



Revista Brasileira de Bioética

Eliane Aparecida Cruz

Programa de Pós-Graduação em Bioética. Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro. Brasília, Brasil.
elianecruz40@gmail.com
<https://orcid.com/0000-0002-2264-5550>

Volnei Garrafa

Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro. Brasília, Brasil
garrafavolnei@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4656-2485>

Marianna Assunção Figueiredo Holanda

Programa de Pós-Graduação em Bioética Universidade de Brasília, Campus Ceilândia. Brasília, Brasil
marianna.holanda@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5174-6855>

Experiência de trabalho em um Hospital Público entre 1986 e 1993 – Plantando as sementes da Reforma Sanitária Brasileira

Work experience in a public hospital between 1986 to 1993 – Planting the seeds of Brazilian Health Reform

Resumo: A Reforma Sanitária Brasileira foi resultado de um processo de mobilização que envolveu todo o país em defesa da saúde pública, gratuita e universal. Este artigo recupera a trajetória de um núcleo de trabalhadoras e trabalhadores de saúde do Hospital Nardini, em Mauá, São Paulo (SP), de 1986 a 1993, organizados em uma Comissão Sindical de Base (CSB) do Sindsaúde/SP, que repercutiu os resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de Federal de 1988. O texto foi construído metodologicamente por meio de pesquisa qualitativa visando a trajetória desses atores no desenvolvimento de estratégias de mobilização social mediante composição de frentes de luta em defesa da saúde pública, favorecendo a ampliação dos serviços e a criação de conselhos locais de saúde. Experiências desse tipo fazem parte da construção histórica do SUS como sementes da Reforma Sanitária Brasileira.

Palavras-chave: Democracia. Participação Social. Controle Social. Direito à Saúde. SUS.

Abstract: The Brazilian Sanitary Reform comes from a process which required the whole country to mobilize in favor of a healthcare that is both public and universal to its citizens. This article aims to show the journey of a health workers group from Nardini Hospital at Mauá, São Paulo (SP), from 1986 to 1993, organized in a Base Labor union commission, from Sindsaúde/SP, that influenced both the results in the 8th National Health Commission and the implementation of the Sistema Único de Saúde (SUS) in the federal constitution of 1988. The narrative was built methodologically, based on qualitative and bioethics research with the intent of highlighting the trajectory of these actors in the development of social mobilization strategies to compose front lines in the defense of public health care and to favor the creation of health councils and the expansion of health services covered by public health care. These experiences compose historical part of SUS as fuses to the Brazilian Sanitary Reform.

Keywords: Democracy. Social Participation. Social Control. Access to Health. Unified Health System.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi resultado de um forte processo de mobilização social e político ocorrido nos anos 1970 e 1980, impulsionado pelo movimento pela redemocratização do país. Foi nesse contexto que surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária, defendendo a adoção de políticas de atenção integral à saúde para toda a população brasileira. Tal movimento foi decisivo para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, tendo ainda marcado forte presença na Assembleia Nacional Constituinte de 1988, que definiu o sistema público, universal e gratuito de saúde no Brasil (Brasil, 1986; Brasil, 1988; Brasil, 1990a, Brasil, 1990b).

Os resultados dessas ações repercutiram de modo positivo em todo o país ao agregar forças em favor do direito à saúde. O presente trabalho apresenta um relato de caso sobre a experiência de mobilização de base ocorrida em um hospital público brasileiro entre os anos de 1986 e 1993, mobilização esta que foi fortemente influenciada pelas bandeiras da Reforma Sanitária.

As ações práticas que se desenvolveram após a realização da 8ª CNS, trazidas ao espaço acadêmico, permitem a reflexão sobre resultados advindos da atuação da organização social, em favor da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho relata a experiência de atuação sanitária e ao mesmo tempo militante de trabalhadoras e trabalhadores da saúde do Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini, sediado na cidade de Mauá, estado de São Paulo (SP), reunidos em uma Comissão Sindical de Base (CSB) ligada ao Sindsaúde/SP. A importância do processo que aconteceu em Mauá é reconhecida como marco de referência histórica para a descentralização e gestão municipal da saúde no país, conforme apontou o próprio Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), fato reforçado por Pessoto e colaboradores (Pessoto, Nascimento e Heimann, 2001; Pimenta, 2007;).

O município de Mauá, como outras cidades da região do ABC paulista, circunda um parque industrial automobilístico e de serviços, sendo considerado uma “cidade-dormitório” habitada basicamente por migrantes do interior de São Paulo, de Minas Gerais e do Nordeste (Sáder, 1988). As profissionais de saúde participantes desta pesquisa, então trabalhadoras do Hospital Nardini, já se conheciam antes de ingressar no serviço público, em 1986, devido à militância na Juventude Operária Católica (JOC) e na Pastoral da Juventude (PJ), movimentos ligados à Igreja Católica, tendo a Teologia

da Libertação como referencial de orientação social e política. Seus integrantes eram, na maioria, mulheres com idade entre 18 e 24 anos.

A preocupação com o bem da comunidade, referencial que fazia parte da formação política dessa militância, fez com que as questões básicas que fundamentaram a criação do SUS, como o acesso universal, a atenção integral à saúde e a participação da comunidade, entre outras, passassem a ser incorporadas ao cotidiano da organização do trabalho dentro e fora daquele equipamento hospitalar, incluindo participação na construção de frentes de apoio à saúde pública do próprio município.

O trabalho iniciou com o encontro entre essas trabalhadoras e o movimento nacional dos sanitaristas, ambos já então engajados nas lutas pela democratização do país e pela criação do SUS. Em sequência, iniciou-se um processo de organização sindical que permitiu interação da comunidade local com as associações de bairro, com os movimentos pastorais de saúde e com partidos políticos, bem como a construção de plenárias populares de saúde, inspiradas na Plenária Nacional de Saúde, que reuniu múltiplos atores sociais e os mobilizou pela aprovação da Constituição Federal e conquista das leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Assim, esta experiência local impulsionou, entre outros, a criação do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores de Unidade de Saúde, os quais obtiveram como resultado a ampliação dos serviços de saúde e a democratização da tomada de decisão por parte da gestão pública do município de Mauá.

Todo o processo aqui relatado, suas dificuldades, avanços e retrocessos, faz parte de um contexto que a Bioética de Intervenção denomina de “Situações Persistentes”, que incluem problemas sanitários cotidianos que já deveriam ter sido resolvidos há muito tempo, mas seguem teimosamente sendo vivenciados no cotidiano das maiorias populacionais excluídas (Garrafa e Porto, 2003).

Os relatos colhidos na presente pesquisa demonstram que o estímulo à construção dos espaços de participação social gerou uma repercussão social concreta em favor do sistema público local de saúde, universal e gratuito, que ampliou sensivelmente o arco de alianças para mobilizações sociais pela implantação do SUS no município. O objetivo geral da presente pesquisa foi registrar e descrever o histórico político-social de construção desse processo, que permite compreender, desde um estudo de caso advindo de um episódio particular, o movimento nacional de construção do atual sistema de saúde público brasileiro. Como objetivos específicos, se procurou registrar

e discutir as ações locais, dificuldades e opiniões de um grupo de atores diretamente envolvidos com o período imediatamente anterior e aos primórdios da construção do SUS; e demonstrar como essas ações fizeram parte, juntamente com outras iniciativas desenvolvidas em diferentes lugares do país, do conjunto de sementes que contribuíram para o florescimento e consolidação do que hoje é o SUS brasileiro.

Metodologia

Para apresentar este relato de caso, priorizou-se o registro de fatos e situações vivenciados por trabalhadoras e trabalhadores de saúde do Hospital Nardini que determinaram a criação de frentes de ação em defesa da saúde pública no município de Mauá. Os relatos de caso são uma modalidade de estudo sem grupo controle, de caráter narrativo e reflexivo, cujos eventos narrados já estão consumados (Yoshida, 2007). Uma distinção importante entre estudo de caso e relato de caso é o fato de que, no primeiro, há um distanciamento entre pesquisadores e o grupo pesquisado, enquanto no segundo há uma proximidade e vinculação, caracterizada aqui pelo fato de uma das autoras do presente trabalho ter sido partícipe do processo aqui estudado.

Trata-se, assim, de uma pesquisa qualitativa baseada: na memória e na história oral proporcionada por coleta de dados operada a partir de entrevistas com um grupo de trabalhadoras de saúde propositalmente selecionadas por sua relação direta com o episódio estudado; na revisão documental de dados e registros históricos existentes à época do desenvolvimento do processo em análise; e na pesquisa bibliográfica de literatura pertinente ao tema enfocado;. De acordo com Minayo e Costa (2018), a pesquisa qualitativa é utilizada para:

[...] tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. (p. 16).

No estudo aqui apresentado, os relatos de caso envolvem memória e história oral tendo como finalidade ouvir e registrar experiências de pessoas que participaram de fatos que não necessariamente ficam registrados na história oficial ou tiveram o devido destaque nas narrativas que constroem um evento, como o advento do SUS, aqui relatado. Dessa maneira, a pesquisa contribui também com a valorização da memória, das identidades e das coletividades (Bosi, 1994; Meihy, 1996; Guedes-Pinto, 2002).

O estudo foi desenvolvido em três etapas: pesquisa documental e revisão da literatura sobre o processo desenvolvido na cidade de Mauá; revisão da literatura

relacionada com o processo nacional de construção da Reforma Sanitária e suas interações locais na cidade de Mauá; e entrevistas semiestruturadas com atores centrais do processo desencadeado a partir do Hospital Nardini. As entrevistas semiestruturadas seguiram o seguinte roteiro básico: 1) Quais eram suas aspirações e interesses, quando você começou a trabalhar no Hospital Nardini? 2) O seu trabalho naquele equipamento hospitalar gerou compromissos com políticas públicas? 3) Você se recorda de fatos e situações sobre processos participativos que as trabalhadoras e trabalhadores de saúde tenha desenvolvido em Mauá?

A pesquisa documental tomou como base no acervo do Sindsaúde/SP e em órgãos de imprensa da cidade de Mauá e do estado de São Paulo, com a busca de informações que poderiam dar sustentação e ilustração aos relatos coletados e aos fatos históricos que compuseram o contexto de lutas, articulação e gestação do Sistema Único de Saúde, no Brasil.

Na revisão de literatura referente à Reforma Sanitária, que foi especialmente utilizada mais adiante no tópico referente à Discussão, procurou-se identificar os espaços territorial e temporal, o perfil político dos atores sociais envolvidos e o próprio sistema de participação social que estava acontecendo no SUS, naquele período histórico. Nessa revisão, foram identificados espaços não institucionalizados, como fóruns, frentes e plenárias populares, além de espaços institucionalizados, como os conselhos e as conferências de saúde, todos eles relacionados com o fortalecimento da ideia de democracia participativa e que compõem o cenário histórico, social e político dos relatos, aqui coletados.

Coube à pesquisadora, como partícipe do processo aqui estudado, reunir informações a partir de registros pessoais e de consultas às colegas que atuaram conjuntamente no caso, especialmente as mais participativas na época, objetivando recuperar, organizar e compreender as informações relatadas sobre o período delimitado para a pesquisa. A partir desse movimento, foram selecionadas quatro profissionais de saúde do Hospital Nardini que atuaram dinamicamente no processo de participação popular da construção em Mauá. Optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas em que a pesquisadora apresentou, de forma concisa, seus objetivos permitindo às interlocutoras discorrer, de forma livre, sobre o tema apresentado (Minayo, 2017), a partir de duas questões centrais: a primeira, sobre sua percepção e seus sentimentos quando trabalharam no referido equipamento hospitalar, com o propósito de apreender informações sobre aspirações, compromissos e reconhecimento do trabalho; e a segunda,

sobre fatos que recordassem os processos participativos nos quais se envolveram e que julgavam merecer destaque.

Utilizou-se, assim, a memória como fonte de registros individuais, mas também como parte de uma memória coletiva que não pode ser analisada isoladamente pois está em relação com as experiências sociais do grupo no qual as participantes da pesquisa e a pesquisadora estão inseridas (Pollack, 1992; Halbwachs, 2013). As memórias constroem narrativas políticas que ampliam a percepção da história, buscando não apenas um registro, mas, sobretudo, “salvar o passado para servir ao presente e ao futuro” (Le Goff, 1990).

Para análise dos depoimentos, em conjunto com as deliberações morais recolhidas e aquelas decorrentes das tomadas de decisão pelos atores sociais do processo de construção do SUS no município, foi utilizada a proposta de Zoboli (2016) que trata sobre “[...] as situações de incerteza, como os conflitos morais; quando não se sabe o que fazer, as decisões precisam ser prudentes, incluindo distintas aproximações e perspectivas do caso, para enriquecer o diálogo e compreensão do conflito” (p. 4). Ou seja, a memória sobre essas deliberações morais envolve também a disputa pelas versões de um fato histórico, o que implica posicionamento político diante deles, construindo a identidade de um grupo, de uma memória coletiva que compõe um material importante de reflexão bioética no sentido original trazido por Potter (2016): uma ponte entre as ciências e entre passado, presente e futuro.

Resultados

Os resultados do estudo estão expostos a seguir. Inicialmente, com base na revisão da literatura e na pesquisa documental, é apresentado um breve histórico do processo desenvolvido na cidade de Mauá. Em continuação, ainda com base na pesquisa documental somada à experiência vivida por uma das autoras do trabalho e aos depoimentos que estão relatados mais adiante, são descritas as ações protagonizadas pelas trabalhadoras com relação à criação das Frentes de Apoio à Saúde Pública construídas na cidade. E, por fim, são expostas de forma condensada as quatro entrevistas feitas com protagonistas centrais do processo estudado.

A construção de Frentes de Apoio à Saúde Pública em Mauá

O grupo de trabalhadoras de saúde referido neste relato de caso era composto, majoritariamente, por jovens mulheres, entre 18 e 24 anos, todas moradoras de Mauá,

estado de São Paulo, que ingressaram no Hospital Nardini por concurso público, em 1986, ocupando funções de nível básico e médio, como: auxiliares de serviços gerais; oficiais administrativos; técnicos de laboratório; atendentes e auxiliares de enfermagem, entre outras. A maioria já se conhecia devido à militância desenvolvida na cidade na Juventude Operária Católica (JOC) e na Pastoral da Juventude (PJ). A JOC nasceu:

[...] sob a coordenação da Ação Católica, durante o pontificado de Pio XI, em 1922, para responder aos desafios de mudanças sociais e políticas e no intuito de levar a doutrina social da Igreja às escolas, às universidades, às fábricas, aos meios de comunicação, aos sindicatos e estimular a criação de movimentos sociais.[...] chegou em 1932 ao Brasil [...] no final dos anos de 1970, concomitante ao processo de redemocratização do país, teve início um processo de ressurgimento do movimento jocista no Brasil, engajado em movimentos trabalhistas com atuação e apoio às greves do ABC paulista e participação na própria constituição do Partido dos Trabalhadores. (Estevez, 2011, p. 124).

A Pastoral da Juventude (PJ), por sua vez, também surgiu na década de 1930, relacionando-se com o propósito do Concílio Vaticano II (1962-1965). É uma organização da Igreja Católica que busca reunir e formar jovens com base no método ver-julgar-agir, tendo como um de seus objetivos a formação de um “indivíduo” ciente das condições e possibilidades de construir a sua vida e a da coletividade da qual participa (Sales, 2017). Esses movimentos católicos se fundamentam na Teologia da Libertação e nas lutas pela democracia na América Latina em torno dos princípios de solidariedade, dignidade e justiça social, somando-se à Pedagogia do Oprimido, à Pedagogia da Marginalidade, à perspectiva da Colonialidade do Poder e à Bioética de Intervenção (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015).

O Hospital Nardini, ao ser inaugurado, tinha capacidade para 200 leitos para atendimento de ginecologia e obstetrícia, pediatria, enfermarias, cirurgia geral e unidade de terapia intensiva (UTI). Contava com laboratórios de análise clínicas e exames por imagem, mantinha um ambulatório de especialidades e pronto-socorro. Todos os serviços, do atendimento médico aos serviços gerais, eram realizados por servidores públicos. Não havia terceirização de serviços, nem de gestão. No começo dos anos 1990, o número de trabalhadores desse serviço ultrapassava 1.000 pessoas. A unidade hospitalar atendia a população de Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra e parte de Santo André. Segundo o Censo Demográfico de 1991, a população

dessas quatro cidades era de 1.050.000 habitantes; de acordo com o mesmo censo, em 2018 passou para 1.357.000 (PNUD, 2013).

Desde seu ingresso no serviço público, o grupo de trabalhadoras do Hospital Nardini foi estimulado a se envolver com ações em defesa da saúde e em apoio à implantação do SUS. Essa mobilização estimulou a geração de um movimento denominado de Frentes de Luta pela Saúde Pública. Por meio de discussões entre pares, tal movimento deu origem a narrativas que sustentaram as deliberações morais e as tomadas de decisão, legitimando as ações do grupo perante a sociedade local. No total, nada menos que cinco frentes foram organizadas, com atuação orgânica em diferentes cenários, a seguir descritos.

A primeira frente foi conformada no próprio espaço de trabalho. Para isso, foi decisiva a aproximação feita com sanitaristas que estiveram em cargos de direção do referido hospital e que já estavam engajados em ações pela democratização do país e pela criação do SUS. Esses diretores programaram processos formativos permanentes nos treinamentos, em que se dialogava em linguagem acessível sobre o SUS de forma a incluir o maior número de participantes nas discussões sobre a situação de saúde na cidade e na região; os dados epidemiológicos existentes; a organização da rede local de saúde; e a atuação profissional por uma ação acolhedora e qualificada com relação aos usuários dos serviços.

Uma segunda Frente atuou na campanha de sindicalização e na eleição de nove delegadas sindicais de base, que passaram a compor a Comissão Sindical de Base (CSB) do Hospital Nardini. Essa ação foi incentivada pela Associação dos Servidores da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (Asses). Posteriormente, quando da conquista do direito à sindicalização dos servidores públicos posta na Constituição Federal de 1988, a Asses se constituiu no Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde do Estado de São Paulo (Sindsaúde/SP). Essa Comissão Sindical de Base atuou em defesa de direitos, como creche, alimentação e condições de trabalho, unificando o campo de reivindicações do próprio local de trabalho, fortalecendo os laços de confiança entre todos os profissionais daquele serviço. A Asses também trazia à discussão os resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ampliando as informações sobre a Reforma Sanitária e a construção do SUS, influenciando na linha proposta pela Comissão Sindical de Base de atuar para além do local de trabalho.

A terceira frente participou dos trabalhos relativos à criação das Plenárias Populares

de Saúde que aglutinaram associações de moradores; sindicatos de metalúrgicos, químicos e petroquímicos presentes na cidade; comunidades eclesiais de base; e núcleos partidários. As referidas plenárias promoviam encontros e palestras, com orientações sobre cuidados com a saúde e o funcionamento dos serviços sanitários, politizando o direito à saúde e desenvolvendo ações unitárias entre os trabalhadores da saúde e a comunidade.

Uma quarta frente agiu na construção de uma aproximação com o Legislativo municipal por ocasião da elaboração da Lei Orgânica Municipal, em 1990 (Mauá - Câmara Municipal, 1990). As plenárias populares de saúde locais apresentaram uma emenda popular para o capítulo da saúde, da mesma forma que o Movimento pela Reforma Sanitária fizera na Assembleia Nacional Constituinte, sendo a proposta rapidamente acolhida e aprovada como lei pela Câmara de Vereadores. Outra situação em que a articulação com o Legislativo municipal obteve resultados qualificados foi em favor da Reforma Psiquiátrica. À época, o debate sobre a situação dos manicômios ganhou especial importância devido às repercussões referentes à intervenção ocorrida em um hospital psiquiátrico de Santos/SP, em 1989, onde estavam acontecendo graves violações dos direitos humanos (Amarante e Nunes, 2018).

Ainda no contexto das ações dessa quarta frente, a Comissão Sindical de Base propôs à Câmara de Vereadores averiguar as graves denúncias de maus-tratos aos pacientes da Clínica São Marcos – chamada de Capburgo – um hospital psiquiátrico da cidade. Foi composta na oportunidade uma Comissão Parlamentar de Inquérito Municipal (CPI). Os resultados da investigação foram encaminhados ao Ministério Público, levando ao fechamento, em 2004, do referido hospital, fato noticiado nos jornais do estado da São Paulo (Gorgueira, 1994). Neste tópico não podem deixar de ser registradas, ainda, as ações permanentes em favor do aumento do orçamento para a saúde no município, que geraram bons resultados. Antes de 1986, a cidade contava unicamente com três unidades básicas de saúde e um pronto-socorro; em 2018, já contava com 23 unidades básicas de saúde, um Centro de Especialidades Médicas, vários Centros de Especialidades Odontológicas e Centros de Atenção Psicossocial, além do Hospital Nardini (Mauá – Secretaria de Saúde, 1990).

Finalmente, uma quinta frente atuou com relação à estruturação dos Conselhos Gestores de Unidade e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), após a aprovação da Lei Orgânica Municipal. À época, o Conselho Nacional de Saúde tinha sido recomposto por meio do Decreto nº 99.438/1990, com participação representativa dos movimentos

sociais e de entidades da sociedade civil (Brasil,1990a). Em Mauá, especificamente, na composição dos conselhos gestores e na representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, decidiu-se por eleição direta dos membros, com candidaturas próprias e votação em urna. O Conselho Gestor da Unidade passou a ser composto por oito representantes: quatro da comunidade, eleitos por voto direto e secreto; dois representantes eleitos entre trabalhadores e dois gestores indicados pela direção das unidades de saúde. O usuário mais votado para o conselho gestor de cada unidade de saúde comporia também o Conselho Municipal de Saúde. Esse método de candidaturas individuais, com votação em urna, mantém-se até os dias de hoje.

Por outro lado, as Plenárias Populares se organizaram com relação à eleição de representantes para os conselhos gestores, sendo que seus componentes conseguiram votos suficientes para chegar ao CMS que, assim, passou a estar fortemente alinhado com as pretensões da comunidade, sendo reconhecido pela sociedade local e respeitado pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. As ações do CMS se deram mediante normativas pactuadas entre os gestores municipais, estaduais e federal, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), criada em 1992, por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1992), e que apresentou critérios de habilitação em gestão das cidades por meio da Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, com as categoriais de gestão incipiente, parcial ou semiplena (Brasil, 1993).

A ação proativa e informada dos conselheiros municipais de saúde foi determinante para a habilitação da cidade de Mauá na categoria de gestão semiplena, fato que obrigava o gestor municipal a apresentar documentação comprobatória das condições para a convalidação da qualidade da gestão do SUS na esfera local. Esse fato colaborou para a consolidação da cidade de Mauá como referência histórica para a descentralização e gestão municipal da saúde no país.

Todas essas frentes descritas foram decisivas para a implantação efetiva do SUS no município, contribuindo diretamente na criação de um ambiente de fortalecimento e reconhecimento da participação social como elemento essencial para a conquista e garantia de direitos sociais, como o direito à saúde.

As entrevistas

As entrevistas foram feitas com quatro trabalhadoras de saúde especialmente selecionadas pela ativa participação no processo. As entrevistadas recuperam a narrativa sobre fatos que lhes foram caros e motivadores à defesa dos direitos sociais,

incluindo as aspirações que traziam quando do ingresso no serviço público e o reconhecimento que tiveram pelo trabalho desenvolvido em momentos que marcaram sua participação social. Ademais, ficou destacado nos depoimentos de que forma os processos de organização institucionalizados (como as conferências e conselhos de saúde) e os processos não institucionalizados (como as plenárias populares de saúde) contribuíram com a mobilização pela defesa do direito das pessoas ao acesso universal à saúde, princípio basilar da Reforma Sanitária. E, ainda, ficaram patentes nos depoimentos das entrevistadas os efeitos do processo de municipalização ocorrido do Hospital Nardini, em 1990, que gerou significativas mudanças na organização do trabalho e da estruturação da própria rede de serviços sanitários em todo município de Mauá.

- **Entrevista 1**

[...] Entrei no hospital em 1986. O trabalho tinha um significado, eu me sentia importante, o meu fazer fazia sentido. Éramos formadas para entender o território (da saúde) e o contexto social das pessoas que procuravam o hospital. [...] (Garantir) o SUS no município de Mauá contava com a nossa teimosia. A gente se formou na luta, desde muito jovem, na JOC e PJ. O Nardini foi muito marcante, me fez me sentir grande, eu me ressignifiquei, me construí pelo que o outro significava para mim... a gente conseguiu estruturar o conselho municipal e os conselhos gestores no município, através de visitas nas Unidades, nos fóruns e nas Plenárias de Saúde. [...] Fomos o primeiro hospital do ABC a ter alojamento conjunto na maternidade; os primeiros a constituir uma CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho). Nossa organização dentro do Nardini foi crescendo e nos tornamos lideranças para os trabalhadores da cidade. [...] A municipalização nos fragmentou, eu me senti sem chão, perseguida pela gestão local, houve muita transferência de pessoas (do Nardini para outros locais de trabalho dentro e fora da cidade), principalmente daqueles que questionavam os processos de trabalho e de cuidados (da gestão municipal).

- **Entrevista 2**

[...] Foi o melhor momento da minha vida, gostava dos treinamentos, chegava em casa e ficava conversando com a família sobre o que tinha aprendido. Essa experiência me marcou como pessoa, como profissional, como ser humano. [...] A preocupação era a de sempre fazer os serviços funcionarem para atender a

população. Juntas, a gente discutia e estudava os problemas de saúde. Nas greves decidíamos quem íamos e quem não íamos atender e o porquê. As comissões de frente recebiam a população que chegava no hospital, falávamos sobre os motivos da greve e não éramos hostilizados; pelo contrário, a população nos ajudava. Depois das greves não tinha repressão da direção do Hospital. A creche funcionava para que pudéssemos atuar nos movimentos, tudo tinha acordo. [...] Participávamos das conferências e íamos nas igrejas, nas plenárias, nos postos de saúde, nos bairros, naquela época as pessoas estavam mais interessadas em saúde pública. As discussões eram produtivas e as ideias e questionamentos muito bons. Na 1ª Conferência Estadual que participei fui para os grupos e vi as diferenças entre os municípios, me enriqueceu e eu sentia orgulho da nossa cidade. Após a municipalização, com a prefeitura na gestão, veio a terceirização e os cuidados diminuíram.

- **Entrevista 3**

[...] Cheguei no Nardini e me senti maravilhada, abençoada, com autonomia para ajudar a minha família e voltar a estudar. [...] Na primeira greve (1987), surgiram as primeiras lideranças dentro do hospital. Íamos para a escadaria do Nardini conversar, combinar as coisas da greve. Fui eleita para a Comissão Sindical e nessa comissão e nas assembleias discutíamos como melhorar a saúde. [...] Tenho muitas lembranças: na primeira greve uma colega entregou o crachá de chefe e foi para a greve, ninguém nunca esqueceu isso; o prêmio da maternidade pelo alojamento conjunto; uma manifestação onde todos foram vestidos de preto contra o corte de direitos (isso, depois da municipalização). [...] O movimento na cidade era bom e nossa briga por condições de trabalho era reconhecida. Com a nossa mobilização, conseguimos implantar o Conselho Municipal de Saúde, que até hoje é muito respeitado na cidade. [...] Na municipalização conquistamos uma complementação salarial pela situação de estarmos municipalizadas, e quando atrasava o pagamento, a gente parava e a prefeitura pagava rápido. Mas (com a municipalização) tudo foi ficando terceirizado, as dificuldades pelo bom serviço cresceram muito e veio perseguição às lideranças, eu fui muito perseguida, era sempre transferida de Unidade. Nem sabia onde ia trabalhar no dia seguinte.

- **Entrevista 4**

[...] Quando entrei no Nardini, foi uma experiência fantástica, eu tinha uma utopia de estar lá. Pertencíamos àquele local. Cada palmo daquele serviço, desde as plaquinhas de patrimônio, foi trabalho nosso. Lembro de uma comissão de especialistas que analisou, como baixos, os níveis de infecção hospitalar, e foi um orgulho. Os cursos sobre o atendimento à população ajudavam a entender as carências da comunidade para atender os pacientes com carinho. A gente fazia isso e a população gostava da gente... Nas greves, o atendimento ao público era perfeito. Conversávamos tudo na Comissão Sindical, tínhamos a Comissão de Frente que ficava nas entradas do hospital falando com os servidores e pacientes. A comunidade trazia café da manhã para a gente, era muito reconhecimento. Entendiam nossas lutas. As idas ao Palácio dos Bandeirantes e as cavalarias contra nós, ficaram na minha lembrança. Quando municipalizou, foi um balde de água fria, perdeu a capacidade de melhorar e manter o atendimento de qualidade. Saí do Nardini, já não me sentia participante do trabalho. Hoje, o que vejo lá é uma fábrica de procedimentos e não uma atenção integral. Dá tristeza e lembro de nós, aliás de todo mundo, falam de melhorar o Nardini e lembram de nós.

Estes relatos se interligam por algumas questões comuns, como o orgulho de fazer parte dos coletivos de luta por direitos sociais e o direito à saúde, bem como por conseguirem encontrar no Hospital Nardini um espaço estratégico de implementação de ações estratégicas e de formação política. As falas apresentam-se sempre na terceira pessoa do plural, “nós”, marcando uma noção de coletividade característica dos movimentos de base.

Nos quatro relatos há uma crítica contundente à municipalização do Hospital Nardini. Importante destacar que a Comissão Sindical de Base e o Sindsaúde/SP atuavam em favor da descentralização e municipalização dos serviços de saúde, de acordo com a Lei nº 8.080/1990. No entanto, eram críticos à municipalização deste equipamento hospitalar, porque se tratava de um serviço de referência regional. Como eram conhecedoras do orçamento municipal da saúde, avaliavam que a municipalização do referido serviço levaria à perda da qualidade do cuidado, à queda de recursos financeiros e, assim, diminuiria o acesso aos serviços prestados.

É importante ainda registrar no histórico exposto a partir das entrevistas, que a gestão municipal no período aqui tratado, ao assumir a gestão do Hospital Nardini,

foi muito reativa com relação à participação da comunidade no processo, atuando na época no sentido de desmobilizar a ação articulada das trabalhadoras entrevistadas, com instrumentos de coerção e forte perseguição política. Embora seja compreensível o posicionamento das entrevistadas, considerando as circunstâncias específicas do contexto em que estas atuavam, a extensão das responsabilidades do SUS à municipalização das ações, é considerada hoje uma ideia vencedora em âmbito nacional.

Discussão

O Sistema Único de Saúde é a representação política, social e técnica do direito à saúde no Brasil. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reuniu mais de 5 mil delegados eleitos nos estados e municípios, entre representantes da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores públicos e acadêmicos. Suas deliberações sustentadas nas bandeiras do movimento pela Reforma Sanitária sintetizaram uma plataforma de ações e um processo de participação social permanente pela consolidação e pelo fortalecimento do SUS, que prossegue até hoje.

As forças sociais que atuavam pela mudança do modelo de medicina preventiva para a medicina social (Souto, 2016) se inspiravam basicamente nas ideias de Giovanni Berlinguer, sanitarista, bioeticista e parlamentar italiano, impulsionador político da Reforma Sanitária naquele país, aprovada em 1978, para quem:

[...] uma reforma sanitária, para ser bem-sucedida, não pode se constituir apenas de processos burocráticos. Ao contrário, ela precisa necessariamente passar por processos de participação popular que envolvam um contingente significativo de pessoas, de várias expressões sociais. (Berlinguer, 1988; p. 03).

No contexto brasileiro, Jairnilson Paim sintetizou bem as várias facetas relacionadas com todo esse movimento:

A Reforma Sanitária Brasileira, enquanto *movimento*, combateu a ditadura militar e o autoritarismo das práticas de saúde, defendendo a democratização da saúde como parte da democratização da sociedade, do Estado e da cultura. No entanto, havia reformistas que buscavam a modernização e a integração do sistema de saúde e conservadores que apenas “visavam à racionalização dos gastos e à eficiência”. Outros propugnavam uma totalidade de mudanças (*reforma geral*), enquanto alguns mais radicais tinham como horizonte a *revolução no modo de vida*. Importantes formuladores desse projeto entendiam que a Reforma Sanitária Brasileira poderia

participar na construção de uma “democracia progressiva” e propugnar o socialismo. (Paim, 2017; p. 25)

Logo em seguida à 8ª Conferência Nacional de Saúde, a correlação de forças políticas envolvidas na construção da Assembleia Nacional Constituinte de 1988 demonstrou a real capacidade de incorporação das propostas que vinham sendo gestadas no setor da saúde do país há mais de uma década. Na ocasião, a proposta de criação do SUS foi aprovada, embora a reivindicação de que o sistema fosse exclusivamente estatal tivesse sido rejeitada. No entanto, essa reivindicação manteve visibilidade e força no sentido de ampliação da cidadania e em oposição a políticas de mercantilização da saúde e da vida. As ações desenvolvidas pelas trabalhadoras de saúde de Mauá imediatamente após a homologação da Carta Constitucional e da formalização da criação do SUS, em 1991, foram sementes fecundas para a consolidação de todo o rico processo nacional aqui analisado.

Nesse sentido, o presente trabalho pretende deixar registrado que o conjunto de fatos aqui relatados foi levado à prática concreta no microespaço municipal em consonância com os princípios fundantes do SUS, como a organização dos serviços, a universalidade do acesso à saúde, a descentralização administrativa, entre outros, que foram decisivos na consolidação do Sistema Único, naquilo que Paim (2017) denominou de “a política pública mais exitosa e inclusiva da história brasileira”.

No período imediatamente anterior à homologação da Constituição de 1988, em cidades periféricas como Mauá, o fenômeno migratório, produto do aumento do êxodo rural que ocorreu naquele período por dificuldades financeiras das pessoas em se manter no campo, compunha o perfil da qualidade de vida dos moradores, com os locais de moradia desprovidos de infraestrutura básica, como saneamento, mobilidade urbana, educação e saúde. Essa situação, igualmente constatada em outras regiões do país naquele período, gerou movimentos sociais por direitos básicos e por emprego, além influir nas lutas pelo fortalecimento da redemocratização do país (Sáder, 1988).

Na época, a necessidade de melhorar a qualidade de vida gerou expressiva quantidade de experiências político-sociais, com a criação de grupos populares que desenvolveram plenárias, fóruns locais, regionais e nacionais, frentes e outros coletivos profissionais e comunitários, como espaços não institucionalizados nos quais a população assumia o debate e as ações pela ampliação do acesso e pela politização do direito à saúde. No caso de Mauá, com base nas trabalhadoras de saúde do Hospital Nardini, esses movimentos se caracterizaram pelas Plenárias Populares de Saúde, já descritas.

No período imediato pós-ditadura, o movimento sindical se reorganizava e passava a apresentar-se com mais força nas lutas contra o governo militar, com a realização de grandes greves, sobretudo no ABC Paulista, com questionamentos ao modelo político e econômico então vigente no país. Nesse contexto, o Sindsaúde/São Paulo passou a investir em ações político-formativas para dar suporte e apoio às ações de base a ser desenvolvidas, possibilitando aos trabalhadores organizados nesse espaço, o acesso e a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e a organização sindical, além de possíveis ações a serem desenvolvidas na comunidade e com os gestores públicos (Telles e Teixeira, 2017).

Com a descentralização dos serviços implementada pelo SUS nos anos de 1990, grande parte dos servidores estaduais foram municipalizados. O Sindsaúde/SP criou uma Secretaria de Assuntos Municipais, que se destacava pela capacidade de compreensão das estratégias de implantação do SUS e, assim, dirigia processos de negociação para adequações da força de trabalho de servidores estaduais à força de trabalho em saúde nos municípios. Ademais, estabeleceu sistemas de negociações coletivas com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado (Cosems) e com prefeitos e secretários municipais da área. Esse fato, particularmente, ajudou significativamente a Comissão Sindical do Hospital Nardini nos seus movimentos quando se iniciou o processo da municipalização em Mauá. Também com apoio do Sindicato, normativas de implantação do SUS – como as Normas Operacionais Básicas (NOB) – foram estudadas em detalhes para melhor compreensão da estratégia de descentralização dos serviços de saúde, nos quais estavam inseridos todos os trabalhadores de saúde.

O Sindsaúde/SP investiu também no controle social e na ideia de democracia participativa mediante a compreensão de que a ampliação da qualidade da representação estava vinculada à ampliação das oportunidades de participação (Miguel, 2017). Assim, o investimento na capacidade de representação passou a dialogar com as limitações desses espaços institucionais, ou seja, as deliberações desses colegiados nem sempre alcançariam o necessário espectro de alterações nas situações de saúde, mas constituíam um espaço privilegiado de debates, disputas e unificação de forças político-sociais em favor da saúde pública (Lavalle, Voigt e Serafim, 2016).

Outra questão que mobilizava o mundo sindical da saúde eram os processos de organização do trabalho, que requeriam profissionais devidamente preparados para abordar as múltiplas dimensões das necessidades de saúde dos usuários/população, mediante a colaboração interprofissional. Essa iniciativa incluía todos os trabalhadores,

independentemente do nível de escolaridade, tornando-os partícipes essenciais ao bom funcionamento dos serviços de saúde, fato que agregava forças para diminuir os preconceitos preexistentes e flexibilizava a hierarquização das relações nos locais de trabalho (Peduzzi *et al.*, 2016).

O sindicato também incorporou a pauta mais específica da Reforma Psiquiátrica, integrando-se, por exemplo, aos movimentos de luta antimanicomial, politizando o debate sobre cuidados com a saúde mental. Foi esse movimento que, em Mauá, ajudou a alterar a organização da rede de serviços de saúde, com o fechamento do manicômio da cidade e a construção de redes substitutivas (Amarante e Nunes, 2018). Nesse sentido, ao se analisar os depoimentos das trabalhadoras de saúde participantes deste estudo, foi possível identificar, a partir das trajetórias pessoais relatadas, os impactos do seu engajamento nas organizações sociais da cidade. Observou-se, por exemplo, que a expectativa de melhoria de vida de cada uma das entrevistadas estava intrinsecamente ligada aos resultados do mundo do trabalho. Observou-se ainda que a capacidade de apreender conhecimentos sobre a cena pública e a cena da saúde, levou a engajamentos sociais e à percepção de vida em sociedade a partir de valores universais relacionados aos direitos humanos.

As histórias aqui relatadas, portanto, permitem deixar registradas as noções adquiridas sobre direitos individuais e coletivos, em que as lutas por justiça social acompanharam elementos teórico-práticos que alguns anos depois, em 2005, foram incluídas na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (DUBDH) (Unesco, 2005), que referenda e reforça esses processos de emancipação e ampliação da cidadania, em contraponto ao acirramento das desigualdades sociais constatadas especialmente nos países com marcada exclusão social. Com relação à DUBDH, merecem destaque no contexto do presente estudo especialmente seus artigos 10 e 14 que tratam, respectivamente, de “Igualdade, Justiça e Equidade” e “Responsabilidade Social e Saúde”, os quais registram que “usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano” e, ainda, que “a promoção da saúde e do desenvolvimento social para sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade” (Unesco, 2005).

Completamente de acordo com esses pressupostos, o depoimento dos atores sociais incluídos metodologicamente no presente relato de caso possibilitou identificar a realidade concreta na qual estavam inseridos, com a exposição dos processos de apropriação de informações sobre a situação da saúde pública em seu espaço territorial de vida e de

trabalho, as formas de tomada de decisões coletivas, seu engajamento social com outros atores sociais da cidade, defendendo de modo conjunto e orgânico o fortalecimento dos serviços públicos.

Com base no relato referente à organização das greves, pode-se identificar como a deliberação moral foi levada em consideração para a tomada das decisões. Conforme os depoimentos obtidos, a construção desses movimentos reivindicatórios indica que não poderia haver contraposição entre a luta corporativa e o respeito aos direitos dos usuários do SUS. Assim, tanto os atendimentos de urgência como o acolhimento à população eram organizados de forma harmônica, angariando o apoio e o reconhecimento da sociedade local. Antes do início das greves, realizava-se um árduo trabalho de divulgação de motivos das paralisações perante as plenárias de saúde que reuniam representativo número de usuários. Nesse contexto, os dias de greve passaram a constituir momentos de integração entre os trabalhadores da saúde e a comunidade.

As informações aqui reunidas indicam que, portanto, inicialmente, a Reforma Sanitária brasileira pautou e direcionou a trajetória desses atores sociais, os quais, por sua vez, conjuntamente a muitos outros grupos espalhados pelo país na década de 1990, passaram a atuar de modo seminal na construção e aprovação das constituições estaduais, das leis orgânicas municipais, da criação de conselhos de saúde, da realização de conferências, bem como no desenvolvimento de todo um conjunto de ações que contribuíram diretamente – como sementes fecundas – para a implantação e desenvolvimento definitivo do SUS.

Considerações Finais

A democracia participativa continua sendo solo fértil para a promoção de cidadania, inclusão e emancipação social. Em processos coletivos orgânicos de participação política desenvolvidos em sociedades democráticas, é possível visualizar resultados semelhantes ao alcançado pelo Movimento pela Reforma Sanitária. Este artigo, ao relatar a ação e mobilização de um grupo de trabalhadoras e trabalhadores de saúde pública do Hospital Nardini no município de Mauá, no período de 1986 a 1993, com destaque para a participação feminina, demonstra como a pauta da Reforma Sanitária influenciou a formação de atores políticos e sociais e a formulação de estratégias em defesa da saúde e pela implantação do SUS, na sua base, na esfera municipal.

O protagonismo dessas trabalhadoras na formação de frentes em defesa da saúde pública a partir de suas próprias aspirações pela qualidade dos serviços e do atendimento

humanizado à população da cidade, bem como sua participação nos movimentos pastoraes, impulsionou processos de decisão coletivos, aproximando esses atores sociais do mundo sindical e da comunidade, confirmando um dos princípios do SUS, que é a participação da comunidade.

As informações sobre a história desses atores sociais comprometidos com o SUS e atuando em uma unidade municipal de saúde servem como referência de um exercício que se dispõe a dar voz àqueles que participam dessas ações e como uma forma de mostrar seu envolvimento efetivo com a implantação e a defesa da Reforma Sanitária e do SUS. Ademais, evidenciam que processos participativos semelhantes podem ser centrais nas deliberações e tomadas de decisão no âmbito de reivindicações sociais.

É necessário registrar, ainda, que essa experiência foi favorecida porque todos os trabalhadores aqui referenciados eram servidores públicos ligados a um mesmo sindicato. Atualmente, as circunstâncias são muito diferentes, pois há vínculos empregatícios precarizados que prejudicam o alinhamento de pautas comuns para lutas unificadas. Também se identifica a multiplicidade de sindicatos e de associações por categorias, que pulverizam as organizações de base, as pautas, as lutas e, portanto, a possibilidade de conquistas.

Estudos sobre a situação dos trabalhadores de complexos hospitalares precisam passar a ganhar nova visibilidade. Tais espaços se encontram hoje em dia fragilizados em razão, principalmente, da alta demanda de atendimentos, dos baixos investimentos e da rotatividade da força de trabalho terceirizada. Tal quadro obstaculiza a democratização de conhecimentos, promove descontinuidade de processos de formação técnica e da própria formação e consolidação das equipes de saúde, reduzindo ou aniquilando os sistemas de organização político-social.

O local de trabalho foi e continua sendo um espaço privilegiado de afirmação e construção de opiniões para a concretização de ações de afirmação do SUS. Por essa razão o presente relato de caso buscou recuperar informações de protagonismo de trabalhadores de uma unidade hospitalar específica, de forma a demonstrar como as atividades laborais articuladas com o envolvimento social, como uma semente fecunda, podem produzir colheitas positivas na relação entre indivíduos e coletividade.

Referências

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2018, 23(6): 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/>.

2. Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. Reforma Sanitária Itália e Brasil. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.
3. Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos; 3a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
5. Brasil. Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990 (a). Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>.
6. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (b). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html
8. Brasil. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
9. CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 02, de 26 de abril de 1992. Recomenda ao ministro da saúde a constituição de uma comissão especial para elaborar propostas na implantação e operacionalização do SUS, sobre gerenciamento e financiamento, composta pelo MS, Conass e Conasems. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1991/Reso002.doc>.
10. Estevez ALM. A Igreja e os Trabalhadores Católicos: um estudo sobre a Juventude Operária Católica. MNEME – Revista de Humanidades; 2011, 11(29):jan/jul. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/1028/979>.
11. Feitosa S, Flor-do-Nascimento W. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. Rev. bioét. (Impr.); 2015, 23(2):277-284.
12. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics, 2003; 19(5-6):399-416.
13. Gorgueira MC. Ministério denuncia fraudes em manicômios. Folha de S.Paulo – Cotidiano; 16 jul. 1994. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/7/16/cotidiano/15.html>.
14. Guedes-Pinto AL. Rememorando trajetórias da professora-alfabetizadora: a leitura como prática constitutiva de sua identidade e formação profissionais. Campinas, SP: Mercado

- das Letras; 2002.
15. Halbwachs M. A memória coletiva. Tradução de Beatriz Sidou. 2a. ed. São Paulo: Centauro; 2013.
 16. Lavalle AG, Voigt J, Serafim L. O que fazem os Conselhos e quando o fazem? Padrões decisórios e o debate dos efeitos das instituições participativas. *Revista de Ciências Sociais*; 2016, 59(3): 609-650. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152582016000300609.
 17. Le Goff J. História e memória / Jacques Le Goff. Tradução Bernardo Leitão et al. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; 1990. (Coleção Repertórios).
 18. Mauá - Câmara Municipal. Lei Orgânica do Município de Mauá, de 30 de março de 1990. Disponível em: <http://www.maua.sp.gov.br/Arquivos/Secretarias/Governo/AtosOfic/LEI%20ORG%C3%82NICA%20-%20AT%C3%89%20EMENDA%20N%C2%BA%2050.pdf>.
 19. Mauá – Secretaria de Saúde. Composição dos serviços de saúde no município de Mauá. 1990 Disponível em: <http://www.maua.sp.gov.br/pSecretaria.aspx?SecretarialD=3>. Acesso em: 25 abr. 2020.
 20. Meihy JCS (org.). (Re)Introduzindo história oral no Brasil. São Paulo: EDUSP; 1996.
 21. Miguel LF. Resgatar a participação: Democracia Participativa e representação política no debate contemporâneo. *Lua Nova*, São Paulo; 2017, 100: 83-118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452017000100083&script=sci_abstract&lng=pt.
 22. Minayo MCS (org.). *Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade*, 18a. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
 23. Minayo MCS, Costa APC. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*; 2018, 40: 139-153. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>.
 24. Minayo MCS. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2017, 22(1): 16-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y43fV-cvWNcgytyVNB6gKqzG/>.
 25. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).
 26. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): Expressão ou Reprodução da Revolução Passiva? Brasília: IPEA - Planejamento e Políticas Públicas – PPP; 2017, 49, jul./dez.). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/946>.
 27. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agrelli HLF, Miranda-Neto, MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Arruda MM. *et al*. *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da*

- mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf.
28. Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. Saúde Pública*; 2001,17(1):89-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2001000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
29. Pimenta AL. A história do CONASEMS: da fase heroica da década de 80, ao desejo de mudança no modelo de atenção e gestão nos anos 2000. Brasília: CONASEMS; 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/historia_conasems.pdf.
30. PNUD – PROGRAMA DAS Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/4334. Acesso em: 4 nov. 2019.
31. Pollack M. Memória e Identidade Social. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro; 1992, 5(10):200-212.
32. Potter VR. Bioética: ponte para o futuro. São Paulo: Edições Loyola; 2016.
33. Sader E. Quando Novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.
34. Sales LMP, Maia CP. Pastoral da Juventude do Brasil: uma proposta de formação de indivíduos não individualistas. *Caminhos*, Goiânia; 2017, 15(1): 96-109. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CpXZicRRDMYJ:seer.pucgoias.edu.br/index.php/caminhos/article/download/5967/3259+&cd=1&hl=pt=-BR&ct=clnk&gl=br>.
35. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*; 2016, 40(108): 204-218. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000100204&script=sci_abstract&tlng=pt.
36. Telles MWP, Teixeira CF. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. *Saúde Debate*; 2017,41 (No. Especial 3): 34-44. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe3/34-44/pt>.
37. Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Tradução: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.fs.unb.br/images/Pdfs/Bioetica/DUBDH.pdf>.
38. Yoshida W B. Redação do relato de caso. *J Vasc Bras*; 2007, 6(2):112-113.
39. Zoboli E. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. *Revista*

Iberoamericana de Bioética; 2016, 02:01-19. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309164707_A_aplicacao_da_deliberacao_moral_na_pesquisa_empirica_em_bioetica.

Recebido: 25/08/2020. Aprovado: 17/10/2020.