GESTORES - NA GESTÃO YUNES

Álvaro Escrivão Jr., Ana Figueiredo, Gonzalo Vecina Neto, Lia Giraldo, Marcos Ferraz, Nelson Ibanez, Olimpio Bittar e Oswaldo Tanaka

Apresentação

Os excertos consistem em entrevistas com diversos profissionais de saúde pública — **Álvaro Escrivão Jr., Ana Figueiredo, Gonzalo Vecina Neto, Lia Giraldo, Marcos Ferraz, Nelson Ibanez, Olimpio Bittar e Oswaldo Tanaka** — que refletem sobre suas carreiras e o papel da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo durante o período da redemocratização no Brasil, entre 1982 e 1994. Os entrevistados descrevem suas experiências na formulação e implementação de políticas, como a **Reforma Psiquiátrica** e o **Programa Metropolitano de Saúde**, focando na **integração entre vigilância sanitária e assistência médica** e na **descentralização** dos serviços. Eles detalham a criação de estruturas como os **ERSAs** e a **Coordenação de Saúde da Comunidade (CSC)**, além de discutirem o intenso **contexto político** da época, as tensões com diferentes grupos e a participação crucial de sanitaristas na construção das bases do **Sistema Único de Saúde (SUS)** no estado. As narrativas oferecem uma visão detalhada dos desafios administrativos, as inovações em recursos humanos e a importância da articulação entre a academia, o movimento social e o governo.

A gestão de João Yunes na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (iniciada em 1983, no governo Montoro) foi um período de intensa reestruturação e militância, considerado crucial para a pavimentação do Sistema Único de Saúde (SUS). As experiências dos sanitaristas que ocuparam cargos de gestão e assessoria foram fundamentais para moldar as políticas públicas de saúde, enfrentando simultaneamente desafios políticos, administrativos e ideológicos.

RELATÓRIO ANALÍTICO: TRAJETÓRIA E TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E HOSPITALAR EM SÃO PAULO NO PERÍODO DA REDEMOCRATIZAÇÃO (1982-1994)

1. Introdução: O Contexto da Redemocratização e a Janela de Oportunidade para a Saúde Paulista

A eleição de Franco Montoro para o governo de São Paulo em 1982 marcou o início de um período de redemocratização que transcendeu a esfera política, abrindo uma janela de oportunidade sem precedentes para a reforma da saúde pública. Este momento catalisador transformou o estado em um verdadeiro laboratório de políticas públicas, onde foram gestadas, testadas e aprimoradas muitas das inovações que, anos mais tarde, constituiriam a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise deste período é estratégica, pois a confluência de uma elite técnica engajada — forjada em parte pela carreira de sanitarista criada em gestões anteriores — com a abertura política proporcionada pelo governo Montoro, criou um alinhamento que não ocorreu com a mesma intensidade em outros estados naquele exato momento. O objetivo deste relatório é sintetizar as profundas transformações ocorridas na administração, nos modelos assistenciais e nos desafios de gestão entre 1982 e 1994, com base nas memórias e análises de atores-chave que vivenciaram e lideraram este processo histórico.

Ao longo deste documento, serão abordados temas centrais que definiram a agenda da saúde paulista na época. Exploraremos a reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde, com destaque para a ascensão e posterior extinção da poderosa Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), e a transição de um modelo assistencial focado em programas médico-sanitários verticais para uma abordagem mais integrada e territorializada. Serão analisadas as inovações disruptivas na reforma da saúde mental, que iniciou a desconstrução do modelo manicomial, e as respostas institucionais a crises epidemiológicas, como as epidemias de sarampo e o surgimento da AIDS, que fortaleceram a vigilância em saúde. Por fim, discutiremos o processo gradual de desconcentração administrativa e municipalização, que preparou o terreno para a plena implementação do SUS no estado.

As mudanças implementadas a partir de 1983 não surgiram no vácuo; elas foram uma resposta direta às limitações e à filosofia de um sistema de saúde moldado por décadas de centralização e por um enfoque fragmentado, herança do regime militar.

2. O Cenário Pré-Reforma: A Estrutura da Saúde Pública Paulista no Final da Ditadura Militar

Para avaliar a magnitude das transformações ocorridas a partir de 1983, é fundamental compreender a estrutura e a filosofia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

(SES-SP) no final da década de 1970 e início dos anos 1980. Este ponto de partida revela um sistema com méritos técnicos notáveis, mas cuja insustentabilidade se tornava cada vez mais evidente diante das crescentes demandas sociais e do anseio por um modelo de saúde mais universal e integrado.

O legado da gestão de Walter Leser foi marcante, consolidando um modelo técnico-normativo de forte inspiração sanitarista. Conforme recorda Oswaldo Tanaka, esse período foi caracterizado pela criação da carreira de médico-sanitarista e pela organização dos serviços de atenção primária em Centros de Saúde classificados por complexidade (CS 1, 2 e 3). A lógica assistencial era predominantemente vertical, baseada em programas médico-sanitários específicos, como saúde materno-infantil, tuberculose e hanseníase. Essa estrutura, embora organizada, funcionava de maneira fragmentada, com serviços que operavam como "dispensários" focados em morbidades específicas.

Paralelamente à estrutura oficial, forças de mudança começavam a se articular. Movimentos de renovação médica e grupos de profissionais de saúde engajados politicamente, como o que se reunia na Rua Madre Teodora, mencionado por Marcos Ferraz, atuavam como focos de resistência e de formulação de propostas alternativas. Esses grupos, muitos deles ligados ao MDB (e posteriormente ao PMDB) e a movimentos de esquerda, criticavam o modelo vigente e pressionavam por uma reforma sanitária que alinhasse a saúde às pautas da redemocratização.

Os desafios do modelo pré-reforma configuravam um sistema em crise, cuja lógica se tornara insustentável. A fragmentação dos "dispensários", conforme sintetizado por Nelson Ibañez e Lia Giraldo, resultava em baixa cobertura e incapacidade de responder à demanda espontânea. Essa baixa cobertura, por sua vez, tornava a falta de integração com a assistência médica previdenciária, gerida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), um gargalo crítico para a população trabalhadora, que encontrava barreiras de acesso entre os dois sistemas paralelos. Essa cadeia causal tornava a reforma uma necessidade urgente, não apenas uma opção política.

Foi nesse cenário de rigidez estrutural e efervescência política que a eleição de Franco Montoro se consolidou como o ponto de inflexão, viabilizando a implementação de uma nova e ousada visão para a saúde pública no estado de São Paulo.

3. A Gestão Montoro (1983-1987): O Laboratório de Inovações para o Futuro SUS

A gestão de João Yunes à frente da Secretaria de Estado da Saúde, sob o governo Montoro, representou um período de intensa experimentação e reforma. Mais do que uma simples mudança de administração, foi a instauração de um laboratório de políticas públicas em escala estadual, cujas inovações anteciparam muitas das diretrizes que viriam a formar o SUS. Esta seção disseca as principais frentes de transformação que redefiniram a saúde paulista, desde a reestruturação do poder administrativo até as inovações nos modelos de atenção, na saúde mental e na vigilância epidemiológica.

3.1 A Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC): Epicentro da Mudança e das Tensões

A Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) emergiu como o epicentro da reforma. Segundo o depoimento de Ana Figueiredo, a CSC era uma estrutura gigantesca, que concentrava cerca de 70% do orçamento da secretaria e aproximadamente 90 mil trabalhadores. O poder dessa coordenadoria foi amplificado pela nomeação de 12 diretores regionais com perfil técnico e militante, que, tratados pelo secretário Yunes como "subsecretários", ganharam um poder político e uma autonomia sem precedentes na ponta do sistema. Esse empoderamento das regiões conferiu um dinamismo extraordinário à gestão, permitindo a implementação de projetos inovadores diretamente nos territórios.

A dinâmica de trabalho na CSC foi descrita por Figueiredo como uma "gestão colegiada radical". As decisões eram tomadas em reuniões mensais com os 12 diretores regionais, criando uma instância de poder que, na prática, funcionava como um "governo paralelo" dentro da Secretaria. Ao mesmo tempo que essa estrutura empoderava as regiões, ela gerava conflitos administrativos e políticos que tornaram a futura reforma dos ERSAS inevitável. Os diretores regionais, com acesso direto ao secretário Yunes, frequentemente negociavam recursos e apoio político, deixando para a coordenadora a tarefa de operacionalizar decisões sobre as quais não tinha governabilidade. Como descreveu Ana Figueiredo, era comum "levar bola nas costas", ilustrando a tensão insustentável entre um centro administrativo verticalizado e uma ponta radicalmente empoderada.

Duas iniciativas-chave, detalhadas por Ana Figueiredo e Oswaldo Tanaka, ilustram a redefinição do modelo assistencial promovida pela CSC:

1. **O Projeto "Municípios Carentes":** Concebido como um embrião da municipalização, este projeto estabelecia convênios com prefeituras para garantir a presença de médicos e agentes comunitários em municípios que não dispunham desses profissionais. O mecanismo envolvia um complemento salarial e moradia oferecidos pela prefeitura, viabilizando a fixação de médicos em áreas remotas e inaugurando uma nova forma de cooperação interfederativa.
2. **A Incorporação da Assistência Médica (CIAM/AIS):** Por meio de convênios com o INAMPS, os centros de saúde passaram a oferecer um "terceiro turno" para atendimento à demanda espontânea, principalmente de adultos, que antes era exclusividade do sistema previdenciário. Essa iniciativa ampliou drasticamente o escopo da atenção básica para além dos programas tradicionais (materno-infantil, tuberculose), duplicando ou triplicando o movimento nas unidades. Consequentemente, expôs a necessidade urgente de maior integração com a rede de laboratórios e hospitais para garantir a retaguarda necessária.

3.2 A Reforma da Saúde Mental: A Desconstrução do Modelo Manicomial

No início da década de 1980, a situação da saúde mental em São Paulo era crítica, simbolizada pelo Hospital do Juqueri. Com base no relato detalhado de Marcos Ferraz, a Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) consumia 22% do orçamento da secretaria, um dado já alarmante. Contudo, a análise aprofundada revelava uma distorção ainda maior: **desses 22%, 91% eram destinados exclusivamente a hospitais psiquiátricos**. Dados adicionais revelavam que 41% dos leitos públicos tinham uma permanência média superior a cinco anos, e práticas desumanas como a "permuta" de pacientes — a troca de um paciente em estado grave por um saudável de um hospital conveniado para maquiar as taxas de mortalidade — eram comuns.

Diante desse cenário, uma proposta de privatização do Juqueri foi apresentada ao governo. A equipe técnica da CSM, liderada por Ferraz, travou uma intensa batalha política contra essa medida. O apoio decisivo do governador Montoro e do secretário Yunes foi fundamental para barrar a privatização e endossar a proposta técnica de transformar o sistema público.

A estratégia adotada foi converter o Juqueri de hospital para "asilo em extinção". Isso implicou medidas administrativas cruciais, como a interrupção de novas internações e a extinção de cargos obsoletos para criar vagas para terapeutas ocupacionais e enfermeiros, reorientando o perfil da assistência. O Juqueri, que levou 40 anos para ser completamente fechado, perdeu sua função hospitalar e passou a cuidar de seus moradores.

Paralelamente, um novo modelo de atenção psicossocial começou a ser construído:

- **Criação de serviços substitutivos:** Surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na capital.
- **Psiquiatria no Hospital Geral:** Foram implantadas as primeiras unidades psiquiátricas em hospitais gerais, como no Hospital do Mandaqui, integrando a saúde mental ao cuidado geral.
- **Expansão da rede ambulatorial:** A rede de ambulatórios foi ampliada de cerca de 13 para 40, e 81 centros de saúde passaram a contar com equipes multiprofissionais, formando o embrião da rede de atenção psicossocial.

3.3 Vigilância em Saúde: A Resposta a Crises Epidemiológicas e a Luta por Transparência

O campo da vigilância em saúde também passou por profundas transformações. O depoimento de Álvaro Escrivão narra um episódio emblemático: uma epidemia de sarampo, com aumento da mortalidade infantil entre a população pobre e desnutrida, causada pela falta de vacinas do Ministério da Saúde. A tensão entre a equipe técnica, que defendia a divulgação transparente dos dados, e o gabinete do secretário, preocupado com as repercussões políticas, ilustra a luta pela autonomia técnica. O confronto se tornou explícito quando, em uma coletiva de imprensa, Escrivão revelou a causa da falta de vacinas e sentiu um assessor apertar seu braço, dizendo: "você não

pode falar isso". Este episódio evidencia a batalha concreta pela transparência contra a conveniência política.

O surgimento dos primeiros casos de AIDS em São Paulo, no início de 1983, representou outro desafio monumental. A epidemia sobrecarregou a equipe de epidemiologia e demandou a criação de uma estrutura dedicada ao tema. Esse movimento foi o embrião do que viria a ser o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), órgão fundamental para a organização da resposta à AIDS e a outras epidemias no estado.

Na Baixada Santista, a gestão de Lia Giraldo foi pioneira na ampliação do conceito de vigilância para além das doenças infecciosas. Duas áreas se destacaram:

1. **Saúde do Trabalhador:** Foi criado o primeiro Centro de Saúde do Trabalhador na rede pública do país. Inovadoramente, uma resolução da secretaria incluiu agravos relacionados ao trabalho na lista de notificação compulsória para a região, uma medida que levaria 20 anos para ser implementada em nível nacional.
2. **Saúde Ambiental:** A equipe de vigilância atuou diretamente na fiscalização de aterros ilegais de resíduos tóxicos, notadamente no caso da empresa Rhodia, e no monitoramento de problemas de saneamento básico, demonstrando um entendimento avançado da saúde como resultado de determinantes socioambientais.

3.4 O Programa Metropolitano de Saúde (PMS) e a Regionalização Integrada

O Programa Metropolitano de Saúde (PMS) foi concebido como um grande projeto de expansão e reorganização da rede de serviços na Grande São Paulo. Iniciado na gestão de Adib Jatene e consolidado por João Yunes, com financiamento do Banco Mundial, o PMS propunha um modelo assistencial inovador. Conforme explica Nelson Ibañez, sua estrutura era centrada na figura do "Módulo", uma organização territorial composta por um hospital de referência e um conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) adscritas a ele. Esse modelo testou, em larga escala, os conceitos de integração entre níveis de atenção, hierarquização e definição de porta de entrada, princípios que mais tarde se tornariam centrais no SUS.

Mais do que um projeto de expansão física, o PMS atuou como o principal catalisador para a reforma estrutural da Secretaria de Estado da Saúde. Sua lógica de integração territorial não apenas "pavimentou o caminho" para a criação dos ERSAS; ela **tornou a estrutura vertical das coordenadorias estruturalmente insustentável e obsoleta**. A necessidade de articular hospitais, centros de saúde e laboratórios sob um comando regional único, como previsto no modelo do Módulo, expôs a ineficiência do verticalismo.

As múltiplas inovações e as tensões administrativas geradas durante a gestão Montoro tornaram inevitável uma reestruturação completa da secretaria, um processo que se consolidaria como o legado definitivo do período para a construção do SUS em São Paulo.

4. A Institucionalização das Reformas e o Legado para o SUS

As reformas implementadas durante o governo Montoro, embora profundamente transformadoras, geraram um sistema complexo e repleto de tensões que demandava uma consolidação em uma nova estrutura administrativa. O modelo de "subsecretários" regionais e coordenadorias verticalizadas, que impulsionou as mudanças iniciais, tornou-se insustentável. Esta seção analisa o processo de institucionalização dessas reformas e sua influência direta na conformação do SUS, tanto em São Paulo quanto no Brasil.

4.1 A Criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS): A Desconcentração do Poder

A grande reforma administrativa da secretaria extinguiu as poderosas coordenadorias verticais e criou 65 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS). Essa mudança representou a aplicação, em todo o estado, da lógica de integração territorial testada pelo Programa Metropolitano de Saúde. No entanto, utilizando a análise crítica de Oswaldo Tanaka e Ana Figueiredo, este movimento deve ser entendido como um processo de **desconcentração** administrativa, e não de **descentralização** plena de poder. A desconcentração transferiu a execução de atividades administrativas para o nível regional, mas o poder de decisão e a formulação de políticas permaneceram no nível central. Em contraste, a descentralização implicaria a transferência de poder e autonomia para outras esferas de governo, como os municípios, algo que só ocorreria de forma mais efetiva nos anos seguintes.

A criação dos ERSAS foi um processo complexo, com visões contrastantes sobre seus méritos e desafios, conforme sintetizado na tabela abaixo.

Argumentos Favoráveis à Criação dos ERSAS	Desafios e Críticas
Integração de serviços sob comando regional único: Hospitais, UBS e laboratórios passaram a operar sob um comando territorial, quebrando o isolamento.	**Enfraquecimento das áreas técnicas especializadas:** A extinção das coordenadorias (saúde da criança, mulher, etc.) diluiu o poder normativo e de supervisão.
Racionalidade territorial: A nova organização permitiu um planejamento mais alinhado às necessidades de cada região de saúde.	**Complexidade de gestão:** Gerir 65 ERSAS era "completamente difícil", como apontou Olimpio Bittar, estrutura posteriormente racionalizada para 17 regionais.
Quebra do verticalismo: A reforma rompeu com a estrutura rígida e centralizadora das antigas coordenadorias, especialmente da CSC.	**Resistência à mudança:** Houve forte oposição das antigas coordenadorias, que não queriam perder poder e autonomia, gerando conflitos internos.

4.2 A Transição para o SUDS e a Municipalização

As políticas federais, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, posteriormente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), atuaram como aceleradores das mudanças em São Paulo. O relato de Gonzalo Vecina é elucidativo: quando o governo federal decidiu "transferir tudo" — a rede de ambulatórios e hospitais do INAMPS e a responsabilidade pela contratação de serviços — para os estados, São Paulo já dispunha de uma estrutura regional (os ERSAS) preparada para absorver essas novas responsabilidades. A desconcentração prévia facilitou a absorção das funções federais, posicionando o estado na vanguarda do processo de descentralização nacional.

A semente da municipalização, que se tornaria a principal diretriz do SUS, já havia sido plantada em São Paulo. A experiência com os convênios do projeto "Municípios Carentes" criou uma cultura de colaboração entre estado e prefeituras. Simultaneamente, o surgimento de gestões municipais progressistas e com forte atuação na saúde, como em Bauru e Campinas, demonstrou o potencial da gestão local.

A municipalização acelerada, no entanto, gerou um vácuo estratégico no nível estadual. Por um lado, fortaleceu a autonomia local. Por outro, a transferência de responsabilidades para os municípios ocorreu sem uma redefinição clara do papel do estado como coordenador e regulador. Como aponta Lia Giraldo, isso levou a um enfraquecimento da capacidade técnica estadual que, em áreas de vanguarda como a saúde do trabalhador e a vigilância ambiental, representou um "retrocesso" em relação às inovações do período anterior.

5.0 Conclusão: O Legado da Saúde Paulista para a Construção do SUS

A trajetória da saúde pública em São Paulo entre 1982 e 1994 representa um dos mais ricos e influentes capítulos da história da reforma sanitária brasileira. Em um cenário de redemocratização, o estado se consolidou como um laboratório de políticas públicas, antecipando e moldando muitas das diretrizes que viriam a definir o Sistema Único de Saúde. As experiências com a integração de serviços, a regionalização, a reforma da saúde mental e a ampliação do conceito de vigilância para incluir a saúde do trabalhador e a ambiental não apenas transformaram a realidade paulista, mas também forneceram modelos e aprendizados que influenciaram diretamente o desenho e a implementação do SUS em todo o país.

Os legados mais significativos deste período, extraídos do conjunto de depoimentos, podem ser sintetizados em três eixos principais:

- **Modelo de Integração Assistencial:** A concepção de redes de atenção regionalizadas, materializada primeiro nos "Módulos" do Programa Metropolitano de Saúde e depois nos ERSAS, estabeleceu o princípio da integração entre a atenção básica e a assistência hospitalar sob um comando territorial único, superando a fragmentação do modelo anterior.

- **Ampliação do Escopo da Saúde Pública:** O período marcou a incorporação definitiva de novas agendas na gestão pública, como o cuidado em saúde mental de base comunitária em substituição ao modelo manicomial, e a afirmação da saúde do trabalhador e da saúde ambiental como campos de atuação indispensáveis da vigilância em saúde.
- **Formação de Quadros Técnicos e Políticos:** A efervescência das reformas e os desafios da gestão forjaram uma geração de gestores sanitaristas com alta capacidade técnica e forte compromisso político. Esses quadros não apenas lideraram a implementação do SUS em São Paulo, mas muitos deles vieram a ocupar posições estratégicas no Ministério da Saúde e em outros estados.

Apesar dos avanços notáveis, o período também legou desafios que persistem. A tensão entre o poder técnico e a interferência política continua sendo uma realidade. A dificuldade de reter quadros qualificados no setor público, como apontado por Olimpio Bittar, tornou-se um debate estrutural mais amplo sobre o modelo de gestão mais eficiente. A tensão entre a administração direta, com suas amarras burocráticas, e as novas formas de parceria, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) que surgiram no período subsequente, é uma questão que continua a pautar a agenda da saúde pública, mostrando que a construção do SUS é um processo dinâmico e em constante disputa.

LINHA DO TEMPO DA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO: A GERAÇÃO DA REDEMOCRATIZAÇÃO E A GÊNESE DO SUS (1970-1994)

Introdução: O Crisol Paulista da Saúde Pública

O período da redemocratização brasileira, especialmente as décadas de 1970 e 1980, encontrou em São Paulo um laboratório estratégico para as ideias, os atores e as estruturas que, anos mais tarde, dariam forma ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em um ambiente de efervescência política ao final da ditadura militar, convergia uma militância aguerrida por direitos e uma notável capacidade de inovação técnica na saúde pública. Como narram figuras centrais da época, foi um tempo em que a organização de jovens profissionais em movimentos de renovação e a militância partidária se entrelaçaram com a formulação de novos modelos de gestão e atenção à saúde. Esta linha do tempo se propõe a narrar os principais acontecimentos, as crises e as reformas que definiram essa era pivotal, na qual a saúde pública paulista não apenas se reinventou, mas também semeou as bases conceituais e práticas para o maior sistema de saúde pública do mundo.

1. As Sementes da Mudança: A Formação de uma Geração Sanitarista (Década de 1970 – 1982)

Apesar do auge da repressão do regime militar, a década de 1970 foi crucial para a formação de uma massa crítica de profissionais de saúde em São Paulo. Este grupo, caracterizado por uma forte politização e uma busca por inovação técnica, se tornaria a vanguarda das profundas reformas sanitárias da década seguinte, acumulando experiências e formulando os conceitos que seriam aplicados em larga escala com a abertura democrática.

1.1. O Contexto Político e os Movimentos Sociais

O ambiente político da época, mesmo sob o peso da ditadura, era de intensa mobilização. Gonzalo Vecina recorda a efervescência de movimentos como o de Renovação Médica (REME) e a militância no PMDB Jovem e no "Partidão" (Partido Comunista Brasileiro), espaços onde se gestava uma crítica contundente ao modelo de saúde vigente e se articulava uma visão de saúde como direito. Essa organização se manifestava também em pautas profissionais. Ana Figueiredo destaca a importância da Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo (AMERESP) como um dos primeiros palcos de sua atuação militante, ilustrando como jovens médicos se organizavam politicamente para lutar por melhores condições de formação e trabalho, entrelaçando suas carreiras com a causa da redemocratização.

1.2. A Formação dos Sanitaristas: O "Curso Curto" e as Residências

Um elemento transformador na formação desta geração foi o chamado "curso curto" da Faculdade de Saúde Pública da USP. Depoimentos de Ana Figueiredo, Alvaro Escrivão

e Oswaldo Tanaka convergem ao apontar o impacto deste curso, que formou centenas de médicos sanitaristas e os qualificou para assumir a chefia dos serviços de saúde com uma visão renovada, unindo conhecimento técnico e engajamento político. As residências em Medicina Social e Preventiva também foram espaços fundamentais. A experiência de Nelson Ibanez na Santa Casa de São Paulo exemplifica como esses programas se tornaram focos de excelência técnica e consciência política, formando profissionais preparados para os desafios da gestão pública.

1.3. As Reformas Leser e as Experiências Municipais Pioneiras

As reformas implementadas pelo Secretário de Estado da Saúde, Walter Leser, foram um marco. Com base nos relatos de Oswaldo Tanaka e Nelson Ibanez, destaca-se a criação da carreira de médico sanitarista, que valorizou e estruturou a atuação desses profissionais no serviço público. Leser também promoveu a reestruturação dos centros de saúde por níveis de complexidade (CS 1, 2 e 3) e implementou os programas médico-sanitários (materno-infantil, tuberculose, hanseníase) como o eixo central da atenção básica. Simultaneamente, experiências municipais funcionaram como "laboratórios" para o futuro SUS:

- **Cubatão:** O relato de Lia Giraldo evidencia uma atuação pioneira em saúde ambiental e do trabalhador. A gestão do centro de saúde local conectou diretamente os graves problemas de poluição industrial às doenças que afligiam a população, como as malformações congênitas, e articulou-se com o movimento sindical para dar visibilidade e respostas a essa crise.
- **Cotia:** A experiência de Nelson Ibanez neste município foi seminal para a concepção do Programa Metropolitano de Saúde (PMS). O modelo de integração entre o hospital e a rede de centros de saúde, com uma gestão unificada, demonstrou na prática a viabilidade de um sistema de saúde local hierarquizado e integral.

Assim, em 1982, São Paulo possuía um governo à espera: um quadro de profissionais politicamente experientes, tecnicamente inovadores e armados com modelos locais comprovados. A eleição de Franco Montoro não foi o início da revolução, mas o momento em que os portões do palácio foram abertos para deixá-la entrar.

2. O Governo Montoro: Uma Nova Era para a Saúde Pública (1983–1985)

A eleição de Franco Montoro em 1982 representou um ponto de virada fundamental. Sua gestão abriu as portas do poder público para a nova geração de sanitaristas, permitindo a implementação de uma visão de saúde como direito, radicalmente diferente do modelo assistencialista e fragmentado que vigorava até então.

2.1. A Montagem da Equipe: As Reuniões da Madre Teodora

O processo de formação da equipe de saúde do novo governo foi plural e participativo. Conforme os depoimentos de Marcos Ferraz e Ana Figueiredo, as reuniões na "Rua

Madre Teodora" se tornaram o epicentro das discussões. Coordenadas por João Yunes, futuro secretário, essas reuniões agregaram profissionais de diversas correntes ideológicas, unidos pelo objetivo comum de romper com o legado da ditadura e construir uma nova política de saúde para São Paulo.

2.2. A Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC): Epicentro de Poder e Tensão

A estrutura da Secretaria era dominada pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), um poderoso e inchado "estado dentro do estado" que controlava quase todos os centros de saúde, 90 mil funcionários e 70% do orçamento, tornando-a, na frase memorável de Ana Figueiredo, uma "bomba pronta a explodir". A gestão da CSC era marcada por uma dinâmica que Ana Figueiredo e Lia Giraldo descrevem como de "gestão colegiada radical". Os 12 diretores regionais, todos sanitaristas com perfil militante, eram tratados pelo secretário Yunes como "subsecretários". Essa foi uma escolha política que empoderou as regiões, mas, ao mesmo tempo, criou um imenso conflito interno que tornou a CSC praticamente ingovernável, semeando a necessidade de uma reforma estrutural futura.

2.3. Crises e Inovações: Sarampo, AIDS e o Início da Municipalização

A nova gestão foi imediatamente testada por um crisol de desafios que forçaram a inovação sob pressão, revelando tanto sua força técnica quanto suas vulnerabilidades políticas.

- **Crise do Sarampo:** Uma grave epidemia de sarampo expôs a tensão entre a verdade técnica e a conveniência política. Com a cobertura vacinal em queda e a mortalidade infantil subindo, a equipe técnica se viu pressionada a minimizar a crise. Alvaro Escrivão narra um episódio emblemático: após explicar à imprensa que a causa da crise era a falta de vacinas do Ministério da Saúde, sentiu um "apertão" de um assessor político do gabinete, que o repreendeu por ter dito a verdade. O confronto físico ilustra o drama humano e o risco profissional enfrentado pelos sanitaristas para defender os fatos.
- **A Chegada da AIDS:** O surgimento dos primeiros casos de AIDS representou um desafio sanitário sem precedentes. As narrativas de Alvaro Escrivão e Ana Figueiredo mostram como a secretaria, a partir da notificação do primeiro caso, organizou rapidamente uma resposta, criando fichas epidemiológicas e, posteriormente, estruturando o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), uma inovação crucial nascida da crise.
- **Primeiros Passos da Municipalização:** O programa "Municípios Carentes", detalhado por Ana Figueiredo, foi um embrião do processo de municipalização. Com o compromisso do governador de que nenhum município paulista ficaria sem médico, o programa estabeleceu convênios com as prefeituras para garantir a fixação de profissionais no interior, aproximando a gestão da saúde da realidade local.

2.4. A Revolução na Saúde Mental

O depoimento de Marcos Ferraz, coordenador da área, expõe a situação catastrófica encontrada no Hospital Psiquiátrico do Juqueri. Milhares de pacientes viviam em condições desumanas, muitos nus em "celas fortes". A instituição praticava a "permuta", uma tática de crueldade calculada: trocava pacientes graves, com risco de morte, por pacientes saudáveis de hospitais conveniados, com o objetivo explícito de manipular as taxas de mortalidade. Em uma reunião decisiva com o governador Montoro, a equipe técnica conseguiu impedir um projeto de privatização do Juqueri. A decisão política foi iniciar seu desmonte progressivo, transformando-o em um "asilo em extinção". Essa política foi acompanhada pela criação de alternativas ao modelo manicomial. O "Projeto Zona Norte" e a reforma de hospitais gerais, como o Mandaqui, para incluir leitos psiquiátricos, levaram à concepção de novos equipamentos, como os futuros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), antecipando em anos a reforma psiquiátrica nacional.

Os imensos desafios administrativos, as crises epidêmicas e as inovações setoriais deste período tornaram evidente que a antiga estrutura da secretaria era insustentável, tornando imperativa uma grande reforma estrutural.

3. As Reformas Estruturais e o Caminho para o SUS (1985–1988)

As complexidades da gestão, somadas ao impulso do movimento sanitário nacional, convergiram para produzir em São Paulo profundas reformas estruturais. Essas mudanças não apenas reorganizaram a administração estadual, mas anteciparam, na prática, os princípios fundamentais que viriam a constituir o SUS.

3.1. O Programa Metropolitano de Saúde (PMS) como Modelo

O Programa Metropolitano de Saúde (PMS), financiado pelo Banco Mundial e inspirado na experiência de Cotia, serviu de catalisador para a reestruturação. Segundo Nelson Ibanez, o PMS introduziu o conceito de "módulo" de saúde, uma unidade territorial que integrava um hospital com sua rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse modelo prático de integração foi a base para a discussão sobre a reforma de toda a secretaria.

3.2. O Fim da CSC e a Criação dos ERSAS

O debate interno sobre a reforma foi intenso. Ana Figueiredo narra que, em uma primeira votação, foi a única a votar a favor da reestruturação, sentindo-se completamente isolada. O episódio revela a imensa resistência institucional à mudança, mesmo entre os reformadores. Seis meses depois, porém, a reforma tornou-se "incontestável", culminando na extinção da gigantesca CSC e na reorganização do estado em Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS). Conforme as análises de Gonzalo Vecina e Lia Giraldo, os ERSAS integravam todas as áreas da saúde (atenção básica, hospitalar, vigilância) sob um comando regional único. Oswaldo Tanaka, contudo, oferece uma nuance crucial: tratava-se mais de um processo de "desconcentração" do

que de "descentralização". O poder era movido geograficamente, mas a autoridade final permanecia com o estado, um passo intermediário, mas fundamental, no caminho para a verdadeira municipalização.

3.3. A Influência Nacional: 8ª Conferência, SUDS e o Desmonte do INAMPS

O contexto nacional foi decisivo. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), citada por Gonzalo Vecina, foi o marco conceitual que consolidou as teses do movimento sanitário e deu origem ao SUS. A criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) em 1987 acelerou as mudanças. Em São Paulo, o processo de desmonte do INAMPS foi emblemático: sua estrutura e seus serviços foram transferidos para a gestão do estado, unificando os sistemas previdenciário e de saúde pública sob um comando único.

Essas reformas pioneiras em São Paulo, ao implementarem a integração de serviços e a gestão regionalizada, alinharam o estado aos princípios de universalidade, integralidade e descentralização que seriam, pouco depois, consagrados na Constituição de 1988.

4. Legado e Transição: O Pós-Constituinte (1989-1994)

Com o SUS formalmente criado pela Constituição, o desafio passou a ser sua implementação em um cenário político em constante transformação, tanto em São Paulo quanto no Brasil, testando a continuidade das políticas e a capacidade de adaptação dos novos princípios à gestão cotidiana.

4.1. A Gestão Erundina no Município de São Paulo

A gestão de Luiza Erundina na prefeitura de São Paulo (1989-1992) representou um campo fértil para a aplicação dos princípios do SUS no nível local. O relato de Alvaro Escrivão destaca inovações como a criação do PROAIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade), que revolucionou o uso de dados vitais para o planejamento em saúde, mostrando como a nova lógica do sistema poderia ser traduzida em ações concretas e eficazes.

4.2. Desafios da Continuidade na Gestão Estadual

A transição para os governos estaduais seguintes (Quércia e Fleury, com José Pinotti como secretário) foi marcada por desafios e descontinuidades. Lia Giraldo e Gonzalo Vecina apontam que políticas importantes, como a carreira de sanitarista, foram enfraquecidas, e o estilo de gestão se tornou menos técnico. A visão de Olimpio Bittar reforça essa percepção, lamentando a extinção de estruturas estratégicas, como o Departamento de Técnica Hospitalar, indicando um esvaziamento progressivo da expertise acumulada.

Este período, portanto, foi um momento de consolidação dos avanços constitucionais, mas também de enfrentamento de novas realidades políticas e administrativas que nem sempre favoreceram a continuidade do projeto original da reforma sanitária.

5. Conclusão: O Legado de São Paulo para o SUS

As experiências vividas em São Paulo entre as décadas de 1970 e 1990 — das crises epidêmicas aos laboratórios municipais, das inovações na saúde mental às grandes reformas estruturais — não foram apenas eventos regionais. Elas constituíram a base prática, política e conceitual sobre a qual se ergueu o Sistema Único de Saúde em todo o Brasil. Foi um tempo de imensa possibilidade, em que a sensação de construir algo novo a partir das cinzas da ditadura e o impacto direto na vida das pessoas moveram uma geração inteira. A memória desse tempo, descrito por seus protagonistas como o "período mais feliz da minha vida como sanitarista" (Lia Giraldo) ou um "período extremamente rico que nós vivemos" (Gonzalo Vecina), revela a intensidade e a paixão que forjaram um legado duradouro, transformando a administração pública e consolidando a saúde como um direito de cidadania.