

Projeto de Pesquisa

“CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: AIS, SUDS E SUS NO CICLO DA DEMOCRATIZAÇÃO (1983-1994)”

Pesquisador Responsável (Coordenação): Prof. Dr. Nelson Ibañez

São Paulo, novembro de 2022

RESUMO

“CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: AIS, SUDS E SUS NO CICLO DA DEMOCRATIZAÇÃO (1983-1994) ”

O presente projeto tem como objetivo central o resgate da experiência da SES de São Paulo no período de 1983 a 1994, quando ocorreu um círculo virtuoso de políticas públicas federais e estaduais. No âmbito federal, desenvolveram-se as políticas AIS, SUDS e o SUS, na direção da integração dos subsistemas de Saúde Pública e da Previdência, que abarca um sistema único e nacional, cujas decisões e operações do sistema são descentralizadas e orientadas para uma maior autonomia por parte dos estados e municípios. No âmbito estadual, a constituição de um Sistema Estadual de Saúde aprofundou processos de mudanças institucionais anteriores, ao permitir uma redefinição dos serviços básicos por meio da incorporação da assistência médica, da cobertura assistencial, da proposta de um novo modelo assistencial, da implementação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), bem como criou estruturas regionais (ERSAS), unindo a diretriz da descentralização com a da regionalização. Dois outros aspectos foram centrais nesse período, a inclusão dos movimentos sociais pela saúde, avançando em novas formas de participação social e as experiências na gestão municipal. O projeto utilizará metodologia quantitativa e qualitativa, ampliando a bibliografia, incluindo teses produzidas, análise documental dos acervos existentes e entrevistas semiestruturadas com atores chave que desempenharam diferentes funções na estrutura da Secretaria de Saúde, nos movimentos sociais, nas estruturas universitárias e na composição dos profissionais que atuaram nos serviços de saúde. A instituição parceira será a SES de São Paulo por meio de duas de suas unidades: Instituto da Saúde e Instituto Butantan com o Museu de Saúde Pública Emílio Ribas (MUSPER) e o Centro de Memórias. Essas unidades auxiliarão não apenas no processo de capacitação de quadros administrativos, mas também nas inovações nas formas de difusão e disseminação dos resultados.

SUMMARY

"CONSTRUCTION OF HEALTH POLICIES IN THE STATE OF SÃO PAULO: AIS, SUDS AND SUS IN THE CYCLE OF DEMOCRATIZATION (1983-1994)"

This project has as central objective the rescue of the experience of the SES of São Paulo in the period 83-92 where there is a virtuous circle of federal and state public policies. At the federal level, movements were developed, AIS, SUDS and the SUS, towards the integration of public health and social security subsystems, the constitution of a single and national system, and the development of a process of decentralization of decisions and the operation of services, implementing greater autonomy on the part of states and municipalities. At the state level, the constitution of a State Health System deepened processes of previous institutional changes allowing a redefinition of basic services with the incorporation of medical care, expansion of care coverage, the proposal of a new care model with the implementation of the Metropolitan Health Program (PMS) and the creation of regional structures ERSAS uniting decentralization and regionalization. Another central aspect of this experience was the inclusion of social movements for health advancing in new forms of social participation. The project will use a quanti/quali methodology with expansion of the bibliography and inclusion of theses produced, documental analysis of existing collections and semi-structured interviews with key actors who worked at different levels of the secretariat structure. The partner institution will be the SES of São Paulo through two of its units: health institute and Butantan Institute (Emilio Ribas MUSPER Public Health Museum and The Memory Center. These units will be assisting in the process of training administrative staff and in innovations in the ways of disseminating and disseminating results.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Contexto federal.....	1
1.2. Contexto estadual.....	4
1.3. Conformação do SUS no contexto atual e relevância do projeto.....	8
2. OBJETIVO	10
2.1. Objetivo geral.....	10
2.2. Objetivos específicos.....	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	11
3.1. Institucionalismo histórico	12
3.2. História das ideias/discursos.....	14
3.3. História dos conceitos.....	15
3.4. Comunidades epistêmicas	16
4. METODOLOGIA	17
4.1. Roteiro metodológico quantitativo	17
4.2. Roteiro metodológico qualitativo	17
5. RESULTADOS E PRODUTOS ESPERADOS	23
6. PRODUTOS	23
7. INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	24
8. EQUIPE DO PROJETO	24
8.1. Estrutura operacional	24
9. INSTITUIÇÃO PARCEIRA SES-SP	32
9.1. Institutos.....	32
Instituto da saúde.....	32
Instituto Butantan.....	35
10. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	42
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto tem como objetivo central o resgate da experiência da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo no período de 1983 a 1994, quando ocorreu um círculo virtuoso de políticas públicas federais e estaduais, gênese da construção do SUS.

Nesta introdução optamos pela caracterização de dois contextos relativos às políticas públicas tanto federais quanto estaduais do período problematizadas nos seus principais eixos norteadores de formulação e implementação. Algumas das problemáticas expressas sobre a atual situação do SUS frente aos seus novos desafios e as questões apontadas pelo projeto justificam a sua relevância e oportunidade bem como a definição dos seus objetivos centrais.

1.1. Contexto federal

O Brasil na década de 80 implementou uma profunda reforma no Sistema Nacional de Saúde. A reforma caracterizou-se pela integração dos subsistemas de Saúde Pública e da Previdência, constituindo um sistema único e nacional, e pelo desenvolvimento de um processo de descentralização das decisões e da operação dos serviços, visando maior autonomia por parte dos estados e municípios. Outro aspecto importante dessa reforma é a conformação de um novo modelo assistencial, definido por princípios organizativos no próprio texto constitucional, tendo como referencial os conceitos de descentralização e regionalização (Viana, 1993).

Essas reformas representadas por essas iniciativas no que tange às políticas públicas visavam inverter características das anteriores de intervenção do Estado na área social, em específico da saúde.

O contexto da redemocratização na década de 80 é marcado por crises tanto na área da saúde quanto na econômica. Na área da saúde, a crise se dá pela crítica e questionamentos ao antigo modelo de alta centralização de recursos na esfera federal, privatização da oferta de serviços curativos e do acesso restrito de grande parte da população aos serviços de saúde (Mello, 1977; Silva, 1983).

Já na área econômica a crise se caracteriza sinteticamente por dois grandes desafios: capacidade do Estado de resolver sua crise fiscal (e as formas de solução do déficit público) e capacidade de constituírem novas modalidades de inserção do país na nova ordem internacional (Viana, 2014a)

Três são os movimentos neste período com repercussões importantes na configuração do setor saúde: Ações Integradas de Saúde - AIS (1983-1987), Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS (1988-1989) e Sistema Único de Saúde - SUS (a partir de 1990). A existência de três propostas de reorganização do setor saúde, num período de 10 anos, tempo que pode ser considerado escasso e as mudanças estruturais provocadas colocam a sua relevância para o período.

Em 1981, criou-se o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP). Em agosto de 1982, aprova-se o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social CONASP (1982). Através deste Conselho, conferiam-se prioridades às ações básicas de saúde, à integração das esferas federal, estadual e municipal, de modo hierarquizado e regionalizado, a universalização da cobertura, a ocupação da capacidade física do atendimento dos poderes públicos, fazendo com que a prestação de serviços privados se revestisse de um caráter complementar.

As Ações Integradas de Saúde (AIS), gestadas dentro da orientação do CONASP, têm como pressuposto que o poder público é o único responsável pelo controle do sistema de saúde e pela saúde da população. Além disso, pressupõe a integração interinstitucional, o planejamento de intervenção orientado pelo quadro de problemas sanitários da população e a integralidade das ações de saúde, evitando-se as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo e ambulatorial/hospitalar. (Ministério da Saúde, 1983)

A implementação das AIS implicou a criação de mecanismos institucionais capazes de romper com a duplicidade de ações nos diversos níveis do aparelho do Estado. Nesse sentido, são criadas as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), Comissões Regionais interinstitucionais de Saúde (CRIS), Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) e Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS) correspondentes a fóruns de discussão a nível estadual, regional, municipal e local.

Os instrumentos jurídicos-administrativos formalizados pelas AIS previam: a) convênios entre esferas de governo (explicitam objetivos, estrutura e mecanismos de financiamento das AIS em cada estado; b) termos aditivos (que visam a operacionalização de projetos específicos de atuação conjunta, envolvendo compromissos programáticos e financeiros); c) termos de adesão (que visam a incorporação das prefeituras de determinadas regiões às AIS, definindo programas e recursos financeiros).

Cabe lembrar que a eleição dos governadores em 1982, primeiras pós 64, com vitória de ampla maioria da oposição, com programas legitimados na área social e propostas de descentralização, desempenha papel importante no fortalecimento dessas políticas (Viana, 2014)

Assim, é a partir da implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) - 1983-7, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) - 1987 - 89 e do Sistema Único de Saúde (SUS) - 1989 - que o processo de descentralização e municipalização ganha significativo impulso com o incremento dos repasses financeiros da União via INAMPS para custeio e investimentos nas redes municipais e estaduais.

No início de 1980, o INAMPS repassava 5% de seus recursos aos Estados e Municípios, atingindo, já em 1987, a proporção de 17%. Em 1984, 400 municípios implantam as AIS. Esse número evolui para 501, em 1985, e, em 1986, para 2215 (MEDICI et al.,1993).

Um denominador comum desses três movimentos foi a opção pela organização descentralizada, contrária à tendência centralizadora até então vigente no setor que apontou a intenção de fomentar o processo de redistribuição do poder do Descentralização ou desconcentração: AIS - SUDS – SUS (MOTTA, 1990).

Ainda no contexto federal, no que se refere a parâmetros das políticas públicas na saúde, cabe a referência ao Documento produzido no âmbito da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, pelo Grupo Especial para a Descentralização: "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei" (Ministério da Saúde, 1993).

De maneira sintética, três aspectos relevantes desse documento podem ser ressaltados: o corte municipalista da descentralização envolvendo a redistribuição do poder e de recursos; perspectiva de alcance de um novo modelo assistencial, definindo a expressão "Único" do Sistema como um conjunto de elementos de natureza doutrinária, que estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social e a ênfase em dois grandes desafios à consolidação do SUS: as políticas de recursos humanos e o financiamento.

A repercussão dessas políticas e suas diferentes conformações no território nacional deve ser vista a partir de histórias locais e regionais dado a estrutura federalista do país, pois sua implementação é influenciada e construída por trajetórias históricas específicas, estaduais e municipais, do ponto de vista político, organizacional e assistencial. Isto é, as políticas das esferas federais tiveram repercussões diferenciadas nas instâncias subnacionais ao longo do período de implementação do SUS.

Uma breve síntese do contexto e suas repercussões no caso da SES-SP objeto deste projeto serão expostas a seguir problematizando sua implementação.

1.2. Contexto estadual

A conformação de um sistema nacional e simultaneamente descentralizado pelas unidades estaduais e municipais da federação e a construção de sua institucionalidade constitui-se num grande desafio para os estudiosos em políticas públicas que pretendem dar conta dessa realidade complexa. Para a compreensão desse desafio, dois movimentos devem ser considerados: um centrípeto, de delegação do centro e a constituição das suas institucionalidades estaduais e municipais; e outro centrífugo, com o reforço dos recursos federais para consolidação da política de saúde. (Draibe, 1994)

No caso específico de São Paulo, a constituição de uma nova institucionalidades no âmbito estadual antecedeu o período em estudo, em gestões anteriores, lideradas primeiramente pelo Prof. Walter Sidney Pereira Leser, ocorrida nos períodos de 1967 a 1969 (durante o governo de Abreu Sodré) e de 1975 a 1979 (durante o governo de Paulo Egídio Martins); lideradas pelo prof. Adib Jatene, de 1979 a 1982 (durante o governo de Paulo Maluf), gestões essas que imprimem um caráter técnico e o desenvolvimento de mudanças institucionais importantes para a implementação das políticas descentralizadoras do período em estudo.

As contribuições do Prof. Leser na direção da constituição do Sistema Estadual de saúde de São Paulo podem ser assim resumidas: realização de ampla reforma administrativa da SES com criação de estruturas centrais e descentralizadas (Divisões Regionais e Distritos Sanitários) e reorganização dos centros de saúde, unificando suas atividades (Mascarenhas, 1973)

Outros aspectos relevantes de sua gestão referem-se à política de recursos humanos com a criação pelo decreto-lei de 2/VIII/1969 da Carreira de Médico Sanitarista, com 622 cargos. E, em 1970, foram também criados 208 cargos isolados de Inspetor de Saneamento com previsão de dedicação exclusiva e exigência de formação em curso especializado de pós-graduação. As mudanças das atividades dos Centros de Saúde permitiram a elaboração de projetos reformas em prédios já existentes, a construção de um total de 112 prédios e a reforma ou ampliação de 268 prédios, bem como. Além disso, criou-se também o *Fundo Estadual de Saúde* que abria a possibilidade de um Sistema Estadual de Saúde, em que a Secretaria estaria incumbida do planejamento, execução, supervisão e avaliação das atividades da saúde em todos os níveis.

Já a contribuição feita pela gestão do Prof. Adib Jatene tem sua base num amplo diagnóstico das condições socioeconômicas e de saúde da população da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) dando origem ao “Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para essa mesma região, negociado com o Banco Mundial”. O contrato entre a SES e o Banco Mundial foi firmado em julho de 1984, originando o Programa Metropolitano de Saúde, tendo sua implementação se dado num período favorável – momento de redemocratização do país, após duas décadas e meia de ditadura – com a eleição de Franco Montoro governador de São Paulo (1982) e a renovação dos dirigentes da SES (Bonfim e Bastos, 1996).

No sentido centrífugo, as políticas federais têm sua implementação em São Paulo, com o convênio das AIS que se inicia em julho de 1983, depois de vencer a grande resistência imposta pelo Governo Federal, que se desvanecia em grande medida com o avanço do processo de redemocratização do país. Em 1985, a nova direção do INAMPS, produto das mudanças que acompanhavam o processo de redemocratização, definiu um novo campo de atuação para o programa de AIS. Já não se tratava de um simples processo de compra de serviços da rede de Saúde Pública, mas que se transformou numa estratégia para a unificação e descentralização dos serviços de saúde.

Ao fim de 1985, os convênios para a implantação das AIS cobriam praticamente a totalidade dos 572 municípios de São Paulo e representavam um importante aporte de recursos para os níveis estadual e municipal do governo (Brasil, 1986).

O primeiro período compreendido pelo início dos anos de 1983 a 1987 contempla o processo de redemocratização e de políticas públicas em saúde (AIS, SUDS), movimentos sociais e a emergência de novos projetos de reorganização do sistema estadual. O governo Montoro que teve o Dr. João Yunes na pasta da saúde representa uma segunda mudança em direção à conformação do SUS no estado. Uma nova geração de profissionais ligados à Saúde Pública, fruto da criação da carreira de sanitarista pela SES, participa intensamente na formulação do projeto da saúde no período.

A criação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) e os processos de descentralização com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS) são representativos deste período, em decorrência de pressões dos movimentos sociais, dos profissionais sanitaristas e de organizações internacionais como a Organização Panamericana de Saúde OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Com apoio do Banco Mundial, foram realizados investimentos com a construção de 100 unidades básicas de saúde e construção e reformas de hospitais, além de estudos e construção

de um modelo do sistema de saúde, baseado na integração de serviços e de conformação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Novaes, 1990; Oliveira, 1988; Paganini e Caote, 1990).

Os princípios do Programa estavam sintonizados com os das Ações Integradas de Saúde (AIS): universalidades, integralidade das ações, estrutura hierarquizada, regionalizada e descentralizada para organização dos serviços de saúde – condição para o financiamento via Banco Mundial (Viana, 2014).

Neste sentido, a implementação do PMS foi feita em três fases: constituição de doze módulos de saúde vinculados à coordenadoria do PMS (de janeiro de 1985 a junho de 1986); constituição dos ERSAS (de julho/86 a junho/87); emergência do SUDS/SUS – processo de municipalização - sistemas locais de saúde (1987-88).

Outra característica desse período foram as experiências da gestão municipal desenvolvidas em projetos de atenção básica e integração sanitária envolvendo universidades (Unicamp -Paulínia; FSP-FCM Santa Casa Cotia) que se transformam em projetos de gestão municipal mais amplos como ocorreu na Secretaria municipal de Campinas influenciando o movimento municipalista com a organização de um colegiado de secretários municipais.

Cabe ainda ressaltar outra política federal que se deu na área de ciência e tecnologia onde o Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1973 e a Política de Auto Suficiência em Imunobiológicos (PASNI) propiciou a recuperação dos Institutos públicos de pesquisa e produção em especial no caso de São Paulo o Instituto Butantan que a partir de políticas implementadas pela SES estabelece concursos para a carreira de pesquisadores e lideranças científicas, cria o Centro de Biotecnologia, modernizando sua área de produção e a implanta sua Fundação de apoio em 1989.

O período de 87 a 90, durante a gestão do Governador Orestes Quécia e do Secretário de Saúde José Aristodemo Pinotti, deu-se tanto a regulamentação do SUDS quanto a sua implementação do SUS caracterizados por momentos cruciais: o início da municipalização dos serviços em especial a atenção básica, implantação das equipes do PSF e a reestruturação da regionalização no Estado e criação das redes de atenção.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SUDS-SP) é regulamentado pelo decreto nº 28.410, de 20 de maio de 1988. O texto parte do "Compromisso Interinstitucional", firmado em 21-5-87 (D.O.U. de 20-10-87 e D.O.E. de 11-6-87), entre o MPAS/INAMPS e o Estado de São Paulo/ SES, com a interveniência do Ministério da Saúde. O Convênio SUDS-SP-87 e seu respectivo Termo Aditivo Financeiro (D.O.U. de 20-10-87 e D.O.E. 1.º-8-87), visando à implantação SUDS-SP;333 se insere no Programa de Desenvolvimento de Sistemas

Unificados e Descentralizados de Saúde, criado pelo Decreto Federal n. 94.657, de 20-7-87 (D.O.U. de 21-7-87).

A Cláusula Primeira define o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo, que se configura política e administrativamente pela integração dos serviços de saúde prestados, direta ou indiretamente, pelo INAMPS-SP, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos Municípios, com vistas ao processo de estadualização e de crescente municipalização das ações de saúde.

O Convênio SUDS-SP/87 estabelece, ainda, dentre as obrigações comuns dos Partícipes, as de "conjugar a totalidade de seus recursos físicos, materiais e humanos disponíveis no Estado, para implantação definitiva do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SUDS) e de "aperfeiçoar os mecanismos de relacionamento da rede pública de serviços com os serviços das entidades filantrópicas, hospitais universitários e entidades privadas empresariais e fundacionais, incorporando-as no SUDS". O convênio SUDS prevê também a fixação de prerrogativas e a atribuição de poderes ao Secretário de Estado da Saúde para fins de efetiva representação na CIS-SP e condução do Sistema, e estabelece o compromisso do Estado de adequar a estrutura da Secretaria da Saúde para atender às novas atribuições governamentais decorrentes das ações de saúde.

O relatório síntese da Primeira Conferência Estadual de Saúde realizada em outubro de 1991 mostra em um quadro a participação relativa das diferentes fontes de financiamento da saúde no estado de São Paulo no período de 1980 a 90, a decrescente participação do então INAMPS de 71,53 % para 38,23% em contraste com o crescimento da participação estadual e municipal de 22,82%-31,68% e 5,65%-23,83%, respectivamente. (Mercadante et al., 1994)

No caso de São Paulo, as mudanças iniciadas na gestão João Yunes em 1983 implementando o processo de descentralização e municipalização através do Programa Metropolitano de Saúde e a posterior criação dos Escritórios Regionais de Saúde -ERSAS, encontra na gestão José Aristodemo Pinotti sua continuidade, com grande apoio das políticas federais e o crescimento dos financiamentos estaduais e municipais (Mercadante et al., 1994).

O terceiro período de 1991 a 94, Gestão Antônio Fleury, está representado pela gestão de três secretários: Nader Wafae, Vicente Amato e Carmino Antônio de Souza e acentua as tendências observadas no período anterior, inaugurando um período de crises internas na SES-SP.

1.3. Conformação do SUS no contexto atual e relevância do projeto

O evoluir histórico na conformação do sistema único assistiu a uma série de iniciativas legislativas, normativas e institucionais a partir dos anos 2000 na implementação do SUS, por parte do nível federal que tiveram uma orientação de valorização do papel dos estados e a descentralização associada a regionalização do sistema.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) datada de 2001-2002 já apresenta no texto definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no planejamento regional e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (Programação pactuada e integrada (PPI) e o Plano diretor da regionalização (PDR). Acrescente-se a manutenção de dispositivos anteriores: a definição de atribuições mínimas para a atenção básica; redefinição de procedimentos da atenção de média e alta complexidade e criação de protocolos para a assistência médica. Foram ainda implementados relações e acordos federativos.

Já o Pacto pela saúde de 2006 aprofunda o conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre gestores.

O SUS dentro do contexto atual se tornou uma das políticas públicas mais efetivas do Estado brasileiro. No episódio mais recente do enfrentamento da pandemia Covid-19 teve sua efetividade reconhecida por amplos setores da sociedade brasileira, mesmo evidenciando obstáculos estruturais remanescentes de sua trajetória institucional (financiamento, governança federativa e assistencial, relação público-privado).

Do ponto de vista conjuntural mais agudamente alguns desses obstáculos ganharam maior relevância.

Do ponto de vista normativo e de condução no enfrentamento da pandemia a atitude negacionista adotada pelo MS (questionamento de vacinas medidas profiláticas máscara isolamento, tratamentos não comprovados) fato este que evidencia uma ruptura do pacto federativo onde a coordenação da instância federal deliberadamente atribuiu a estados e municípios não só a condução e implementação de medidas como sua quase que total responsabilização.

Um dos problemas tratados pelo projeto refere-se a rever uma visão consensual da gênese do SUS a partir do âmbito federal, relegando a segundo plano o papel das esferas estaduais e municipais. A literatura sobre a análise de uma política pública no processo de conformação do SUS, com raras exceções, tem privilegiado o enfoque federal. Considerando o SUS como uma política

pública complexa e federativa olhar a construção do SUS entre o entrelaçamento de políticas federais e estaduais no momento de constituição do sistema é a relevância maior do resgate desse período.

Olhar para esse processo a partir das histórias e trajetórias institucionais estaduais como experiências singulares e seminais na relação federativa tanto na formulação quanto na implementação permite recontar a gênese do SUS sob uma outra ótica e contribuir para entender a constituição do sistema. Outra dimensão a ser abordada pelo projeto refere-se a comunicação ou seja a análise dos conteúdos jornalísticos veiculados pela mídia entre os anos de 1983 e 1994, período de discussões, reestruturação e implementação dos novos serviços públicos de saúde, restringindo o escopo de análise aos produtos jornalísticos referentes ao estado de São Paulo, buscando relacionar o teor das matérias com os eventos que pontuaram o período nos aspectos políticos, econômicos e sociais, assim como as diferentes problemáticas sanitárias e epidemiológicas que caracterizaram o estado bandeirante, variáveis que influenciam o enquadramento jornalístico das notícias.

Por esses motivos, o objetivo central deste projeto, é resgatar as políticas públicas do período, buscando identificar os fatores intervenientes políticos, sociais e organizacionais que conformam o Sistema Estadual de Saúde, com foco no papel da esfera estadual e as mudanças institucionais da SES-SP frente às políticas setoriais federal no período de redemocratização (1983-1994) e suas repercussões na mídia.

Para tanto será utilizada uma metodologia qualitativa e quantitativa, envolvendo análise documental, bibliográfica e entrevistas semiestruturadas visando identificar a percepção dos profissionais chave que atuaram neste período em diferentes instâncias do executivo estadual.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo geral

Resgatar e publicizar a conformação do Sistema Estadual de Saúde, com foco no papel da esfera estadual e das mudanças institucionais da SES-SP, frente às políticas setoriais federais no período de redemocratização (1983 a 1994), a partir da percepção dos atores chaves que desempenharam suas funções neste período em diferentes cargos do executivo estadual.

2.2. Objetivos específicos

- Analisar os processos de implementação das políticas federais no âmbito da gestão estadual;
- Identificar as principais mudanças institucionais ocorridas no período com base em aspectos jurídicos, organizacionais e assistenciais mediante análise documental;
- Identificar e analisar; a partir da percepção dos atores chaves; as oportunidades e obstáculos a implantação do SUS no Estado;
- Resgatar as críticas e os elementos caracterizadores atribuídos ao sistema estadual de saúde na mídia pelos diferentes gêneros jornalísticos (editorial, artigo, entrevista, comentário, crônica, carta, fotografia e caricatura) no período em estudo.
- Promover a divulgação dos resultados em diferentes mídias e instituições.

3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Uma observação sobre o desafio da história contemporânea é colocada por Hobsbawm já na primeira linha do prefácio sobre o “breve século XX”, é que “ninguém pode escrever sobre seu próprio tempo de vida como pode (e deve) fazer em relação a uma época conhecida apenas de fora” (Hobsbawm, 2007). Essa questão é especialmente cara não só ao grupo de pesquisa, coetâneo de várias passagens, mas à própria literatura específica de interesse histórico, também escrita por coetâneos. Especialmente sabendo-se da influência na formação de muitos daqueles que se interessaram pela política nos anos 70, quando “as ciências sociais foram invadidas por uma tendência filosofante que recuperou o pior do ‘ensaísmo’ – sua falta de rigor, sua arbitrariedade formal e pouco ou nenhuma preocupação com a investigação empírica [...]” (Brandão, 2007).

Ciente da responsabilidade que essas premissas impõem, é momento de definir sob qual perspectiva a história da Secretaria de Saúde de São Paulo deve ser recuperada e contada, isto é, a seleção do método e seu referencial de análise – esses referenciais metodológicos refletem o ponto de vista sobre o qual o objeto de investigação é enquadrado socialmente (Burke, 1992; Novais e Silva, 2011).

A questão, no entanto, não é tão simples, pois o tema traz várias considerações à escolha metodológica. Poder-se-ia definir a princípio a perspectiva “institucional”, inerente à própria natureza de “Secretaria de Estado” do objeto. Contudo, a saúde pública, seu pano de fundo, envolve dois outros domínios obrigatórios: a ciência (saúde), a política (pública).

Esses três domínios devem ser considerados complementares para sua compreensão histórica. Mas ainda não é suficiente. Resta decidir qual o enfoque da história: os fatos, atitudes e mentalidades do momento; ou a fronteira do pensamento, ideias e conceitos que a atravessaram? Planos que opõem métodos e estratégias de pesquisa. Aparentemente o primeiro, pois não se pode negar que a Secretaria do Estado da Saúde (SES-SP) é um objeto concreto de ações concretas. Contudo, essas ações são definidas nos planos ideológico, científico e social, o que também situa o enfoque de ideias no plano principal. Por fim, uma instituição política não existe como objeto isolado e apenas faz sentido contextualizada em seu contexto epocal. Logo, rapidamente fica visível que um único referencial metodológico é suficiente para esclarecer a complexidade do objeto o que implica em considerar essa história como estudo de caso de múltiplas abordagens.

A perspectiva institucional é mandatária. O referencial do institucionalismo histórico se coloca em evidência sobre o forte componente da atuação do estado e fragilidade das mobilizações

sociais na saúde pública brasileira (Fonseca, 2007; Lima, 2007). Não seria possível a compreensão do campo da saúde brasileira sem observar a intermediação das instituições no direcionamento político (Machado e Lima, 2015).

A história das ideias, mais especificamente do discurso, é uma ótica especialmente importante para história política. Essa perspectiva considera que manifestações sociais e institucionais concretas são precedidas de ideias, matrizes discursivas e conceitos na intencionalidade política.

A história dos conceitos pode ser considerada um ramo específico desse olhar. Do lado dos fatos, a história contemporânea é em boa medida dependente da imprensa e seus periódicos, cuja revisão é compulsória. Objetos reativamente recentes, como a SES-SP, podem contar ainda com o benefício da recuperação do testemunho oral. Por fim, dois conceitos acessórios auxiliam na compreensão das influências, escolhas e rupturas observadas: a leitura das comunidades epistêmicas e a questão geracional. A seguir será especificada cada dessas opções metodológicas e suas possibilidades de contribuição para a pesquisa.

3.1. Institucionalismo histórico

O referencial teórico para o estudo em questão tem seu principal apoio na corrente institucionalista da Ciência Política. Apesar de composta por, pelo menos, três vertentes (institucionalismo histórico, sociológico e da escolha racional), sua postulação nuclear comum parte de duas constatações: a primeira de que as normas e os procedimentos operacionais das instituições influem no resultado positivo, uma vez que estruturam comportamento político e moldam a identidade, o poder e a estratégia dos atores em selecionar preferências e a segunda de que as instituições moldam a política e são moldadas pela história, podendo os indivíduos escolher suas instituições, mas não o fazendo em circunstâncias que eles mesmo criaram.

Dito de outro modo, as instituições são importantes preditivos das decisões coletivas. Para os adeptos desta visão teórica pautada no institucionalismo histórico, a forma de organização do Estado, o desenho institucional, a trajetória da política, o contexto e as ideias são aspectos institucionais fundamentais para compreensão do comportamento dos atores (Hall e Taylor, 1996; Immergut, 2006; Justice e Miller, 2007).

No caso de sistemas federativos, como o brasileiro a existência de três níveis de governo (união, estados e municípios) e a prevalência de profundas disparidades regionais como principais características (Arretche, 2015). Neste sentido federalismo disposto pela Constituição de 1988

previu a cooperação intergovernamental como dinâmica a ser perseguida na elaboração e implementação das políticas sociais. Este novo formato organizacional fora concebido ao mesmo tempo em que políticas como educação, saúde, e assistência social ganharam contornos de universalidade e de obrigatoriedade de garantia estatal. Angariaram, portanto, o status de direito social. Desde então, estas políticas experimentaram diferentes trajetórias de desenvolvimento institucional, cuja marca comum foi o uso de instrumentos de coordenação federativa por parte do governo federal (Abrucio, 2005). Na política de saúde, o formato de organização sistêmica foi estipulado pelo texto constitucional e regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990).

No desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), o governo federal assumiu responsabilidades de normatizador nacional e os governos subnacionais ficaram com a função de execução dos serviços. O ordenamento constitucional previa ainda a participação social nas deliberações, princípio que foi materializado pela criação do Conselho Nacional de Saúde e de seus similares nos estados e municípios.

O ideal de descentralização, no entanto, apenas começou a se efetivar com a instituição de Normas Operacionais Básicas (NOBs) por parte do Ministério da Saúde. Estes normativos conformaram a estrutura operacional da política nacional de saúde, criando estruturas decisórias intergovernamentais (Comissão Inter gestores Tripartite e Bipartite) e detalhando a organização dos serviços a partir de níveis de atenção (básica, média e alta complexidade). Apesar disso, a descentralização apenas foi efetiva quando o governo federal induziu os governos subnacionais a aderirem ao SUS por meio da vinculação de repasses de recursos à oferta de serviços à sua população (Arretche, 1999).

Partindo da premissa de que a cooperação estado-local provém de decisões estaduais, entender a conformação do processo decisório governamental se mostrou essencial. Haveria, portanto, “policy communities” subnacionais com potencial de influenciar as decisões estatais em questões que envolvem desde a ascensão da ideia colaborativa à agenda governamental até a forma como esta solução será implementada.

Os estudos que se debruçam sobre a atuação dos estados na promoção de políticas sociais, como já colocamos, demonstram uma considerável heterogeneidade. A diversidade interestadual tanto na implementação quanto nos resultados das políticas públicas é resultado da natureza das responsabilidades que lhes foram atribuídas no âmbito do desenho institucional das políticas nacionais, estando afeito ao ideal de autonomia federativa (Silva, 2015).

Uma das propostas para os estudos de caso apresentadas por Silva (2020) aborda estudos a partir de três eixos: 1) situação de sobreposição e interdependência da política no estado; 2) resgate da trajetória histórica da política no estado; 3) Condições e barreiras à colaboração estado-local. Eles permitem testar duas hipóteses rivais: 1) a existência/atuação de “policy communities” estaduais é fator determinante para o nível de institucionalização da cooperação estado-local; e 2) o nível de cooperação estado-local, na verdade, deriva de decisões políticas estaduais, portanto independe da atuação das “policy communities” da saúde. (Silva, 2020)

Neste sentido, a hipótese central do projeto pode ser enunciada é de que os condicionantes normativos nacionais e as ações coordenativas do governo federal no caso do estudo em questão (AIS, SUDS e SUS) não são suficientes para definir a ação das esferas subnacionais, mas são os fatores do contexto histórico e político dos estados os determinantes para a institucionalização da cooperação estado-local, notadamente a concepção dos atores que orbitam a política específica em relação a ideia colaborativa associada a aspectos do perfil da liderança política estadual.

Em suma, o argumento central aqui desenvolvido é que o desenho institucional da política é um importante preditivo da cooperação vertical no contexto subnacional, porém ele não é suficiente para provocar a adoção de padrões mínimos nacionais no comportamento colaborativo dos governos estaduais.

3.2. História da ideia/discurso

A história das ideias é definida mais precisamente como como história do discurso no campo político, pois se define sobre enunciados que conformam tempos políticos e campos ideológicos determinados. Essa abordagem é defendida como a mais apropriada para a compreensão dos fundamentos e intencionalidades implicadas nas origens políticas (Brandão, 2007; Pocock, 2003; Skinner, 1969). Entre seus princípios fundamentais, o ‘contextualismo histórico’ determina que o discurso só pode ser interpretado no contexto da época de sua enunciação, prevenido que se estabeleça “diálogos impossíveis” (Jasmin, 2005). Em função da própria concretude e base social da formação em saúde coletiva, é comum que pesquisadores iniciantes se sintam desconfortáveis em manter-se exclusivamente atado ao plano intelectual discursivo. Mais ainda mais diante da importância apenas secundária da pessoa comum no ideário político, cuja centralidade concentra-se no discurso de vanguarda, eminentemente ligado às elites sociais (a situação se inverte quando no enfoque das práticas, mentalidades e atitudes, quando o discurso de fronteira pouco representa). Essa leitura deve ser cuidadosa para que não reste a impressão de que a história se

esgota nesses planos (Brandão, 2007); que os discursos “vencedores” omitem os mecanismos que permitiram a legitimação da fala (Bourdieu, 2008); deixam pouco manifesto o componente popular na cultura estabelecida (Ginzburg, 2002); e facilitam a leitura acrítica do culto aos heróis.

Em relação ao objeto dessa pesquisa, a história do discurso permite compreender a distância da origem das ideias em relação aos seus marcos temporais concretos. Por exemplo, a famosa reforma da SES-SP de 1968, conhecida como “Reforma Leser”, encontra raízes discursivas nacionais e internacionais nas quatro décadas anteriores. Por isto, sua compreensão exige revisitar a construção de toda trajetória de seu discurso político-sanitário. Mas também conceitual, como exposto a seguir.

3.3. História dos conceitos

A história dos conceitos compartilha ideais próximos àqueles das ideias, embora esses campos intelectuais tenham sido estabelecidos em paralelo. A ideia central é que o conceito representa o componente mais efetivo da linguagem, construído historicamente em constante tensão entre o linguístico e o extralinguístico. Ao contrário do senso de conceitos como expressões atemporais e transculturais, estes só podem ser compreendidos no exato contexto de sua enunciação. O que, em tese, seria um impeditivo para sua historicidade. Entretanto, é possível mapear a trajetória desses momentos e estabelecer uma linha de continuidade histórica, incluindo suas variações semânticas (Koselleck, 1992). Por exemplo, embora o enunciado de ‘serviços básicos’ possa ser encontrado desde a década de 1930, o conceito de ‘atenção básica’ do SUS é claramente baseado na leitura da “Atenção Primária à Saúde” dos anos 1980 que se seguiu à icônica Conferência de Alma-Ata, mas que rejeita politicamente o signo ‘atenção primária’ (Mello, Fontanella e Demarzo, 2009).

Uma questão central para compreender a importância de se olhar para o conceito é que esse é um elemento essencial de qualquer processo produtivo: são as ferramentas intelectuais sem as quais não é possível operar. Sua temporalidade e adequação produtiva pode se situar em quatro possibilidades: realidade e conceitos permanecem estáveis por longo tempo; alteram-se de modo simultâneo; o conceito muda, mas não a realidade; ou, inversamente, a realidade muda e o conceito não (Jasmin, 2005; Koselleck, 1992). Assim, dificuldades para operacionalização de políticas de saúde podem ter componentes diretos da inadequação conceitual, como evidenciado para a ideia de regionalização (Mello, Demarzo e Viana, 2019). Compreender os principais conceitos de cada

época da SES-SP significa compreender as próprias escolhas e direcionamentos políticos-institucionais.

3.4. Comunidades epistêmicas

A ideia de comunidades epistêmicas não é necessariamente um referencial histórico, mas auxilia na compreensão de fatores de influência nas principais definições, escolhas políticas e cultura institucional em dado momento.

O foi inicialmente usado para analisar a participação de cientistas nas políticas nacionais e internacionais sobre assuntos de alta tecnicidade, mas que se expandiu para o conhecimento específico “que se torna relevante para comunidades ou socialmente reconhecido, independentemente de seu caráter científico (Soares e Vitelli, 2016). Funcionam como redes de especialistas que promovem sua influência sobre suas convicções e metas de políticas compartilhadas. Estas comunidades se diferenciariam de organizações de interesse político ou um mero grupo de especialistas pelo conjunto de convicções causais; normativas; pressupostos metodológicos de validade; e propósito políticos relacionado a uma ação (Haas, 1992). O poder de difusão da atuação da comunidade é outra característica importante, pois “permite sustentar o processo que ocorre entre dois atores: a comunidade epistêmica e a classe política que adota a visão impulsionada pela primeira” (Soares e Vitelli, 2016). Apesar de certo rótulo filosófico, essa comunidade é composta por pessoas reais, com interesses concretos. Na saúde pública brasileira, por exemplo, o grupo de ‘sanitaristas’ ligados à reforma do setor saúde que se concretiza no SUS pode ser caracterizado como comunidade epistêmica, muito em função da inserção desse grupo de professores e pesquisadores na estrutura estatal (Costa, 2014). Embora pela SES-SP tenha historicamente transitado acadêmicos como Rodolfo Mascarenhas da Faculdade de Saúde pública da USP, Walter Leser da Escola Paulista de Medicina, e vários docentes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, ainda está para ser feito o mapeamento de como esse conjunto influenciou as políticas como grupo e suas interrelações.

4. METODOLOGIA

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa e qualitativa, ou métodos mistos, para melhor entendimento dos dados, análise e interpretação da hipótese da pesquisa. As diferentes perspectivas metodológicas são vistas como complementares, de modo a ampliar e completar as possibilidades de melhor desenvolvimento do estado da arte e produção do conhecimento. Ainda quanto à utilização das abordagens quantitativas ou qualitativas, torna-se importante assinalar que a abordagem quantitativa permite revelar aspectos gerais do objeto avaliado, conferindo à pesquisa quantitativa o conhecimento amplo e generalizado do objeto investigado, enquanto a abordagem qualitativa centra-se na compreensão de aspectos do mesmo fenômeno, compreendendo a especificidade do objeto, bem como trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

É bastante extensa, atualmente, a literatura específica sobre abordagens, dimensões e métodos analíticos quantitativos e qualitativos, inclusive sobre a elaboração de instrumentos de coleta de dados. As fontes e os mecanismos de coleta de dados para essa apreensão são também inúmeros e variados. Uma abordagem bastante adequada e atualmente utilizada em pesquisa empírica de caráter qualitativo é a triangulação dos dados, cujo objetivo básico é abranger a máxima amplitude na descrição e compreensão do foco em estudo, por meio do cruzamento de múltiplos pontos de vista a partir de uma série de informantes e diferentes instrumentos de coleta de dados.

A metodologia utilizada baseia-se numa pesquisa quantitativa e qualitativa que tem por base a análise documental em fontes primárias e secundárias, entrevistas em profundidade com atores-chave da área da Saúde Pública em São Paulo que estiveram à frente do executivo no período proposto.

4.1. Roteiro metodológico quantitativo

Levantamentos de dados dos sistemas de informação visando a caracterização dos aspectos demográficos, econômicos, sociais e do perfil epidemiológico;

4.2. Roteiro metodológico qualitativo

- A. Revisão bibliográfica contextualizada e ampliada com publicações atualizadas sobre o tema. A necessidade de ampliação dessa revisão está relacionada a grande amplitude de

trabalhos e teses sobre o período contextualizados e tematizados nos aspectos históricos, políticos, estruturais e organizacionais do sistema nacional e estadual de saúde.

- B. Análise documental: técnica inserida no campo da pesquisa qualitativa, primordial nas pesquisas historiográficas. Neste estudo, essa análise será realizada a partir da consulta de fontes primárias e secundárias. Serão priorizados documentos históricos, extraído informações, analisando-as de acordo com os objetivos propostos, priorizando os arquivos existentes no Museu da Saúde Pública Emílio Ribas e os da Faculdade de Saúde Pública e da Medicina da USP, entre outras.
- C. Análise repercussões na mídia: a etapa inicial da pesquisa constitui-se no estabelecimento do *corpus* para análise mediante a consulta da coleção do diário referente ao período indicado e o fichamento das matérias jornalísticas centradas no tema estudado. Os referenciais metodológicos empregados serão a análise de conteúdo e a hermenêutica de profundidade. A análise de conteúdo se constitui em “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (Bardin, 2015). A análise de conteúdo tem sido aplicada como recurso em diferentes áreas do conhecimento e Bardin preconiza este método como estratégia privilegiada para a exploração de um *corpus*, sendo assinaladas cinco etapas para o desenvolvimento da pesquisa que, segundo a autora, são flexíveis, isto é, podem ser parcialmente transformadas ou mesmo suprimidas. Estas etapas são as seguintes:
- i. Organização de análise – composta por três procedimentos preliminares:
- Pré-análise: as ideias iniciais que instruem o estudo; é a etapa mais importante porque configura a organização da pesquisa e envolve o estabelecimento do *corpus* a ser submetido à análise e a elaboração da problemática e dos objetivos da pesquisa;
 - Exploração do material: refere-se à operação de registro, organização inicial e codificação dos conteúdos constitutivos do *corpus*;
 - Tratamento dos resultados parciais e interpretação: a obtenção dos resultados brutos de forma a serem significativos e válidos;

- Codificação: refere-se ao trabalho de transformação dos dados brutos de maneira sistemática, quantificando-os e classificando-os segundo o tema de cada unidade documental e/ou outros critérios pré-estabelecidos;
 - Categorização: implica no reagrupamento das unidades de registro (as matérias jornalísticas), estabelecendo categorias temáticas para tornar inteligível o montante de dados coletados e viabilizar a continuidade da pesquisa;
 - Inferência: etapa centrada no aspecto implícito das mensagens analisadas, buscando reconhecer as continuidades e as contradições constantes no interior de cada categoria estabelecida e também entre as diversas categorias criadas no contexto do *corpus*.
 - Tratamento informático: etapa nem sempre realizada nos procedimentos de análise de conteúdo, é utilizada pelos pesquisadores que trabalha com a palavra como unidade básica significativa, permitindo a elucidação, por exemplo, da frequência que um termo específico é invocado em uma ou mais matérias jornalísticas.
- ii. Já a hermenêutica de profundidade constitui-se numa técnica da análise de discurso centrada suas atenções mais na organização dos conteúdos formadores do *corpus*, concedendo atenção limitada à análise detalhada do teor dos conteúdos. Assim, como referencial metodológico complementar, recorrer-se-á à hermenêutica da profundidade, que permite a análise interpretativa mais apurada da produção e circulação das mensagens veiculadas pela mídia, sendo o material jornalístico, como toda produção midiática, entendidos como produções simbólicas elaboradas para serem apropriadas pelos sujeitos sociais. Além disso, a hermenêutica de profundidade adota a complementaridade de campos conceituais, instigando a recorrência à categoria “ideologia” como um dos recursos para a análise dos conteúdos. Para Thompson (1995), a pesquisa tributária da hermenêutica de profundidade deve ser processada em três etapas de análise:
- Análise sócio-histórica: o enfoque das condições sociais de produção, circulação e recepção das formas simbólicas, analisando as situações no tempo e no espaço e suas possíveis interações com as estruturas sociais e de poder;
 - Análise formal ou discursiva: parte-se do pressuposto de que as fórmulas simbólicas são construções complexas com uma estrutura articulada e, a partir

disso, deve-se colocar em evidência o teor e os nexos estruturadores que conferem sentido aos conteúdos midiáticos assim como suas relações explícitas com o contexto histórico e social;

- Interpretação/Reinterpretação: momento no qual deve ser explorado o potencial crítico da pesquisa, superando as aparências evidentes presentes nas formulações simbólicas para ser possível desvelar os jogos de interesse que intentam estabelecer ou sustentar as relações de dominação.

Ainda segundo Thompson (1995), as três fases propostas para a implementação da hermenêutica de profundidade não devem ser pensados como “estágios separados de um método sequencial”. Em vez disto, tais etapas devem ser entendidos como dimensões analiticamente distintas e integradas de uma operação interpretativa, no caso presente, das produções jornalísticas tematizadas pelo sistema de saúde do estado de São Paulo.

- iii. A terceira abordagem metodológica está relacionada à realização de entrevistas semiestruturadas com atores chave que participaram na formulação e implementação dessas políticas no período. Este será o procedimento metodológico central do projeto. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas visando coletar narrativas que permitam traçar a trajetória dos entrevistados e seu papel na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, bem como entender os significados que atribuem às realidades vividas e sua singularidade nesse processo. Neste sentido o procedimento de escolha dos atores chaves terão os seguintes critérios: dirigentes e operadores da SES, dirigentes e operadores das SMS, participantes dos movimentos sociais e docentes das universidades e faculdades envolvidas. A elaboração dos instrumentos para as entrevistas seguirá roteiros organizados segundo eixos temáticos, relativos aos objetivos propostos pela pesquisa identificando a posição do ator no período, seu papel e sua percepção dos eventos estruturantes do Sistema Estadual de Saúde em São Paulo no período. As entrevistas terão transcrição, revisão e editoração e disponibilização em diferentes mídias. Os roteiros elaborados passaram pela aplicação de pré-testes para assegurar a qualidade da coleta de dados.

A coleção constituída será depositada, juntamente com o projeto e os produtos dele decorrentes, em uma instituição de preservação de acervos capaz de oferecer livre acesso aos documentos coletados e produzidos.

Conceitualmente esta pesquisa se vincula às perspectivas desenvolvidas pela história oral, ligada à história social, por ser um importante recurso para recuperar as experiências dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Com um amplo desenvolvimento teórico e metodológico a história oral trabalha com a dimensão da memória e do testemunho histórico, oferecendo um relevo diferenciado para os problemas elencados. Os relatos pessoais serão articulados com referenciais bibliográficos e documentais de maneira a melhor circunstanciar fatos, projetos, ideias e processos na construção das políticas públicas de saúde do Estado de São Paulo. Importante destacar também que a dimensão da experiência dos entrevistados contribui para identificarmos os laços identitários construídos pelo envolvimento na luta pela saúde pública. Toda a dinâmica de elaboração, organização, mobilização e reflexão que culminaram em diferentes projetos estruturantes na área, é reveladora de uma experiência e memória compartilhadas, com grande potencial para subsidiar novas abordagens, releituras e, até mesmo, reafirmar ideias e valores capazes de sustentar projetos e políticas públicas.

Um núcleo de História Oral no Brasil que é referência para esta pesquisa é o Programa de História Oral do CPDOC – Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas, que tem desenvolvido, desde os anos de 1970, projetos com essa metodologia. Desde então, diferentes instituições e programas de pós-graduação têm difundido e se utilizado da História Oral. A década de 1980, por exemplo, é paradigmática em decorrência das expressivas transformações epistemológicas ocorridas nas pesquisas históricas. Incorporaram-se os estudos de temas contemporâneos, houve a reintrodução e valorização da atuação dos sujeitos históricos individuais na elaboração dos processos, das dimensões micro históricas, do cotidiano, cultura, das representações sociais – abordagens que se utilizam largamente dos depoimentos orais para a compreensão de problemas de pesquisa previamente estabelecidos. No que se refere aos estudos dos fenômenos do mundo político que voltaram à cena neste período, chamamos a atenção para importância da história oral para uma ideia cara a esta pesquisa, o estudo do papel dos atores nas tomadas de decisão, o que pode visibilizar os meandros dos momentos decisórios, nem sempre apreensíveis nos documentos de arquivo. As construções narrativas, por sua vez, evidenciam formações, conflitos geracionais, mudanças de chave na participação dos sujeitos nos processos abordados e são especialmente ricas para a abordagem historiográfica (Amado, Ferreira et al., 2005).

O resultado da ampliação do número de pesquisadores que se utilizam desta metodologia é o crescimento de acervos de histórias de vida e temáticos, que procuraram recuperar interpretações dos sujeitos dos seus próprios processos constitutivos, na relação com suas práticas sociais e envolvimento em carreira, histórias institucionais, de movimentos sociais, organizações políticas entre outros. Nesta perspectiva, as entrevistas realizadas com essa metodologia objetivam não apenas preencher lacunas em termos informacionais, mas construir um tipo de fonte documental que aumenta, em larga medida, a profundidade das análises. Nesta perspectiva, a história oral, para este projeto, vem ao encontro do objetivo de revalorizar a ação de atores políticos, suas estratégias, formas de engajamento, mobilização, tornando relevante o papel dos relatos pessoais e a abordagem biográfica para a compreensão dos movimentos históricos.

A seleção dos depoentes terá como base a participação efetiva na construção de políticas públicas em Saúde, no Estado de São Paulo, no período da redemocratização do país (entre 1983-1994), quando da estruturação do AIS, SUDS e SUS em âmbito nacional. Momento em que procuraremos investigar a relação dialógica estabelecida nas relações entre os entes federados na estruturação de um sistema único de saúde nacional, com maior autonomia de gestão por parte de estados e municípios.

A pesquisa seguirá todas as normativas legais que envolvam pesquisas com seres humanos, conforme previsto pela Resolução 196 e será submetido ao Comitê de Ética da Santa Casa de forma a complementar o estudo anteriormente realizado e relatado acima.

5. RESULTADOS E PRODUTOS ESPERADOS

Os resultados e produtos esperados podem ser traduzidos pela abrangência e possibilidades de acesso ao estudo atingindo pesquisadores da área acadêmica, especialistas em Saúde Pública, cientistas, profissionais de diferentes áreas, grupos de frequentadores de museus científicos em geral.

Segundo os objetivos gerais e específicos do projeto, a síntese dos resultados e produtos esperados pode ser resumida em:

- Realização de seminários com a instituição parceira para acompanhamento e discussão dos resultados;
- Treinamento e capacitação de equipes da instituição parceira e bolsistas do projeto em avaliação de políticas públicas;
- Publicação de artigos tematizados e um livro com os resultados da pesquisa para sua divulgação
- Incorporação dos materiais produzidos pelo projeto de entrevistas gravadas e editadas aos acervos da instituição parceira;
- Realização de ampla divulgação em exposições temporárias e outras mídias dos resultados do projeto.

6. PRODUTOS

- Criação de um site para divulgação da pesquisa acompanhando sincronicamente os resultados e a divulgação de seus resultados.
- Criação de um corpo técnico e abertura de possibilidade de temas suficientes para se tornarem propostas de pesquisa/estudo de pós-graduações.
- Elaboração de conteúdo científico para publicação de estudos em formato de artigos, relato de experiência e/ou trabalhos em congressos.
- Elaboração de estratégias de discussão científica com os estudos realizados, seja em Webinar, seminário, oficinas.
- Participação em eventos técnico-científicos.

- Publicação de um livro com os resultados da pesquisa sob a forma impressa e de acesso on line para sua divulgação.

7. INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

O projeto contará com a SES-SP, como instituição parceira envolvendo as equipes de dois institutos: Instituto da Saúde, pesquisadores da área de políticas públicas e o Instituto Butantan, com pesquisadores, arquivistas do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas (MUSPER) e do Centro de Memória ambos do Instituto Butantan.

O projeto envolverá ainda instituições parceiras de pesquisa: a Faculdade Saúde Pública da USP (Departamento de Prática); Unifesp (Departamento de Saúde Coletiva); Unesp (Escola de Comunicação); Universidades Federal da Bahia (Departamento de Saúde Coletiva) e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

8. EQUIPE DO PROJETO

A equipe técnica alocada ao projeto é composta por uma Equipe-Chave, uma Equipe Técnica e uma Equipe de Apoio, sob uma coordenação geral (técnica-científica)

8.1. Estrutura operacional

A coordenação geral (técnica-científica), juntamente com a Equipe-chave, tem por principais responsabilidades: • dirigir os trabalhos da Equipe Técnica e da Equipe de Apoio no sentido de desenvolver os instrumentos de coleta das informações, de sistematização e de análise de dados a serem utilizados; • validar e estruturar, em formato final, os instrumentos e técnicas de pesquisa, sistematização e análise; • organizar e dirigir a supervisão das pesquisas de campo, seja nas etapas preparatórias, como ao longo de sua execução; • definir e coordenar o processo de consulta às equipes gestoras da SES-SP; • elaborar, em versão final, a estratégia de divulgação de resultados encontrados; • elaborar, em versão final, os relatórios finais previstos pelo plano de trabalho do projeto

Equipe Técnica, tem como atribuições básicas: • desenvolver, em versão preliminar, os roteiros para as entrevistas semiestruturadas, e seleção dos atores chaves a serem entrevistados; • realizar a supervisão das pesquisas de campo, seja nas etapas preparatórias, como ao longo de sua execução, sob coordenação da Equipe-chave; • executar os ajustes necessários na metodologia em função dos resultados das pesquisas de campo; • elaborar, em versão preliminar, a estratégia de divulgação dos resultados encontrados, a partir de indicações da coordenação técnico-científica; • elaborar, em versão preliminar, os relatórios intermediários e finais previstos pelo plano de trabalho.

A atuação da **Equipe de Apoio** se dará nos seguintes campos: • coleta, sistematização e organização de dados secundários quantitativos • elaboração de elementos gráficos (tabelas, mapas, gráficos e organogramas); • auxiliar a Equipe Técnica na revisão bibliográfica e análise documental e coleta de dados primários; • organização de dados primários; • editoração dos relatórios, notas técnicas e demais instrumentos de divulgação da pesquisa; • apoio administrativo.

Prevê-se a constituição de uma Unidade de Gerência do Projeto (UGP), composta por integrantes da equipe-chave e da equipe técnica, para assessorar a coordenação geral na operacionalização e desenvolvimento do projeto em todas as suas etapas. O processo de desenvolvimento das atividades estará em constante aprimoramento.

Para além da dinâmica de reuniões sistemáticas entre os membros da equipe, estão previstas reuniões periódicas com os representantes da instituição parceira SES por meio dos dois institutos envolvidos Instituto da Saúde e Butantan com representantes que vierem a ser indicados para discussões de coordenação das atividades proposta, consenso e validação.

Nelson Ibañez - Faculdade de Ciência Médicas da Santa Casa de São Paulo

Pesquisador/Coordenador Geral

Nelson Ibañez tem formação em medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba (1972), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1981), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990) e Livre Docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1994). Exerceu na SES de SP os cargos de Coordenador da Assistência Hospitalar (1983-1985); Coordenador do Programa Metropolitano de Saúde (1985-1987); superintendente do IAMSPE (1996-2003) e Vice-diretor do Instituto Butantan (2003-2011). Atualmente é professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e médico sanitário do Governo do Estado de São Paulo e Coordenador do Laboratório de História da Ciência do Instituto Butantan. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente

nos seguintes temas: avaliação de serviços e sistemas de saúde, sistema de saúde suplementar, história da medicina e saúde pública, estado e regulação da saúde e proteção social.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2554180174007996>

Ana Luiza d'Ávila Viana - Departamento de Saúde Coletiva UFBA

Pesquisadora/Equipe-chave

Ana Luiza D'Ávila Viana é economista. Iniciou o curso de economia na FEA (Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade) da Universidade de São Paulo em 1968 e se formou, em 1974, na Faculdade de Ciências Econômicas e Políticas da Universidade Cândido Mendes, no Rio de Janeiro. Concluiu o mestrado em economia em 1981, e o doutorado em 1994, ambos pelo Instituto de Economia da Unicamp (Universidade de Campinas). É professora aposentada da USP, onde lecionou, de 2002 a 2015, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. É orientadora do programa de pós-graduação deste departamento. Foi pesquisadora do NEPP (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas) da Unicamp, de 1986 a 1994; professora do IMS (Instituto de Medicina Social) da UERJ, de 1995 a 2002; e chefe do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS da Uerj, de 1996 a 1998. Em 2011, atuou como diretora do DECIT (Departamento de Ciência e Tecnologia) da SCTIE (Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos) do Ministério da Saúde. Em suas atividades profissionais, interagiu com mais de 100 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos em 37 pesquisas nacionais e internacionais. Em suas atividades docentes orientou 23 teses de doutorado e 15 dissertações de mestrado (até dezembro de 2016). Tem como principais linhas de pesquisa as políticas sociais e de saúde, brasileira e comparada; metodologia de pesquisa em políticas públicas; economia política da proteção social e das políticas sociais; sistemas de proteção social; dimensões públicas e privada das políticas sociais no Brasil; e institucionalidades da política social e de saúde. Atualmente coordena a pesquisa Região e Redes (www.regiaoeredes.com.br/), edital MCTI/CNPQ/CT-SAÚDE/MS/SCTIE/DECIT nº 41/2013. Atualmente professora convidada pelo departamento de Saúde Coletiva UFBA. Pesquisadora 1 do CNPQ.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4521814670870285>

Guilherme Arantes de Mello - Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

Pesquisador/Equipe-chave

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1996); especialização em Medicina Geral Comunitária pelo SUS-SP/Hospital Santa Marcelina (1998); mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da Unicamp (2005); e doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da USP (2010). Atualmente é professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Tem como principais linhas de pesquisa análise de políticas e programas em saúde, ciência, tecnologia e inovação em saúde (CTIS), atenção primária à saúde e o pensamento político sanitário brasileiro.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1623699393928200>

Marilia Cristina Louvison - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Pesquisadora/Equipe-chave

Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP. Médica Sanitarista com residência em Medicina Preventiva e Social pela Escola Paulista de Medicina, Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pesquisadora e Professora em Política, Planejamento e Gestão com ênfase em Regulação e Redes de Atenção em Saúde e Envelhecimento e Desigualdades em saúde. Coordenação do Curso de Graduação em Saúde Pública da FSP USP. Conselheira da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, da Associação Paulista. Graduação em História pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - Campus Chapecó (1995), Especialização em Geografia Regional pela Unoesc - Chapecó (1997), Mestrado em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000) e Doutorado em História da Ciência e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz (2011). Foi historiógrafa e coordenadora do CEOM - Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina, programa permanente de extensão da Unochapecó (2000-2006); Editora das publicações: "Cadernos do CEOM"; Coleção "Série Documento"; Coleção "História e Patrimônio", Coleção "Histórias Locais". Foi presidente da Fundação Cultural de Chapecó (2003); Presidente do Conselho Editorial da Editora Universitária Argos (2004), Pesquisadora Visitante da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz entre os anos de 2012 e 2013. Foi diretora do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, do Instituto Butantan de 2013 a 2018. Entre os anos de 2018 e 2022 atuou como pesquisadora e consultora em História e Patrimônio Cultural e como editora na Editora Tucum. Áreas de atuação: Patrimônio Cultural, Museus históricos, Historiografia Brasileira, Arquivo e documentação histórica,

Memória, História Oral, Divulgação da História e Gestão Cultural. Atualmente é Diretora da Ação Educativa do Arquivo do Estado de São Paulo. Tem especial interesse nas interfaces entre história, memória e patrimônio cultural.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4532645395293280>

Vera Schattan Ruas Pereira Coelho - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)

Pesquisadora/Equipe-chave

Cientista social e especialista em políticas públicas e análise política. Suas áreas de interesse são: sistemas de saúde, desigualdades na saúde, políticas sociais, a participação do cidadão no processo político e seu envolvimento nos processos decisórios. É doutora em Ciências Sociais com especialização na área de Estado e Políticas Públicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foi pesquisadora visitante no Hauser Center, Kennedy School, Harvard University, EUA; no Instituto de Estudos de Desenvolvimento da Universidade de Sussex, Reino Unido (IDS); na Universidade Torcuato Di Tella, na Argentina, e no Centro de Estudos Econômicos e Sociais do Uruguai (CIESU). Atua como coordenadora do Grupo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e pesquisadora do Centro de Estudos da Metrópole (CEPID/CEM). Na Universidade Federal do ABC (UFABC) é pós-doutoranda e integra o corpo docente do programa de pós-graduação em Políticas Públicas. Trabalha com métodos de pesquisa quantitativos e qualitativos e tem uma vasta experiência na avaliação de políticas públicas e coordenação de projetos de investigação no nível local, nacional e internacional (Brasil, México, Argentina, Uruguai, Índia, Bangladesh, África do Sul, Moçambique, Nigéria, Quênia). Conduziu vários estudos comparativos nas áreas de reforma dos sistemas previdenciários, sistemas de saúde e participação social, apoiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID), pelo Centro Internacional de Pesquisa em Desenvolvimento (IDRC / Canadá), pelo Instituto de Estudos de Desenvolvimento (IDS / Sussex University) e pelas fundações Rockefeller e Hewlett entre outras. Entre as instituições para as quais prestou consultoria estão o Ministério da Saúde do Brasil, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Fundação Ford.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2035086868379687>

Josiane Roza de Oliveira

Pesquisadora/Equipe-técnica

Graduação em História pela Universidade do Oeste de Santa Catarina - Campus Chapecó (1995), Especialização em Geografia Regional pela Unoesc - Chapecó (1997), Mestrado em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000) e Doutorado em História da Ciência e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz (2011). Foi historiógrafa e coordenadora do CEOM - Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina, programa permanente de extensão da Unochapecó (2000-2006); Editora das publicações: "Cadernos do CEOM"; Coleção "Série Documento"; Coleção "História e Patrimônio", Coleção "Histórias Locais". Foi presidente da Fundação Cultural de Chapecó (2003); Presidente do Conselho Editorial da Editora Universitária Argos (2004), Pesquisadora Visitante da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz entre os anos de 2012 e 2013. Foi diretora do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, do Instituto Butantan de 2013 a 2018. Entre os anos de 2018 e 2022 atuou como pesquisadora e consultora em História e Patrimônio Cultural e como editora na Editora Tucum. Áreas de atuação: Patrimônio Cultural, Museus históricos, Historiografia Brasileira, Arquivo e documentação histórica, Memória, História Oral, Divulgação da História e Gestão Cultural. Atualmente é Diretora da Ação Educativa do Arquivo do Estado de São Paulo. Tem especial interesse nas interfaces entre história, memória e patrimônio cultural.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1124809750987571>

Claudio Bertolli Filho

Pesquisador/Equipe-técnica

Graduado em História (USP) e Ciências Políticas e Sociais (FESP-SP); mestre em História Social (USP); doutor em Ciências (História Social) (USP) e livre-docência em Antropologia (UNESP). Docente aposentado da UNESP, atuante junto ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Faculdade de Arquitetura, Artes, Comunicação e Design da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Bauru. Autor de 90 artigos científicos e de 73 livros ou capítulos de livros.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0642022681408203>

Ana Lígia Passos Meira. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Pesquisadora/Equipe-técnica

Enfermeira licenciada e bacharel. Especialista em PSF e Auditoria em Serviços de Saúde, Residência Multidisciplinar em Saúde, mestre em Gestão e Economia da Saúde, doutora em Saúde

Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pós-doutoranda em Saúde Pública pela FSP/USP. Experiência nas seguintes áreas profissionais: serviços de atenção básica; programas e serviços de saúde de média e alta complexidades; ensino e pesquisa; administração e gestão de serviços médico-hospitalares; treinamento e marketing; como conteudista de cursos e materiais de apoio pedagógico. Faz parte de pesquisas multicêntricas, nacionais e internacionais.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9450635053764704>

Paulo Henrique dos Santos Mota

Pesquisador/Equipe-técnica

Doutor pelo Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Foi professor substituto do curso de Fisioterapia do Depto de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da faculdade de Medicina da USP, nas disciplinas de Fisioterapia em Atenção Primária à Saúde e Políticas Públicas em Saúde. Participante da Unidade Gestora da Pesquisa "Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil" desde 2014. Integrante da Unidade Gestora da Pesquisa " Gestão Regional e Redes em São Paulo". Mestre em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, sendo bolsista FAPESP. Graduado em Fisioterapia pela USP. Representante discente junto a Comissão coordenadora de Programa de pós-graduação em Medicina Preventiva FMUSP (2013-2014). Representante discente junto a Comissão coordenadora de Curso de Fisioterapia (2010-2011). Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7516227827159116>

Marta de Almeida

Pesquisadora/Equipe-técnica

É graduada em História pela Universidade de São Paulo (1992), com mestrado em História Social pela Universidade de São Paulo (1998) e com doutorado em História Social pela Universidade de São Paulo (2004). Realizou pós-doutorado no Instituto de Estudios Peruanos - IEP/Lima (2009/2010). Foi coordenadora da área de História da Ciência no MAST (2012-2015). Atualmente é pesquisadora titular no Museu de Astronomia e Ciências Afins - MAST/MCTI. Tem experiência de pesquisa e ensino em História do Brasil e da América Latina, com ênfase em História das Ciências, atuando principalmente nos seguintes temas: história, ciências, medicina, saúde pública, América Latina, exposições e congressos científicos do séculos XIX e XX .Compôs a direção da Sociedade Brasileira de História da Ciência (2005-2007, 2008-2009 e 2019-2020). Coordenou o Programa

Institucional de Iniciação Científica (CNPq) do MAST (2019-2022). Atualmente é responsável pelo projeto Vozes da Ciência no Brasil, projeto com destaque para os acervos audiovisuais e sonoros do MAST e implementação de um programa de história oral das ciências no MAST.

Endereço CV Lattes : <http://lattes.cnpq.br/6629483491494571> .

Miriam Regina de Souza

Pesquisadora/Equipe de apoio

Programadora Sênior no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (DMP/FMUSP), há 27 anos, exercendo as seguintes atividades: Pesquisas: apoio na preparação de máscara para entrada de dados, higienização e tabulação de banco de dados para análise estatística, montagem de banco de dados de indicadores secundários (AIH, CNS, SINAN, SINASC etc.), gerenciamento de contas de projetos (compras, pagamentos e prestação de contas); Geoprocessamento: serviço de geoprocessamento de dados em vários projetos desenvolvidos no DMP/FMUSP; Didática: ministra cursos e treinamentos na área de informática desde 1995, dos programas Windows, MS-Office (Excel, Word, Power Point), EPIDATA e cursos de Ferramentas para Formatação de Teses e Geoprocessamento para alunos de Residência, Pós-Graduação e funcionários do DMP/FMUSP; Site: gerenciamento de conteúdo e diagramação no site do DMP/FMUSP; Apoio: montagem de material didático em Power Point, Excel para docentes e pesquisadores, apoio aos alunos de Pós-Graduação na formatação das teses, confecção de tabelas, montagem de folders e etc.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8820973187253403>

Roberto Sobreira Xavier

Pesquisador/Equipe de apoio

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1995). Atuou por mais de 20 anos na área comercial de empresas privadas. Atualmente mantém vínculo como pesquisador pleno área de Saúde Pública junto a centros de estudos ligados à Administração Pública e Universidades e desenvolvendo Mestrado acadêmico na mesma área. Atualmente é pesquisador vinculado ao CEALAG (Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão).

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2482120396926389>

9. INSTITUIÇÃO PARCEIRA SES-SP

Contará com a colaboração de dois de seus institutos: Saúde e Butantan.

Requisitos: Firmar Convênio ou Acordo de Cooperação Técnica com a Instituição Sede da pesquisa (documento obrigatório para a apresentação da proposta).; a Instituição Parceira deve apresentar declaração de interesse na qual garanta o oferecimento de condições adequadas ao desenvolvimento do projeto de pesquisa; apresente claramente a natureza da sua colaboração para o projeto, participando de sua concepção; comprometa-se a participar da execução do projeto; comprometa seus esforços para viabilizar a implementação dos resultados obtidos na pesquisa (Fase de Aplicação); comprometa-se com a apresentação de dados relacionados ao projeto e os que venham a ser solicitados pela FAPESP pela duração do projeto e pelos 10 (dez) anos subsequentes ao encerramento do projeto; participe da proposta como geradora de políticas públicas e não como única usuária dos resultados da pesquisa, responsabilizando-se pela ampliação de escala das experiências bem-sucedidas (Fase de Aplicação); assume o compromisso de identificar e capacitar sua equipe: a equipe indicada pela Instituição Parceira deverá ter seus membros claramente definidos, com experiência na área do projeto e capacidade para interagir com a equipe de pesquisadores. A Instituição Parceira deve descrever o número de horas alocadas ao projeto, a serem cumpridas pela equipe. Técnicos e agentes da Instituição Parceira devem participar do trabalho de pesquisa, como forma de treinamento. Devem oferecer contrapartida, preferencialmente financeira, comprometimento de quadros, infraestrutura e materiais de consumo para o desenvolvimento do projeto.

9.1. Institutos

Instituto da saúde

O Instituto de Saúde (IS) é um órgão vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, que tem como atribuição fundamental avaliar as políticas de saúde, subsidiando os gestores na tomada de decisão. Criado por ocasião da Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pelo Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969, o Instituto de Saúde foi reestruturado a partir do Decreto nº 55.004, de 9 de novembro de 2009, que qualificou sua inserção na estrutura da SES-SP, vinculando-o diretamente ao Gabinete.

Considerando a necessidade de consolidar o conhecimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva e de promover sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas que melhorem a qualidade de vida e de saúde da população, bem como a necessidade de adequação da estrutura organizacional do IS às atuais necessidades do SUS-SP, o Decreto nº 55.004 definiu as seguintes finalidades institucionais:

I - Contribuir para a formulação, implementação e avaliação da política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde;

II - Estimular, promover e gerenciar estudos de avaliação de tecnologia de saúde, em uso e novas, para o Sistema Único de Saúde - SUS/SP

III - Estimular e desenvolver pesquisas científicas e tecnológicas em Saúde Coletiva;

IV - Realizar ações de difusão do conhecimento científico-tecnológico e de avaliação de tecnologias para subsidiar a tomada de decisão em políticas, programas, práticas assistenciais e gerenciais em saúde para a população;

V - Contribuir na formação dos trabalhadores da saúde e de outros agentes, bem como promover o estabelecimento de cooperação técnica, para efetivação do Sistema único de Saúde - SUS/SP.

Plano de Trabalho

O Projeto “Construção das políticas de saúde no estado de São Paulo: AIS, SUDS e SUS no ciclo da redemocratização (1983-1994)” pretende resgatar as políticas públicas de saúde do período, buscando identificar os fatores intervenientes políticos, sociais e organizacionais que conformam o Sistema Estadual de Saúde, com foco no papel da esfera estadual e as mudanças institucionais da SES-SP frente às políticas setoriais do nível federal no período de redemocratização (1983-1994) e suas repercussões na mídia. A análise poderá contribuir para o aprofundamento da reflexão acerca do papel de sistemas federativos na implementação de políticas públicas, tema que se tornou de grande relevância no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

O interesse do Instituto de Saúde (IS) em estabelecer uma parceria com a Faculdade de Ciência Médicas da Santa Casa de São Paulo e demais instituições participantes reside no fato de que o IS tem desenvolvido uma linha de pesquisa voltada à implementação de políticas públicas de saúde e também atua na área da tradução do conhecimento, que visa à aplicabilidade dos resultados das pesquisas pelos formuladores de políticas e tomadores de decisão.

Um exemplo de atuação nesse campo a ser destacado é o apoio do IS à SES-SP na gestão do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), por meio da coordenação de oficinas para definição de prioridades de pesquisa no estado de São Paulo e seminários de acompanhamento e avaliação dos

projetos financiados, juntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit)/Ministério da Saúde (MS) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Institucionalmente, o papel do IS tem sido o de aproximação de gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil para propiciar a incorporação dos resultados das pesquisas no âmbito do SUS-SP.

O IS atua também em parceria com o MS na Rede de Políticas Informadas por Evidências (Rede EVIPNet Brasil), que é uma rede estabelecida pela Organização Mundial da Saúde para promover o uso sistemático de evidências de pesquisa na formulação de políticas de saúde, a fim de fortalecer os sistemas de saúde. No Brasil, essa rede é coordenada pelo Ministério da Saúde, sendo o Instituto de Saúde o Núcleo de referência dessa Rede para o estado de São Paulo.

Entendemos também que o Instituto de Saúde tem desempenhado um importante papel na formação de trabalhadores de saúde, por meio do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva, certificado a partir de 2018 como Programa de Especialização em Saúde Coletiva, além de cursos de aperfeiçoamento de curta duração voltados a trabalhadores do SUS-SP (CurSUS).

Desta forma, entendemos que no contexto do presente projeto, o IS poderá contribuir na análise das entrevistas e a na análise das repercussões na mídia, através dos Núcleos de Formação e Desenvolvimento Profissional e Núcleo de Comunicação, bem como na elaboração de estratégias de tradução do conhecimento visando a aproximação da equipe da pesquisa com gestores estaduais e municipais.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas (Pesquisador Científico -10h semanais)

Contato: seixaspaulo@hotmail.com

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1988), Residência Médica em Medicina Preventiva e Social - FMUSP (1991), Residência em Saúde Internacional Panamerican Health Organization (PAHO) Washington,DC (1994) e mestrado em Administração de Empresas e Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas EAESP (2003). Tem experiência em Políticas Públicas de Saúde, na área de Gestão da Educação e do Trabalho. Atuou na implantação dos Polos de Capacitação em Saúde da Família em São Paulo. Foi Diretor da Coordenação de Políticas de Recursos Humanos para o SUS/Ministério da Saúde (2001-2003),

implantando o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (PROMED), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), e ampliando a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde OPAS/MS. Coordenador de Recursos Humanos da SES-SP (2003-2011), implantou a Rede de Educação Permanente no Estado, o Projeto de Especialização para Gestão em Saúde, o Mestrado Profissional, o Observatório de Recursos Humanos SUS/SES parceria entre SES/SP-FCMSCSP e FGV/Saúde.

Atuou no Projeto Saúde em Ação (2016-2021) - SES/BID, na Unidade de Coordenação do Projeto como gerente de projetos pela SES-SP. Pesquisador do CEALAG e coordenador do ObservaRHSP/FCMSCSP, desenvolve diversos estudos e pesquisas no campo de políticas de Recursos Humanos em Saúde, com foco em provimento e distribuição de profissionais de saúde, migração e movimentação profissional, regionalização. É membro da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (CAMEM), no Ministério da Educação e pesquisador no Instituto de Saúde-SP. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: recursos humanos em saúde, competência profissional, atenção primária em saúde, administração de sistemas e serviços de saúde e gestão pública em saúde.

Instituto Butantan

Descrição dos departamentos envolvidos

O Centro de Memória do Instituto Butantan (CM-IB), foi criado com o objetivo de integrar e ampliar as ações de captação, organização, conservação e difusão do patrimônio e da história do Instituto Butantan, sendo responsável pela gestão dos acervos museológicos e arquivísticos permanentes provenientes das áreas da diretoria, pesquisa, produção e difusão cultural da instituição.

Constituído pelas áreas de processamento técnico, laboratório de conservação, atendimento ao pesquisador, difusão do acervo e pesquisa em história da ciência, o Centro de Memória trabalha para incentivar a produção de conhecimento por meio da disponibilização do acervo para consulta pública, da realização de oficinas e eventos culturais e acadêmicos, da produção e publicação de instrumentos de pesquisa, tendo como meta ser referência em pesquisa sobre história da ciência e patrimônio cultural da Saúde Pública em São Paulo.

O Centro de Memória abriga hoje um significativo acervo que registra as atividades e transformações do Instituto Butantan desde a sua fundação, fazendo parte da composição de seu acervo os seguintes gêneros documentais:

Acervos textuais composto de documentos avulsos e encadernados;

Acervos iconográficos com cerca de 330 gravuras e desenhos;

Acervos fotográficos com cerca de 17.000 documentos em fotografia, incluindo álbuns, negativos, diapositivos;

Acervos cartográficos com mais de 1200 mapas e plantas registrando a área e as edificações do Instituto Butantan;

Acervos sonoros e audiovisuais com cerca de 450 VHS e DVD's, além filmes em rolo de 16 e 35 mm, P/B e coloridos, depositados na Cinemateca Brasileira;

Acervo museológico composto por mais de 2.000 itens, como instrumentos científicos, equipamentos de laboratório, mobiliário e equipamentos de escritório, utilizados no instituto;

Acervos pessoais daqueles que contribuíram para a trajetória científica e administrativa do Butantan como Afrânio do Amaral, José Lemos Monteiro, Carlos Rodolpho Fischer, Rosa Pavone Pimont, Eduardo Vaz, Flávio da Fonseca, Willy Beçak, dentre outros.

O potencial destes acervos para a pesquisa e produção do conhecimento nas áreas de gestão e preservação de documentos e em História da Ciência. O Centro de Memória tem sido o local onde estão sendo desenvolvidas diferentes linhas de pesquisa relacionadas à história da Saúde Pública paulista, incluindo história institucional. Além disso, no Centro de Memória, abre-se para outras possibilidades de integração entre as diferentes áreas do Instituto Butantan, tornando possível estudos multidisciplinares, uma realidade que já tem rendido frutos nas pesquisas junto aos acervos museológicos, arquivísticos e patrimônio arquitetônico.

Museu de Saúde Pública Emílio Ribas

Especializado em História da Saúde Pública, o museu está instalado num edifício construído em 1893, e reconhecido como patrimônio cultural de São Paulo. O local abrigou o antigo Desinfectório Central – um dos primeiros equipamentos de saúde pública, cuja presença física estimula a curiosidade sobre o desenvolvimento das ciências biomédicas e das políticas públicas na área da saúde.

Em 2010, o Museu foi transferido para o Instituto Butantan, integrando-se à estrutura do Centro de Desenvolvimento Cultural. Atualmente, passa por uma grande reforma nas áreas técnicas

de guarda e tratamento dos acervos, adequando-as para a melhor preservação do local. Durante o período, o local ficará fechado para visitação.

O Museu de Saúde Pública Emílio Ribas [MUSPER] foi criado em 1965, pelo Decreto Estadual n. 44.572, como espaço de preservação da memória do médico Emílio Ribas. Em 1969 um novo decreto dispôs sobre a criação do Museu, de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, sendo inaugurado em 1979, com a denominação de Museu de Saúde Pública Emílio Ribas. Desde então, o MUSPER acompanhou o percurso da Secretaria de Saúde em suas diversas reformulações na estrutura, sendo subordinado a diversos órgãos e repartições. Finalmente, vincula-se   estrutura institucional do Instituto Butantan nos termos do Decreto n  55.315, de 5 de janeiro de 2010.

O Instituto Butantan, consagrado pela tradição de pesquisa e produção de tecnologia para a saúde, tem um importante projeto de preservação da memória, tanto institucional como da Saúde Pública do Estado de São Paulo, desenvolvendo a es no sentido de democratizar e fomentar o acesso de seu acervo material e arquivístico para as redes de pesquisa e de cultura. Ao ser integrado, o MUSPER passa a dialogar com as demais áreas do Instituto em particular com o Laboratório Especial de História da Ciência e agrega relevante acervo arquivístico, bibliográfico e museológico. A política de preservação de acervos e divulgação científica, fortalecida na estrutura do Centro de Desenvolvimento Cultural, abre uma nova perspectiva no desenvolvimento de projetos voltados à produção de conhecimento na área de História das Ciências e da Saúde Pública e ao acesso e democratização da informação cultural   sociedade.

As principais diretrizes de trabalho do MUSPER são:

- Consolidar-se como um centro de referência em saúde pública e história da ciência;
- Consolidar linhas de pesquisa em História da Ciência e da Saúde Pública;
- Desenvolver atividades de formação, como cursos de extensão e de p s-graduação;
- Realizar exposições em consonância com seu acervo e temas da Saúde Pública;
- Diagnosticar, inventariar e divulgar os acervos sob sua guarda.

Descrição das atividades e pesquisadores envolvidos

- Plano de divulgação e estratégia de distribuição do produto finalidade

Os resultados do projeto serão apresentados nas redes do Instituto Butantan, em uma live conduzida pelo organizador do livro e coordenador do projeto. Serão apresentados os resultados alcançados e informadas as formas de acesso aos produtos.

A criação de um site específico para a pesquisa terá integração com os sites das instituições parceiras objetivando a sincronicidade de publicização dos resultados.

Os livros terão uma tiragem em papel (1000 exemplares) que serão enviados para bibliotecas públicas e universitárias, museus, centros culturais, instituições de pesquisa e outros órgãos da saúde e da cultura do estado de São Paulo que demonstrem interesse em adquirir o exemplar.

Também será disponibilizado on-line no repositório do Instituto Butantan (<https://repositorio.butantan.gov.br/>) podendo ser lido por todos os interessados e abrangendo um público bem amplo de diversas regiões do Estado de São Paulo e de fora dele que tenham acesso à internet.

Será feita uma ampla divulgação do projeto e dos resultados pelas redes sociais do Instituto Butantan, especialmente das páginas do Centro de Memória e MUSPER e do Instituto da Saúde.

EQUIPE DO PROJETO:

Mario Gustavo Mayer (Pesquisador Científico -15h semanais)

Contatos: (11) 2627.6983 - e-mail: mario.mayer@butantan.gov.br

Mario Gustavo Mayer é graduado em Ciências Biológicas pelo Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de São Paulo (USP, 1986). Obteve título de Mestre pelo programa de Pós-Graduação em Morfologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) na área de concentração Genética em 2003. Especializado e com várias publicações na área de Biologia Molecular em Tripanossomatídeos. Possui premiações tais como Prêmio José Carlos Prates (UNIFESP), e Prêmio Walter Colli (XII International Congress of Protistology). Pesquisador Científico do Instituto Butantan desde 1994, inicialmente no Laboratório Especial de Imunoparasitologia e posteriormente Laboratório de Genética. A partir de 2015 transferiu-se para o Centro de Memória, onde concentra seus estudos na área de História Institucional, mais especificamente na História dos Laboratórios de Pesquisa do Instituto Butantan e na História da recuperação do Instituto Butantan durante o período de redemocratização (1983-1994). Endereço para acessar este CV: lattes.cnpq.br/1648984912417730

Suzana Cesar Gouveia Fernandes (Pesquisadora Científico - 5h semanais)

Contatos: (11) 2627.9807 - e-mail: suzana.fernandes@butantan.gov.br

Possui graduação em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1995), mestrado pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (2001) e doutorado em História Social na USP (2011). Exerce cargo de Pesquisadora Científica no Instituto Butantan desde 2005, onde foi Chefe do Museu Histórico (2005-2010) e Diretora do Núcleo

de Documentação (2010-2019). Atualmente é Diretora do Centro de Memória da Divisão de Desenvolvimento Cultural do Instituto Butantan. Tem experiência na área de História, com ênfase em Patrimônio, História das Ciências e Acervos Científicos na área de Saúde. Coordenou, entre os anos de 2006 e 2015, o Subprograma “História da Saúde em Belterra – PA” do Projeto Incttox - IBU (Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia em Toxinas do Instituto Butantan), quando participou da criação do Centro de Memória de Belterra. Coordenou o Projeto “Preservação da Memória Científica do Instituto Butantan: organização, preservação e disponibilização do acervo do Laboratório de Herpetologia”, financiado pelo Iberarchivos / Programa ADAI, entre 2015 e 2016 e nos Projetos “Preservação e difusão das correspondências e ofícios do Instituto Butantan”, financiado pelo Programa de Ação Cultural – Proac No. 20/2018 e “Desenvolvimento de repositório digital para a preservação e difusão”, também financiado pelo Programa de Ação Cultural – Proac No. 13/2020. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4772705218233407>

Audrea Santos de Santana (Analista de Documentação – 5h semanais)

Contatos: (11) 2627.9809 - e-mail: audrea.santana@butantan.gov.br

Possui graduação em História pela Universidade de São Paulo (2016), Curso de Auxiliar de Preservação de Acervos pelo SENAI (2018) e Pós-graduação em Gestão Arquivística pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, Foi responsável pela reorganização do Setor de Documentação do Museu da Educação e do Brinquedo MEB/FEUSP em 2017, realizando a identificação das coleções e fundos; criando instrumentos de controle; descrição, higienização e acondicionamento do acervo tridimensional, fotográfico e textual; apoiando a elaboração das políticas de acervo, a organização das reservas técnicas e capacitando a equipe em conservação preventiva. Atualmente é Analista de Documentação do Centro de Memória do Instituto Butantan, responsável pelas atividades de processamento técnico e gestão documental. Participou dos Projetos “Preservação e difusão das correspondências e ofícios do Instituto Butantan”, financiado pelo Programa de Ação Cultural – Proac No. 20/2018 e “Desenvolvimento de repositório digital para a preservação e difusão”, também financiado pelo Programa de Ação Cultural – Proac No. 13/2020.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2562895803819800>

Elisandra Gasparini Silva (Analista de Documentação – 2h semanais)

Contatos – (11)2627-3885, elisandra.silva@butantan.gov.br

Possui graduação em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Direito pela Universidade Paulista e complementação pedagógica pela Faculdade Paulista São José. Curso de extensão cultural em História Oral pela Universidade de São Paulo e Introdução à Política e ao Tratamento dos Arquivos pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foi pesquisadora e coordenadora do setor de História Oral da Secretaria do Estado da Cultura de São Paulo/ Memorial do Imigrante. É docente na Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. Desenvolveu o Projeto de Modernização da Gestão Documental na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/ criação do plano de classificação e tabela de temporalidade de documentos, juntamente com a organização dos arquivos públicos. Atualmente é analista documental do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas/ Instituto Butantan. É mestre em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8147495198312220>

Maria Talib Assad (Analista de Documentação – 2 horas semanais)

Contatos: (11)2627-3885, e-mail: maria.assad@butantan.gov.br

Mestre em Ciência da Informação pela Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo. Possui bacharelado e licenciatura em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo e especialização em Gestão Arquivística pela Fundação Escola de Sociologia e Política (FESPSP). Curso Introdução à Política e ao Tratamento dos Arquivos na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foi Técnica em Catalogação na Cinemateca Brasileira (2011 a 2013) e coordenou projeto de inventário de documentos fílmicos da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo (2013). Trabalhou em projetos de catalogação e tratamento de acervos de instituições culturais e em projetos de memória em instituições privadas. Atua desde 2014 como documentalista/analista de documentação no Museu de Saúde Pública Emílio Ribas do Instituto Butantan. Tem interesse nas áreas de organização e preservação de acervos, arquivologia, história, acervos fotográficos e audiovisuais, gestão documental e bens culturais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6240133509008579>

Olga Sofia Fabergé Alves (Pesquisadora Científica – 5 horas semanais)

Contatos: (11)2627-3881, e-mail: olga.alves@butantan.gov.br

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1994), mestrado em Ciência pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de História da FFLCH – USP. É Pesquisadora Científica do Centro de Memória e Diretoria do Museu da Saúde Pública Emílio Ribas, ambos do Instituto Butantan/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9083902819121982>

10. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ATIVIDADES	ANO 1												ANO 2											
	mês 1	mês 2	mês 3	mês 4	mês 5	mês 6	mês 7	mês 8	mês 9	mês 10	mês 11	mês 12	mês 1	mês 2	mês 3	mês 4	mês 5	mês 6	mês 7	mês 8	mês 9	mês 10	mês 11	mês 12
Definição e alinhamento da metodologia do estudo																								
Reunião inicial com os pesquisadores																								
Revisão documental e levantamento das bases de dados sócio demográfico e perfil epidemiológico																								
Revisão bibliográfica																								
Levantamento e análise das repercussões na mídia																								
Tratamento dos resultados parciais e interpretação																								
Construção os instrumentos de campo/Entrevistas/Site																								
Construção do site da pesquisa																								
Pactuação da metodologia equipe de pesquisa																								
Identificação dos atores-chaves																								
Elaboração instrumentos pesquisa																								
Treinamento dos entrevistadores																								
Agendamento das entrevistas																								
Realização de 30 entrevistas na pesquisa de campo																								
Processamento dos dados/Sistematização																								
Organização os dados																								
Transcrição das entrevistas																								
Tabulação dos dados quantitativos																								
Seleção e padronização de categorias analíticas																								
Categorização dos dados																								
Análise estatística																								
Análise dos dados quantitativos																								
Análise de conteúdo e de discurso dos dados qualitativos																								
Realização de oficinas de trabalho para análise do material, levantamento de hipóteses e discussão dos achados																								
Divulgação científica																								
Produção de textos e documentos - incluindo relatórios técnicos, artigos e livro																								
Participação em eventos técnicos-científicos																								
Divulgação dos resultados nas mídias digitais																								
Realização de oficinas com gestores estaduais e instituições parceiras																								

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÚCIO, FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n.24, jun, p. 41-67.2005.
- AMADO, J; FERREIRA, M. de M. (Coord.). *Usos & abusos da história oral* Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- ARRETCHE, M. Intergovernmental Relations in Brazil: An Unequal Federation with Symmetrical Arrangements. In: POIRIER, Johanne; SAUNDERS, Cheryl; KINCAID, John (eds). *Intergovernmental Relations in Federal Systems: Comparative Structures and Dynamics*. Ontario: Oxford University Press, 2015.
- ARRETCHE, MT. S.Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* [online]. v. 14, n. 40, pp. 111-141, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000200009>>
- BONFIM, JRA; BASTOS, S; POSTIGO VRM; LESER WSP. *Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública* São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer*. 2. ed. ed. São Paulo: Edusp, 2008.
- BRANDÃO, GM. *Linhagens do pensamento político brasileiro*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE*. VIII. Brasília, D.F., 1986.
- BURKE, P. *A Escrita da historia novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1992.
- COSTA, NR. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 809–29, set. 2014.
- DRAIBE, S. prefacio in “Sistema e descentralização: a política de saúde de São Paulo nos anos 80: formação e tensões.” Tese de doutoramento. Instituto de Economia. Universidade de Campinas, UNICAMP. Campinas, SP, 1994
- FONSECA, C. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- GINZBURG, C. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela inquisição*. 3. ed. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- HAAS, PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, v. 46, n. 1, p. 1–35, 1992.
- HALL, PA. and TAYLOR, RCR. *Political Science and the Three New Institutional Experiences*. *Political Studies*, 44, 936-957, 1996.
- HOBBSAWM, EJ. *Era dos extremos: o breve século XX; 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- Immergut, EM. O núcleo teórico do novo institucionalismo. In E. Saravia, & E. Ferrarezi (Orgs.), *Políticas públicas*, pp. 155-196. Brasília ENAP, 2006.
- JASMIN, MG. História dos conceitos e teoria política e social: referências preliminares. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 20, n. 57, p. 27–38, 2005.

- JUSTICE, JB.; MILLER, GJ. Decision Making, Institutions, Elite Control, and Responsiveness in Public Administration History. In: RABIN, J; HILDRETH, WB; MILLER, GJ. Handbook of Public Administration. Third Edition. Taylor and Francis Group. cap. 7. p.251-31, 2007
- KOSELLECK, R. Uma história dos conceitos: problemas teóricos e práticos. Estudos Históricos, v. 5, n. 10, p. 134–46, 1992.
- LIMA, LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 511–522, abr. 2007.
- MACHADO, CV.; LIMA, LD. Perspectivas históricas na análise de políticas de saúde. Em: BAPTISTA, TWF.; AZEVEDO, CS; MACHADO, CV (Eds.). Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.
- MASCARENHAS, RS. – História da saúde pública no Estado de São Paulo. Rev. Saúde pública. S. Paulo. 7:433-46, 1973.
- MEDICI, A. et al. Gastos Sociais nos Estados e Municípios. IESP/FUNDAP. São Paulo. 1993.
- MELLO, CG. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES/HUCITEC - 1977
- MELLO, GA; DEMARZO, M; VIANA, ALD. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 26, n. 4, p. 1139–50, 2019.
- MELLO, GA; FONTANELLA, BJB.; DEMARZO, MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. Revista de APS, v. 12, n. 2, p. 204–13, 2009.
- MERCADANTE et al. Descentralización y Municipalización de los Servicios de Salud en São Paulo, Brasil. Boletim Oficina Sanita. Panam. 116 (5) 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Organização de Sistemas de Saúde. Normas e Padrões de construção e instalação de serviços de saúde. 2a. ed. Brasília, 1983.
- MOTTA, PR. Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde, Seminário: "Novas concepções em administração e desafio ao SUS em busca de estratégias para o desenvolvimento gerencial" realizado pela ENSP/FIOCRUZ, FUNDAP. Rio de Janeiro, 1990
- NOVAES, HM. Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde. SILOS. análise conceitual e apreciação de Programas selecionados na América Latina. PROAHS. 1990.
- NOVAIS, FA.; SILVA, RF (orgs.). Nova História em Perspectiva (vol. 1). São Paulo: Cosac Naify, 2011.
- OLIVEIRA, B.- Sistema Local de Saúde. Washington, D.e.OPS (Serie Desarrollo de Servicios de Salud no.59), 1988.
- PAGANINI, M.; CAOTE, R - Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias. OPAS. Publicación Científica N 519.W. D. e. 1990.
- POCOCK, J. Introdução: estado da arte. Em: Linguagens do ideário político. São Paulo: EDUSP, 2003. p. 23–62.
- SILVA, ALN. “Os estados importam! Determinantes da cooperação subnacional nas políticas de educação e saúde do Brasil”. Tese de doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, Área de Concentração: Transformações do Estado e Políticas Públicas. São Paulo 2020
- SILVA, ALN. Os estados no Suas: uma análise da capacidade institucional dos governos estaduais na assistência social. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

- SILVA, PLB. O Perfil Médico Assistencial Privatista e suas Contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. Caderno FUNDAP. São Paulo. (3): 27-50. 1983.
- SKINNER, Q. Meaning and understanding in the history of ideas. *History and Theory*, v. 8, n. 1, p. 3–53, 1969.
- SOARES, SA.; VITELLI, MG. Comunidades epistêmicas e de prática em Defesa na Argentina e no Brasil: entre a organicidade e a plasticidade. *Carta Internacional*, v. 11, n. 3, p. 99, 2016.
- THOMPSON, JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.
- VIANA, AL; CASTRO, MHM. Brasil: A Retorno do Sistema de Saúde. Série de Reformas de Política Pública. 16. CEPAL: 1993.
- VIANA, AL. Políticas de Saúde. In *Redefinição de Competências entre Esferas de Governo na Prestação de Serviços Públicos na Área Social*. Relatório final. IESP/FUNDAP. 1994a.
- VIANA, AL. Sistema e descentralização: a política de saúde de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. Tese de doutoramento. Instituto de Economia. Universidade de Campinas, UNICAMP. Campinas, SP, 1994b.
- VIANA, AL. Descentralização e Política de Saúde- Origens, contexto e alcance da descentralização. 2ª ed. São Paulo. Hucitec, 2014.