militares de São Paulo, e de seu substituto, o Secretário de Segurança Pública, Olavo Viana Moog, do governador Laudo Natel. É fato que não há nenhum documento que indique a ligação de Leser com qualquer ação direta ou indireta de cunho repressivo no regime instalado, mesmo que sua presença à frente da Secretaria da Saúde de São Paulo tenha se dado sob a administração de nomes diretamente ligados a essa estrutura, ou seja, à dimensão civil nesse processo.

Nesse contexto, Leser se posicionou todo o tempo como um técnico e procurou sempre e oficialmente nunca deixar escapar quaisquer outras intenções, mesmo porque seu nome era continuamente colocado a prêmio na Assembleia Legislativa de São Paulo, sendo mesmo apontado, pelos mais radicais do regime, como “comunista”. O governador Abreu Sodré queria um técnico que conseguisse dar conta de uma secretaria que vivia uma crise sem precedentes e, apesar de ter inicialmente recusado o convite, Leser foi incentivado, principalmente pelo médico Jairo Ramos, a assumir a cadeira em 1968. Sob o título “Leser é pela medicina preventiva”, a imprensa apresentava à população o novo secretário, como um médico inspirado pela posição de que a medicina deveria antes evitar a doença que curá-la. Diante do que se descreveu nos tempos seguintes sobre o encontrado na máquina pública de saúde, teria o novo secretário de transpor um imenso atoleiro burocrático e de esvaziamento institucional.

Para isso, o modelo de atenção e de gestão adotado nesses espaços de serviços de saúde e formação médica foi o da programação em saúde, pois além de instituir a direção das unidades para o médico com formação em saúde pública, na mencionada carreira de médico-sanitarista, ao aceitar os princípios da medicina integral e preventiva, esse modelo primou pela construção de uma nova assistência à população, pautada na integração médico-sanitária direcionada à assistência mais integral¹⁶.

Essa integração articulava a assistência médica e as ações em saúde pública, colaborando com o projeto preventivista e de medicina comunitária aproximando serviços médicos e de saúde pública de determinadas comunidades. A Programação em Saúde foi uma formulação original no país, criando órgãos e práticas de planejamento e de epidemiologia, tal como o sistema de informação, desenvolvendo uma ampliação e uma diversificação da assistência médica individual dentro das políticas de extensão de cobertura¹⁷.

Tal horizontalização do aparato prestador de assistência em saúde pública substituiu, paulatinamente e não sem resistências, como modelo de assistência e de organização institucional, as antigas ações sanitárias voltadas para doenças específicas (a tuberculose, a hanseníase, o tracoma, entre outras), ainda que, dessas ações sanitárias, tenha mantido as domiciliares e ambientais, retendo a visitadora domiciliar e os agentes de saneamento como parte das novas equipes de trabalho.

A programação ampliou as ações médicas e educativas voltadas para a higiene pré-natal e a puericultura, inovando e integrando ações sanitárias nos Programas de Assistência à Criança, à Gestante e ao Adulto, além dos subprogramas de assistência e controle da tuberculose e hanseníase. As posturas introduzidas da gestão de Walter Leser foram sendo modificadas nos anos de 1980, com as proposições do governo federal do Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (1982), das Ações Integradas em Saúde (AIS-1983) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds-1987), instalando-se a política e a operação prática da:

[...] utilização da rede de unidades básicas da Saúde Pública como principal porta de entrada do sistema de atenção à saúde. Essas novas formulações passaram a dirigir a política de trabalho das Secretarias de Saúde que, com isso, foram alçadas a uma posição de maior poder e a um aporte muito maior de recursos. A essa nova posição correspondeu uma contrapartida: a necessidade de aumentar o volume de assistência médica na rede pública a ponto de substituir parte da assistência prestada pela medicina privada conveniada¹⁸. (p. 57)

No caso paulista, o movimento da Saúde Coletiva envolveu uma plêiade de profissionais, reunidos, na estrutura acadêmica das universidades ou de serviços da Secretaria de Saúde, com agenda direcionada a um projeto de mudança social pela saúde. No campo médico, houve na Reforma Leser a criação de uma nova categoria profissional na rede estadual de saúde, a dos médicos-sanitaristas:

[...] a reforma administrativa e a programação em saúde representavam para a Secretaria da Saúde a assunção de mecanismos administrativos inéditos que buscavam a adequação da organização estrutural e do trabalho à política de saúde. As condições institucionais criadas e a proposta de reorganização do trabalho dependiam, contudo, da incorporação rápida dos agentes estratégicos da reorganização, os médicos-sanitaristas¹⁷. (p. 14)

Prevista desde 1967, a entrada dos médicos-sanitaristas só se concretizou após ações como a diminuição do curso para sanitarista em seis meses, a valorização da carreira e da organização desses novos trabalhadores dentro da estrutura administrativa da Secretaria da Saúde¹⁹.

Oferecido desde 1968, mas com os pressupostos de sua organização mais definidos a partir de 1975, o curso de médico-sanitarista formou profissionais que passaram a se filiar à Associação Paulista de Saúde Pública (APSP). Em sua ata de fundação essa marcação era clara:

Aos quinze dias do mês de dezembro de mil novecentos e setenta e dois, reuniram-se na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na av. Dr. Arnaldo, 715, pela primeira vez, os graduados em Saúde Pública, em número de trinta, cuja assinatura consta do livro nº I da presença, com a finalidade de fundarem uma associação de classe, elegendo a sua primeira diretoria e aprovando seus estatutos. Aberta a sessão, assumiu a presidência o Dr. Rodolfo dos Santos Mascarenhas [...] ²⁰. (p. 201)

Em 1976, na 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), com intensa participação dos médicos-sanitaristas, de profissionais ligados à Secretaria da Saúde de São Paulo ^(f) e de membros de instituições universitárias, criou-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que:

[...] teria como finalidade incentivar e promover o estudo de todos os fatores determinantes da saúde e contribuir para a resolução dos problemas relacionados aos profissionais de saúde, aos estudantes e ao ensino de das ciências da saúde no país ²¹. (p. 100)

Conforme análise de Teixeira e Paiva ao se referirem ao papel estabelecido pela Abrasco e pelo Cebes:

[...] de forma sintética, podemos dizer que essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como Saúde Coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública ²². (p. 22)

O Cebes seria reconhecido como protagonista institucionalizado da Reforma Sanitária, produzindo, ainda em 1976, a revista “Saúde e Debate” e uma série de obras relevantes para a ampliação do tema,

denunciando as iniquidades da organização econômico-social e as perversidades do sistema de prestação de serviços de saúde privatizado, mas participando das lutas pela democratização do país e por uma dada racionalidade na organização das ações e serviços de saúde ¹. (p. 79)

Destacam-se também movimentos de reivindicação pelo direito à saúde, como o caso do Movimento Popular de Saúde, originado em subúrbios e favelas, quando seus moradores se aglutinaram em torno de associações comunitárias buscando alguma forma de organização primária para reivindicar melhores condições de vida. Nesse período, estreitaram-se as relações desses profissionais de saúde, sobretudo médicos-sanitaristas, com os movimentos populares, via Centros de Saúde e Unidades Sanitárias, caso exemplar na cidade de São Paulo do Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) nos anos 1970-80, em que:

^(f) A primeira diretoria era formada pelo seguinte grupo paulista: “Aguinaldo Gonçalves, Ana Maria Segall Correa, Dalmo Herrera Feitoza, David Capistrano Filho, Emerson Merhy, José Manuel Bouzon Ferradans, José Rubem Alcântara Filho e Sandra Roncali Maffezoli, acrescido um ano depois de Ana Cecília Lins Sucupira, José Augusto Cabral de Barros e Ricardo Lafeté Novaes” ²¹ (p. 100).

[...] a formação política era feita diretamente pelos técnicos militantes do movimento (principalmente por médicos, enfermeiras e assistentes sociais), que eram funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e incluíam entre suas atividades profissionais este tipo de atuação junto aos membros do MSZL. O eixo desta formação estava centrado nas causas sociais das doenças, na difusão da ideia de que a prestação de serviços de saúde públicos era um direito da população e um dever do Estado, opondo-se à privatização²³. (p. 48)

Formação de sanitaristas em São Paulo

No tópico referente à formação de sanitaristas, destaca-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Isso porque a reforma iniciada por Leser em 1967 reúne todas as ações, programas e órgãos da SES-SP em quatro coordenadorias: de Saúde de Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados (composta pelos Institutos de Saúde Butantan, Adolfo Lutz e Pasteur), sendo que:

[...] a Coordenadoria que mais teve espaço e força na nova estrutura foi a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, pois englobou todos os postos, centros de saúde e dispensários do Estado de São Paulo, subdividida em 10 Departamentos Regionais e 67 Distritos Sanitários. Diante dessas mudanças, a SES-SP precisava de um grande número de médicos-sanitaristas para preencher os vários cargos recém-criados por meio de concursos públicos²⁴. (pg.778-9)

A mudança regimental organiza cursos *lato sensu* com duração de seis meses que:

[...] possibilitaram o preenchimento de 315 vagas do quadro de médicos-sanitaristas no espaço de três anos. Era o chamado Curso Curto, pela sua semelhança com o Curso de Especialização que na época tinha um ano de duração em período integral. O Curso Curto não era aceito como pré-requisito para a inscrição no mestrado, definindo-se claramente para o preparo de profissionais, na sua grande maioria médicos, que seriam absorvidos pela rede de serviços de saúde pública do SES-SP²⁵. (p. 9)

No período de 1965 a 1976 foram oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) 13 Cursos de Especialização em Saúde Pública exclusivos para a categoria médica e 88 para outras categorias de profissionais de saúde, indicando uma ampla mobilização institucional na resposta a demandas estadual e nacional por essa formação.

Pesquisa documental nos registros dos referidos cursos em arquivos da Faculdade de Saúde Pública permitiu conhecer a grade de formação de sanitaristas, que tinha disciplinas como Administração Sanitária, Saneamento, Demografia e Estatística Vital, Bioestatística, Ciências Sociais Aplicadas, Programas de Saúde Pública, com ênfase

na Saúde da Mulher, da Criança, Tuberculose e Hanseníase, Imunização, Endemias Parasitárias, Educação Sanitária e Epidemiologia das Doenças Transmissíveis, bem como uma ênfase em Programação em Saúde e na dinâmica da Administração em Saúde e Gestão das Unidades de Saúde em São Paulo.

Os alunos do Curso de Especialização, curto ou longo, cumpriam um estágio de campo e os locais da prática eram unidades de saúde em São Paulo e cidades do interior, Vale do Ribeira, Araraquara, Centro de Saúde Barra Funda e Butantan. Ao final, apresentavam, para uma banca de docentes, um relatório final reflexivo sobre sua prática como trabalho de conclusão do curso.

Não existem evidências de que a qualificação de sanitaristas proporcionou uma formação política e discussão sobre direito à saúde, produção social-histórica das condições de saúde-doença, ou outras perspectivas que no período posterior pautaria o projeto pela Reforma Sanitária; no entanto, a opção pela saúde pública como qualificação profissional, principalmente para o médico, aponta um alinhamento dos profissionais para a discussão da saúde como uma questão social e coletiva.

A formação era pautada na tecnologia, planejamento e epidemiologia, mas foi no chamado quadrilátero da saúde da USP que se organizaram associações profissionais militantes como a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) (1972) e o Cebes (1976).

A partir de 1960 foi possível verificar a expansão do movimento de formação de sanitaristas pela FSP-USP, em uma perspectiva multiprofissional e multidisciplinar, não só direcionada à classe médica. Em meados da década de 1980, os cursos de especialização, direcionados exclusivamente à formação de médicos-sanitaristas, foram se tornando escassos e, mais tarde, paulatinamente deixaram de ser promovidos.

Sem esses antecedentes, não poderia ser concebido nem acontecer o que os autores consideram como o terceiro modelo tecnológico da saúde pública paulista: a Programação em Saúde, implantada a partir de 1975. Esse modelo se caracterizou, principalmente, pela introdução da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde, subordinada à ideia de ação programática.

Nele, a consulta aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo. “Uma outra novidade: a ampliação da consulta individual para grupos populacionais e não apenas para o tratamento de doenças específicas”²⁵ (p.780-4). Para que tivesse êxito a estratégia de implantação da Programação em Saúde, os Centros de Saúde (CS) seriam fundamentais, não só porque absorveriam grande parte dos sanitaristas que estavam sendo formados naquele momento, como também porque poria em prática as novas ações que a programação preconizava.

Assim, com a chegada em 1967 de Walter Leser à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foi composto um quadro complexo de reformulação de políticas públicas de saúde no território paulista. Em 1975-1979, ao voltar ao cargo, Leser, agora com mais respaldo político, aprofundou parte das medidas tomadas anteriormente, com destaque à ampliação do quadro técnico, principalmente pela estreita relação com a Faculdade de Saúde Pública da USP, que foi uma das diretrizes norteadoras desenvolvidas pelo

projeto de Walter Leser na condução da Saúde em São Paulo, somada às outras como (1) continuidade administrativa, (2) racionalidade; (3) sistematização e normalização; (4) modernização estrutural e funcional, (5) alta prioridade aos programas de assistência à infância e à gestante, com ênfase em suplementação alimentar e vacinação; (6) integração da Rede de Centros de Saúde com as prefeituras e manter entendimento com o Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social, com o objetivo de receber assistência ou prestar colaboração.

Pensamento social em saúde

Por fim, ainda há que se considerar na formulação de um pensamento social em saúde nesse período, entre a rica produção acadêmica em São Paulo, o impacto de três obras centrais para a compreensão de uma leitura regional paulista, quer por seu aspecto teórico-metodológico em torno das questões que envolviam a medicina preventiva e comunitária, quer por sua dimensão política ao discutir a organização corporativa e formativa médica mediada pelas estruturas de classes sociais e pelo aparelhamento do Estado.

A primeira delas é a tese de doutorado de Maria Cecília Ferro Donnangelo⁽⁹⁾, defendida no Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP em 1973. Segundo Schraiber e Mota, uma obra que:

[...] inaugurou no país o conhecimento sobre a produção e a distribuição dos serviços médicos na sociedade e o trabalho do médico em seu mercado, além do papel e da atuação do Estado nessas questões, mostrando ser a profissão também matéria de política pública. Foi, por isso, inovador o reconhecimento do aspecto social em assuntos da corporação profissional, nas figuras do papel regulador do Estado moderno e da economia política dos serviços de saúde²⁶. (p.1470)

Nessa tese, Donnangelo flagrou o momento em que a constituição profissional do médico passa de sua condição liberal, e por isso mais autônoma, para a medicina socializada e a medicina de grupo, com a presença de um Estado financiador:

[...] as modalidades atuais de participação estatal já comportam, entretanto, os mecanismos de sustentação do setor privado. E isso, na medida em que o Estado atua no mercado, sobretudo como comprador de serviços ou, em outros termos, como núcleo de reorientação dos consumidores individuais e como fonte principal de financiamento dos custos da produção privada²⁷. (p. 173)

E foi nessa direção que investigou a organização do setor de produção de serviços de saúde em suas dimensões legal, histórica e sociológica, permitindo uma interpretação de certos aspectos dessa organização como decorrentes das dinâmicas das relações de classe na área urbano-industrial da sociedade brasileira. Estabeleceu os contornos do sistema previdenciário brasileiro, uniformizado nos anos 1960, detectando seu colapso exatamente pelo citado aumento da demanda de serviços, especialmente na assistência médica. Por isso,

⁽⁹⁾ Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983) foi pedagoga pela Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara em 1962. Iniciou suas atividades docentes na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1964, no Departamento de Medicina Legal. Em 1969, foi convidada a assumir a cadeira de ciências sociais do então recém-criado Departamento de Medicina Preventiva, onde trabalhou até 1983. Entre os artigos e relatórios que produziu, suas duas teses – a de doutorado, “Medicina e sociedade” (1973) e a de livre-docência, “Saúde e sociedade” (1976) – tornaram-se referências nacionais e internacionais.

entrou a estudar o mercado de trabalho médico, tendo em vista seu principal produtor direto – o próprio médico –, reconhecendo, ao construir suas formulações, uma mudança na própria ideologia médica, que procurava se ajustar a um mercado de trabalho cuja configuração se pautava cada vez mais em moldes empresariais²⁸.

A segunda obra é a tese de doutorado de Antônio Sérgio da Silva Arouca^(h), “O dilema preventivista”, um estudo crítico sobre os propósitos que envolvem o discurso preventivista, entre eles dois aspectos aqui considerados fundamentais: o primeiro é a explicação histórica do tema.

O segundo aspecto é a compreensão de que os pressupostos da prevenção teriam passado por um tipo de formação escolar do médico que, embora inculcando na sociedade valores de prevenção, neutralizava, ao mesmo tempo, a dimensão de classe:

[...] a medicina preventiva tornara-se um mito, mas a intenção de esclarecê-lo realizou-se plenamente. Depois de Arouca, estava esgotada a “ilusão” de se constituir com a preventiva um modelo alternativo à clínica, pois ela se revelava uma atitude ausente, incapaz de resolver problemas de saúde ligados a determinações sociais, apesar de conseguir idealmente reconhecê-los. Desvendando o mito, permanecia o dilema: como superar a situação problemática da saúde do país e da América Latina?²⁹ (p. 55)

A leitura do estudo de Arouca tornou-se obrigatória para o nascente movimento sanitário que se estaria configurando, quer pela sua evidente importância teórico-metodológica, quer por ter sido essa tese também envolvida por uma dimensão política, pois, por seu conteúdo acadêmico polêmico e de caráter claramente político, a Universidade de Campinas decide vetar sua defesa pública, incorrendo, inclusive, em ferrenha perseguição política. Diante dessa repercussão, a universidade faz uma concessão e “permite” que a tese seja defendida em 23 de julho de 1975.

Em 1986, Sérgio Arouca preside a VIII Conferência Nacional de Saúde e, em seu discurso de abertura, deixa clara, entre tantos temas fundamentais, a necessidade de se formar outro profissional de saúde, mais próximo e em diálogo com a sociedade brasileira, com a necessidade de romper o muro e o fosso do campo da saúde.

A terceira obra que influenciou o movimento da Saúde Coletiva brasileira é a tese de livre-docência de Cecília Donnangelo, que, além de trazer ao centro da crítica a biomedicina com o conceito de medicalização do social, pretendeu sistematizar algumas questões em torno do campo da medicina comunitária entendida como forma de serviço.

Publicada essa tese ao lado da arguição transcrita de Pereira, a obra ganhou largo espaço de recepção, consolidando suas críticas, dando reconhecimento à dimensão comunitária e se desdobrando em um espaço geográfico configurado para a prática, refletindo uma particular identificação entre a comunidade e a sociedade local³⁰.

^(h) Sérgio Arouca (1941-2003), médico-sanitarista pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em 1966. Entre 1967 e 1975, lecionou no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas (Unicamp) e, em 1978, prestou concurso na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), tornando-se professor de planejamento em saúde pública. Além disso, foi presidente da Fiocruz em 1985-89, deputado federal pelo PCB em 1991-94 e 1995-998 e Secretário Municipal da Saúde do Rio de Janeiro em 2003.

[...] a medicina comunitária considera a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da Atenção à Saúde. Apresenta-se igualmente como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social³⁰. (p. 13)

Considerações finais

O contexto estadual apresentado acima não está desvinculado da ampla mobilização social e política no país. No final dos anos de 1970 e começo dos anos de 1980, inúmeras forças sociais e políticas empreenderam no Brasil uma luta política formando um bloco expressivo de pressão para exigir o fim do governo militar e mudanças estruturais importantes.

O movimento sindical, a população urbana e rural oprimida pela falta de liberdade e pela crise econômica fizeram-se mais presentes no voto na oposição nas principais unidades da federação nas eleições diretas para governador em 1982. A vitória democrática da oposição nos estados brasileiros abriu espaço para que representações das forças sociais, que se consolidaram ao longo da década de 1970, ocupassem posições estratégicas nos setores decisórios do cenário político, acontecimento fundamental para a implantação de projetos de políticas públicas mais inclusivas e democráticas.

No estado de São Paulo, nas eleições de 1982 para governador, foi eleito Franco Montoro, político com mandatos no senado pelo PMDB e representante de uma articulação política de oposição no período. Assim, durante o período de seu mandato de 1983 a 1987, Montoro acolheu na gestão da Secretaria de Estado da Saúde o médico João Yunes, como secretário, e um grupo diverso com formações profissionais e políticas voltado às diretrizes do movimento pela Reforma Sanitária, muitos oriundos do quadro de sanitaristas formados nos cursos de especialização da década de 1970 e/ou com experiências em projetos comunitários de saúde em diferentes regiões do estado. Estudos sobre esse período da Saúde Pública em São Paulo apontam que, apesar do contexto político ainda adverso no país e outras restrições, muitas iniciativas de construção de um aparato de Atenção à Saúde de forma inclusiva no estado foram possíveis.

A estrutura da Secretaria de Estado da Saúde foi reorganizada, os programas foram reestruturados e a ascensão de um pensamento comprometido com o ideário do movimento sanitário para um espaço decisório parece ter sido o pano de fundo para muitas mudanças no setor de saúde no período. No entanto, é possível reconhecer que as reformas anteriores, levadas a cabo por Leser, consolidaram um espaço institucional que possibilitou essa reorganização, quer seja na priorização da Programação em Saúde, na regionalização e na descentralização da rede de saúde pública, como na organicidade dada aos profissionais sanitaristas na gestão.



No período posterior, com novas eleições e outro projeto de gestão, o modelo implantado anteriormente sofreu impactos importantes e, a partir de 1988, com a promulgação da Constituição denominada “cidadã”, um outro movimento se estabeleceu, pois agora se tratava de consolidar a premissa da saúde como um direito e dever do estado e o Sistema Único de Saúde.

Em São Paulo, na virada dos anos de 1980 para 1990, o estado teve dificuldades políticas e tecnológicas para implantar o SUS, inclusive em sua capital, e tensões importantes ao campo da Saúde Coletiva, quer de base teórica, quer de base tecnológica, aprofundaram as diferenças institucionais, distanciando grupos e suas óticas em torno da saúde. O refluxo dos anos de 1990 caminhou para uma busca cada vez mais academicista dos departamentos de medicina preventiva e social e outros espaços da universidade, enquanto os serviços se preocuparam com a gestão. O apagamento ou desbotamento das bandeiras da Reforma Sanitária foi inevitável. Na busca de compreender as particularidades de São Paulo diante do pensamento da Reforma Sanitária no Brasil, em um contexto capaz de elucidar lógicas vividas por grupos determinados, instituições e pensamento social em saúde, foi possível apresentar apontamentos relevantes sobre como essas experiências compõem uma experiência regional. A perspectiva que o pensamento histórico propõe é a de que um acontecimento, como foi o da Reforma Sanitária, se singulariza nas redes de influências e relações de poder não apenas nacionais, mas sobretudo em âmbito local e regional, formando um tecido complexo de diferenciações sobre a totalidade, mas sem se descolar dela.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Esse estudo é fruto de resultados das pesquisas financiadas pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Processo n. 2013/12137-0, História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo prático e de conhecimento e Transformações na Formação do Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo entre 1928 e 2008. Fapesp Processo: 19/10699-8

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Lina Rodrigues de Faria

Submetido em

25/02/21

Aprovado em

09/08/21

Referências

1. Paim JS. Reforma Sanitária: contribuição para entender a crítica. Salvador, Rio de Janeiro: EdUfba, Fiocruz; 2008.
2. Carnut L, Mendes A, Marques MCC. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. *Saude Debate*. 2019; 43 Spe 8:133-45.
3. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saude Soc*. 1994; 3(2):5-21.
4. Schraiber LB, Mota A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(5):1467-73.
5. Vieira da Silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. *Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
6. Stotz EN. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo Perspect*. 2003; 17(1):25-33.
7. Garrafa V, Amarante PDC. Giovanni Berlinguer: entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana. *Saude Debate*. 2015; 39(107):912-9.
8. Nunes ED. *As ciências sociais em saúde: tendências e perspectivas*. Brasília, DF: OPAS; 1985.
9. Nunes ED. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983.
10. Nunes ED. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(1):139-44.
11. Souza LEPEF. Saúde Pública ou Saúde Coletiva. *Espaç Saude (Londrina)*. 2014; 15(4):7-21.
12. Goldbaum M, Barata RB. O feito por fazer. In: Lima NT, Santana JP, organizadores. *Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Abrasco; 2006. p. 79-112.
13. Teixeira SF. O dilema reformista na Reforma Sanitária brasileira. *Rev Admin Publica*. 1987; 21(4):94-115.
14. Gerschman S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.



15. Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saude Soc.* 2011; 20(4):837-52.
16. Schraiber LB. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.
17. Nemes Filho A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 276-86.
18. Nemes Filho A. Os médicos sanitaristas e a política de saúde no estado de São Paulo no período de 1976-1998 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1992.
19. Dimitrov P. Mobilização e militância pela saúde (depoimento). In: Paula SHB, Bonfim JRA, Louvison M, Martins CL, Capucci PF, organizadores. *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014. p. 119-29.
20. Paula SHB, Bonfim JRA, Louvison M, Martins CL, Capucci PF, organizadores. *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014.
21. Sophia DC. Saúde & utopia: o Cebes e a reforma sanitária brasileira. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 2015.
22. Teixeira LA, Paiva CHA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2014; 21(1):15-36.
23. Bógus CM. A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. *Mundo Saude*. 2007; 31(3):346-54.
24. Marsiglia RMG. Comentário: curso de Saúde Pública em um semestre. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(5):778-9.
25. Martins CL. Desvelando a identidade da pós-graduação em saúde pública [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
26. Mota A. Tempos cruzados – a Saúde Coletiva no Estado de São Paulo, 1920-1980. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2020.
27. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
28. Mota A, Silva JA, Schraiber LB. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
29. Souza AMAF. Caminhos da vigilância sanitária brasileira: proteger, vigiar, regular. São Paulo: Hucitec; 2016.
30. Arouca ASS. Democracia é Saúde. In: *Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde*; 1986; Brasília, DF. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986. p.11-430.



Studies of the history of Brazil's health reform conducted between 1970 and 1980 have gained various nuances and authors. However, there is still a need to understand the regional dimensions of the reform using an approach that examines contexts that are capable of elucidating or at least reflecting on the perspectives of specific groups, institutions and movements aligned with social thinking in health. An additional question is the sanitarian training program at the time, which historiography depicts as being relevant to the strengthening of the ideology behind the health reform. Motivated by the above and critical analysis, we present a historical study of the regional dimensions of the health reform investigating medical-sanitary experiences lived during the period in the state of São Paulo.

Keywords: Health reform. Public health training. Public health in the state of São Paulo. Public health.

Los estudios en perspectiva histórica de la Reforma Sanitaria, entre 1970-1980 en Brasil, obtuvieron diversos matices analíticos y autores. Sin embargo, todavía se resiente de la necesidad de su comprensión a partir de particularidades regionales y de una visión que busque contextos capaces de elucidar o al menos de reflexionar sobre aquello que puede abarcarse en una lógica vivida por grupos determinados, instituciones y movimientos alineados al pensamiento social en salud. Añadido a esta cuestión está el proyecto de formación de sanitaristas en el período que la historiografía señala como relevante para el fortalecimiento del ideario de la Reforma Sanitaria. Dentro de esa motivación y análisis crítico, buscamos presentar un estudio histórico de dimensión regional sobre las experiencias médico-sanitarias vividas en el período en el Estado de São Paulo.

Palabras clave: Reforma sanitaria. Formación en Salud Pública. Salud Pública en el Estado de São Paulo. Salud colectiva.