3 Qualificar para o trabalho e contribuir para uma nova Saúde Pública

a reorganização do ensino nas escolas de Saúde Pública

Tânia Celeste Matos Nunes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NUNES, T. C. M. Qualificar para o trabalho e contribuir para uma nova Saúde Pública: a reorganização do ensino nas escolas de Saúde Pública. In: *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 71-141. ISBN: 978-85-7541-530-6. Available from: doi: [10.7476/9788575415306](https://doi.org/10.7476/9788575415306). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/7p3wt/epub/nunes-9788575415306.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

3 Qualificar para o Trabalho e Contribuir para uma Nova Saúde Pública

a reorganização do ensino nas escolas de Saúde Pública

A discussão em torno da organização do sistema de saúde na década de 70, especialmente a partir da segunda metade, e a forma como este debate vai envolver a temática dos recursos humanos, a qualificação de sanitaristas e gestores do sistema de saúde constituem questões-chave neste capítulo. Interessa entender não só como recursos humanos se tornou um tema estratégico no contexto das propostas de institucionalização de um sistema de saúde considerado inovador, como também, a partir deste cenário, de que modo as instituições formadoras, com suas demandas e história, se conectaram e contribuíram para os rumos da Reforma Sanitária.

Este nos pareceu ser o desafio que acompanhou a trajetória do ensino da saúde pública nos anos considerados por este estudo, que se pautou pela ampliação das fronteiras do ensino para além dos mapas escolares, procurando estabelecer relações entre alguns cursos da categoria *lato sensu* com fatos contemporâneos das políticas de saúde e educação.

Período de 1970 a 1975

As reformas do governo e a reorganização da lógica universitária

Na segunda metade dos anos 60, o país viveu um forte controle do Estado sobre setores organizados da sociedade que, por sua vez, se manifestavam contrários à condução política, social e econômica do governo. O Estado foi ator de um conjunto de reformas administrativas que instauravam uma 'nova ordem' para os espaços públicos. Entre os resultados mais evidentes, percebemos o redesenho das bases políticas e jurídicas que passariam a compor o cotidiano do trabalho nas instituições públicas.

Na reforma implantada, ao final da década de 60, revelaram-se importantes as regulamentações do financiamento do setor público com um todo e das universidades em particular: o Decreto-lei n. 200, de 25/2/1967 (reforma administrativa) e a Lei n. 5.540, de 28/11/1968 (reforma universitária). A partir de sua publicação, estes decretos passaram a produzir demandas, que mereceram ser analisadas para capacitar os servidores e para orientar a reorganização universitária.

A reforma administrativa, regulamentada pelo Decreto-lei n. 200/67, tornou-se um instrumento importante de reorganização das práticas governamentais. Em seu texto, o planejamento, a coordenação, a descentralização, a delegação de competências e o controle foram definidos como princípios fundamentais, transformando-se em diretrizes de governo e passando a orientar as práticas administrativas das instituições públicas federais. E, por força de convênios, essas orientações se expandiram para outras instituições vinculadas a diferentes poderes.¹¹ No âmbito da saúde, esses princípios foram fundamentais para o estabelecimento de uma base de pensamento, que mais tarde tornou-se referência para a criação de um sistema nacional de saúde.¹²

A Lei n. 5.540/68, da reforma universitária, fixa as normas de organização e funcionamento do ensino superior. Em seu artigo 18, estabelece que, “além dos cursos correspondentes a profissões reguladas em lei, as Universidades e os estabelecimentos isolados poderão organizar outros, para atender às exigências de sua programação específica e fazer face às peculiaridades do mercado regional”. Com essa determinação, estava aberta para as unidades universitárias a possibilidade de oferecer cursos preparatórios de mão-de-obra relacionada à sua especificidade e atendendo aos requerimentos do mercado de trabalho (Brasil, 1968).

No artigo 12, parágrafo 3º, a Lei estabelece que “o Departamento será a menor fração da estrutura universitária para todos os efeitos de organização administrativa, didático-científica e de distribuição de pessoal, e compreenderá disciplinas afins”. No parágrafo 1º, a Lei determina ainda que a universida-

¹¹ O Decreto-lei n. 200, capítulo III, estabelece que a “descentralização está posta em três planos principais: a) dentro dos quadros da administração federal, distinguindo-se claramente o nível de direção do de execução; b) da administração federal para as unidades federadas, quando estejam devidamente aparelhadas e mediante convênio; c) da administração federal para a órbita privada, mediante contratos ou concessões, o que amplia a capacidade de disseminação de suas normas através de parceiros, que passam a se relacionar dentro de um sistema articulado” (Brasil, 1967).

¹² A Lei 6.229, de 17/7/1975, organiza o Sistema Nacional de Saúde e dispõe no seu artigo 1º que: “O complexo de serviços, do setor público e do privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem a promoção e recuperação da saúde” (Oliveira & Fleury, 1986: 264).

de poderá “criar órgãos setoriais, com funções deliberativas e executivas, destinados a coordenar Unidades afins, para integração de suas atividades”, abrindo caminho para a criação dos institutos que viriam a se conformar no interior das universidades com essa característica (Brasil, 1968).

A reforma universitária e a reforma do ensino médico, implantadas no final da década de 60, produziram efeitos nas décadas seguintes, influenciando a organização das escolas que estavam inseridas em ambientes universitários, e trazendo a necessidade de efetuar rearranjos na dinâmica das escolas médicas, no que se refere à “extinção das cátedras, criação dos departamentos e institutos, incentivo às atividades de extensão, tentativas de pesquisa mais adequadas à realidade brasileira e alterações no padrão interno de relações entre professores e alunos” (Marsiglia, 1995: 15).

Esse dispositivo legal foi traduzido em medidas consideradas modernizantes, uma das quais separava os alunos no ciclo básico em institutos. As disciplinas profissionalizantes passaram a ser oferecidas em períodos posteriores, mais ao final do curso, nas faculdades respectivas. Toda essa orientação refletiu também na organização curricular traduzida em disciplinas consideradas básicas, para o primeiro ciclo, seguidas das disciplinas profissionalizantes.

Em 1969, o governo aprovou a reforma do ensino médico com a recomendação de que fosse formulado um novo currículo mínimo para a medicina. Esta recomendação foi considerada avançada em relação ao anterior, uma vez que sugeria “uma adequação dos currículos e da função do profissional médico a uma prática redefinida por fatores de ordem política e econômica” (Peses, 1978: 6), o que abriria espaços para outras reformas que viriam a se relacionar com a formação em saúde pública, como a medicina comunitária, a integração docente-assistencial, dentre outras.

Vale ressaltar que essas mudanças encontravam correspondência no movimento de renovação das escolas médicas iniciado na década de 50, quando foram criados alguns departamentos de Medicina Preventiva, com propostas de modificar o ensino da higiene, de articular elementos preventivos à clínica, e de introduzir as disciplinas de estatística, ciências sociais, epidemiologia, medicina do trabalho e saúde pública, dentre outras medidas.

Revitalização das escolas de Saúde Pública

Para as escolas de Saúde Pública, as reformas aportaram desafios diferentes. O Decreto-lei n. 200/67 estabeleceu as regras administrativas que viriam a sugerir alterações nas atividades dos serviços públicos, produzindo demandas para a capacitação de técnicos na área da saúde. Já a reforma universitária incidiu sobre a lógica de realização da atividade docente, abriu

caminho para a criação dos institutos e alterou a organização departamental até então adotada.

Ambas as leis estavam incluídas entre os esforços despendidos pelo governo brasileiro para alcançar a 'modernização do aparelho estatal' que, nesse período, buscava fortalecer a idéia de um desenvolvimento social pelo caminho burocrático, com crescimento econômico e controle político, formulando um discurso de atenção às demandas da sociedade pela qualidade dos serviços de saúde e pela modernização da universidade.

A 'nova ordem', sugerida pelas reformas à vida das instituições, valorizava o processo de planejamento como parte da estratégia de planificação do social, que já estava em curso desde a reunião de ministros das Américas em Punta del Este, em 1961, e seus desdobramentos já atingiam parte da máquina burocrática brasileira.

O início da década de 70 foi, portanto, um momento de implantação dessas reformas, quando se tornaram concretas as necessidades de preparação de recursos humanos, requerendo das escolas uma reorganização de caráter pedagógico, que viesse a traduzir aquelas diretrizes em uma nova forma de gestão do setor público (reforma administrativa). De outro modo, foi também nesse momento que se viabilizaram as ações de implantação dos institutos de ciências e o processo de recriação dos departamentos no interior das universidades, exigindo respostas dos grupos universitários até então conformados numa outra organização departamental (reforma universitária).

Vale mencionar também, como elementos significativos, as iniciativas de descentralização de cursos da Ensp iniciada em 1975, o Programa de Estudos Econômicos e Sociais (Peses) e o Programa de Estudos Populacionais e de Pesquisas Epidemiológicas (Peppe), em 1976, a formação de sanitaristas para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), a partir de 1977, e a implantação da residência em Medicina Preventiva e Social pela Ensp, iniciada em 1979. Os seus desdobramentos estão relacionados a inovações que passariam a compor os processos de formação em saúde pública dessas e de outras instituições, incorporando essas experiências em suas programações.

Mudanças nos cursos, nas escolas e o reconhecimento dos serviços quanto à necessidade de profissionalização da gestão da saúde

A Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo tem sua origem no Laboratório de Higiene, criado em 1918, no âmbito do convênio de cooperação internacional firmado entre o estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller. De início, tratou-se de uma cadeira oferecida à Faculdade de Medicina. Somente em 1925, quando passou a denominar-se Instituto de Higiene de São Paulo,

o laboratório ganhou autonomia em relação à Faculdade. Nesta década, o instituto, em conexão com os primeiros centros de saúde do país, iniciou a formação de pessoal de saúde pública, oferecendo também cursos para médicos e para profissionais situados fora do campo da saúde, como o curso de educadores sanitários para professores e professoras primárias. Em meados dos anos 40, o instituto passou a constituir uma unidade de ensino autônoma na Universidade de São Paulo, sob a denominação de Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Somente no final dos anos 60, a Faculdade passaria a ter a denominação atual, Faculdade de Saúde Pública (Faria, 2002; Castro-Santos & Faria, 2003).

Já no Rio de Janeiro, a formação de saúde pública esteve muito ligada à Sociedade Brasileira de Higiene, fundada em 1923, e à figura de Carlos Chagas, seu primeiro presidente. Foi também Chagas o personagem central para a criação da Escola Anna Nery, considerada a primeira escola de Enfermagem de Saúde Pública do país. Somente em 1926, contudo, seria criado o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública na cidade. Esta experiência, entretanto, teve como antecedente e matriz o curso de Medicina Pública, então concebido por Afrânio Peixoto, e vinculado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1925, o curso de Medicina Pública passaria a ser chamado Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, cabendo ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC) sua responsabilidade administrativa, técnica e didática. Carlos Chagas, então diretor do IOC, ficou responsável pela direção do curso que fora formalmente inaugurado no ano seguinte. Somente em 1940, o curso romperia totalmente os vínculos com a Faculdade de Medicina e seria definitivamente anexado à estrutura do IOC.

Estas experiências, ainda que frágeis institucionalmente, serviram de base de organização para uma proposta de criação de uma escola de formação de saúde pública em âmbito nacional, alimentada ao longo dos anos por lideranças do movimento sanitário. Suas propostas encontrariam amparo institucional e político no contexto da reorganização da saúde, durante o início dos anos 50. Nas palavras de Fonseca (2004: 41):

as instituições que antecederam a Ensp e, portanto, já atuaram neste campo de formação profissional nas décadas anteriores, desempenharam papel relevante nos primeiros anos de constituição da Escola. Em torno deste projeto destinado a fortalecer a institucionalização do ensino especializado em saúde pública, envolveram-se experientes sanitaristas, comprometidos com a trajetória da saúde no Brasil.

No contexto da reformulação das bases institucionais da legislação de saúde no país, aprovada em setembro de 1954 (Lei n. 2.313/54), logo após o suicídio do presidente Getúlio Vargas, foi criada a Escola Nacional de Saúde Pública. A criação da Ensp, vinculada ao Ministério da Saúde em 1958, reuni-

ria, em um curso, profissionais oriundos dos mais variados serviços, das faculdades de Medicina: Nacional e de Ciências Médicas; da Escola Nacional de Engenharia, da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, do Departamento Nacional de Endemias Rurais, entre outras (Fonseca, 2004; Castro Santos & Faria, 2006), tornando-se, assim, logo um curso moderno e afinado às necessidades de preparação de pessoal de saúde para os quadros funcionais federais, sobretudo para o recém-criado Ministério da Saúde, fruto da divisão do Ministério da Saúde e Educação (MES), realizada em 1953 (Fonseca, 2004).

Durante as décadas de 60 e 70, tanto a Ensp como a FSP/USP estariam submetidas a uma nova lógica de formação de sanitaristas, então definida pela característica que assumia legal e normativamente o setor público, calcada na figura do 'administrador de saúde', que deveria se inserir nos diversos níveis de assistência e implantar uma racionalidade estabelecida pelo controle, pela disciplina e pela eficiência, formulações que integravam o Decreto-lei n. 200/67.¹³ Desde o final da década de 60, a Ensp vinha procurando aproximar o perfil desse profissional do serviço de saúde, como comentou Eduardo Costa, referindo-se às conquistas dos alunos do curso de Saúde Pública de 1968:

Nós estávamos querendo formar o sanitarista generalista. A gente queria o livro de [Mac] Marhon, mas a concepção do curso tinha como expectativa formar um diplomata da saúde; um cara que participaria bem de reuniões internacionais, mas que não teria capacidade de intervenção. Queríamos que o sanitarista fosse um dirigente. Para isso, os instrumentos deveriam ser políticos, mas técnicos, para intervir, diante dos problemas da população, através de conteúdos da epidemiologia. (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Nesse mesmo período, na FSP/USP, além do perfil estabelecido pelas diretorias governamentais da época, estava colocada a necessidade de mudança dos professores das ciências básicas para o Instituto de Ciências da Saúde, para que fossem atendidos os objetivos da reforma universitária, aprovada nos anos 60 e implantada na década de 70. Esta manobra deslocaria parte do conhecimento acumulado das pesquisas e das atividades de ensino da Escola para uma outra esfera da universidade, esvaziando a saúde pública dessas contribuições, o que teria repercutido nas formulações de programas. Desta forma, como considera Seixas:

¹³ As atividades da administração federal e, especialmente, a execução dos planos e programas de governo serão objeto de permanente coordenação, mediante a atuação das chefias subordinadas e a instituição e funcionamento de comissões de coordenação em cada nível administrativo. Ver Decreto-lei 200, art. 1º, cap. II.

A reforma universitária, especialmente em São Paulo, cria os institutos e centraliza na cidade universitária. Tira isso [microbiologia, bacteriologia, parasitologia, virologia etc.] da Escola e passa para outro lugar. A Escola não vai atrás do instituto e fica com seus professores aqui. (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A atitude de permanecer no espaço da FSP/USP, mais do que uma desobediência ao que se instituía como novo na estrutura universitária, colaborava para a manutenção de um modelo que tinha, como protagonistas, as disciplinas das ciências básicas no interior da formação em saúde pública. O fenômeno pode ser observado na expressão das disciplinas obrigatórias específicas do curso de Saúde Pública de 1970 dessa Faculdade, onde estavam presentes disciplinas como microbiologia, bacteriologia, e parasitologia, ao lado de outras, como venereologia, leprologia e tisiologia, configurando uma tendência particular da formação e do perfil do sanitarista daquela escola, com forte influência do campo biológico.

De 1970 a 1975, essas disciplinas foram se associando aos outros conteúdos, como saneamento do meio (bacteriologia), laboratório de saúde pública, higiene, doenças infecciosas e parasitárias, endemias parasitárias, conformando associações que qualificaram o ensino, mas estabeleceram diferenças em relação ao modelo adotado pela Ensp, na formação desse profissional.

A Ensp, entre 1970 e 1975, aprofundou, através do curso de Saúde Pública, o modelo de formação do sanitarista como 'administrador do serviço de saúde', ampliando a ênfase no componente de administração. No curso de Saúde Pública de 1970, por exemplo, a disciplina de administração compunha a área 3, com o planejamento e as ciências sociais, em um total de 285 horas.

Já no curso de Saúde Pública de 1975, integraram o segundo período as disciplinas de administração I, II e III e ciências sociais II, com 400 horas, o que representava 50% da carga horária total do curso, nessa unidade (Seca/Ensp, 1998).

A carga horária e a composição das disciplinas de administração e ciências sociais expressam a diferença entre o que era pretendido pelos alunos e professores da Ensp, em 1968, e a proposta de formação, pretendida pelo governo, cuja meta era viabilizar a racionalização da organização dos serviços de saúde. O novo programa, no entanto, preservava o conjunto das disciplinas que representavam o pensamento sanitário da programação: a ampliação da carga horária de administração ganhava justificativa na equipe docente pela possibilidade de aproximação do sanitarista com a comunidade, como revela o depoimento de Eduardo Costa:

Organizamos o curso de 71 tentando recuperar as primeiras visões; deixando de ser generalista e incorporando a visão de administração, ainda que, com menos conteúdo de sociologia, economia e ciências sociais. A concepção básica era formar administradores. E a gente se aproximava mais do serviço do que antes.

(Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Essa tendência de ampliação do pensamento administrativo nos cursos de Saúde Pública estava também acompanhada da oferta de cursos de Planejamento do Setor Saúde, oferecidos, em 1970, pelas duas escolas, e tornando-se programação regular na FSP/USP, onde se formou um núcleo docente que passou a se relacionar intensamente com a Secretaria de Saúde do Estado e com o Ministério da Saúde. Fruto dessa aproximação no plano federal realizou-se, ainda em 1973, um curso de Administração Hospitalar em Brasília, patrocinado pela Faculdade.

No âmbito estadual, essa articulação resultou na abertura de espaços internos para a construção de propostas de cursos denominados 'cursos curtos', que deveriam se diferenciar dos tradicionais, e que, segundo as pretensões da época, provocariam uma alteração da lógica de planejamento adotada até então, quando os tradicionais se realizavam a partir da referência universitária, com a condução departamental, conforme depoimento de um docente: "A primeira referência é o que existe formalmente na universidade. A partir disso a Faculdade discute internamente. Muitos cursos surgem por encomenda e procuramos adaptar às exigências da universidade com o tipo de demanda" (Rui Laurenti. Entrevista concedida em 7/4/1998).

A aproximação da Secretaria de Saúde com a Faculdade intensificou-se no período, e formalizou-se pelo convite do secretário Valter Leser a José Carlos Seixas, então um dos seus docentes, para compor o quadro diretivo na administração estadual. Seixas, ao retornar à Faculdade, procurou entender melhor a contribuição da Escola para as necessidades diagnosticadas por ele no exercício de sua função executiva, resultando em uma mobilização para propor alternativas concretas, sem sucesso naquele momento, assim descrita por ele:

Entrei para cá e era novinho e fui trabalhar no Projeto de Reforma da Secretaria com um homem muito lúcido chamado Leser, e que colocava a questão de recursos humanos como fundamental. Verificou que tinha uma repetição ad nauseam e que deu num quadro de pessoal dedicado ao desenvolvimento de serviços que eram os sanitaristas.... Saí de lá e voltei e fiz tese, para discutir se o curso tradicional da Faculdade de Saúde Pública daria o recado. Fui o primeiro que elaborou para o Dr. [Rodolfo dos Santos] Mascarenhas o curso curto para essa Faculdade. Ele encaminhou o projeto e quase apanhou. (José Carlos Seixas.

Entrevista concedida em 7/4/1998)

Dentre outros aspectos, em sua tese de doutorado, Seixas (1972: 110) apontou para a necessidade de ampliação do corpo docente, pela busca ativa

de recursos financeiros externos, ressaltando a preservação de sua missão, e recomendou a formalização de

um processo de planejamento na Escola, que pudesse oferecer aos seus centros de decisão, permanentemente e com graus de objetividade e segurança cada vez maiores, alternativas de programações gerais concernentes aos recursos disponíveis e à realidade social em que a Faculdade se situava.

Seixas recomendou ainda que se promovesse “uma pesquisa, ainda que exploratória, da demanda presumível de pessoal para seus cursos” (idem).

As recomendações da tese indicavam caminhos a serem percorridos pela Faculdade, o que levaria à construção de uma postura mais crítica em relação à sua forma tradicional de programação de cursos, passando a investigar outros sinais de demanda que viriam da realidade social, onde a Escola se situava. Entre as demandas, constavam os cursos de Planejamento, que já se constituíam em uma proposta de especialização mais verticalizada no campo do planejamento/administração da saúde.

Tomando como referência a organização curricular dos cursos de Planejamento de 1970, em ambas as escolas, observam-se diferenças que merecem ser analisadas. Na Ensp, o programa dá ênfase à noção de planejamento de saúde associada à visão de planejamento como processo integrado ao desenvolvimento. O curso da FSP/USP se volta para o domínio das técnicas de programação, a partir do conhecimento de elementos de administração, ciências sociais, contabilidade, economia e estatística. A noção de planejamento evidenciada nessas disciplinas é de planejamento local.

A Ensp, que vinha oferecendo o curso de Planejamento do Setor Saúde até 1971, interrompeu-o, então, entre 1972 e 1975, retomando em 1976, como uma etapa do curso de especialização em Saúde Pública complementar ao básico.¹⁴

Em que pese o caráter ilustrativo da análise aqui efetuada, para exemplificar a relação de alguns processos de ensino com as reformas de governo, a revisão documental e as entrevistas revelaram que alguns outros processos internos e externos influenciaram o cotidiano das escolas e dos cursos, produzindo um acúmulo de experiências que favoreceu, em última análise, o surgimento de inovações institucionais mais adiante.

Os gestores dos serviços, o sistema de saúde e a formação de recursos humanos

A insatisfação de alguns gestores dos serviços não se limitava às questões de recursos humanos. A necessidade de renovação do pensamento admi-

¹⁴ A partir de 1976 foi implantada na Ensp uma inovação que previa a realização de um curso básico de Saúde Pública com terminalidade e uma continuidade nas áreas de Administração e Planejamento ou Epidemiologia (Seca/Ensp, 1998).

nistrativo, no início da década, já se expressava no nível estadual, a exemplo das secretarias de Saúde de São Paulo e de Minas Gerais, que tomaremos como referências importantes para a discussão. Ambas vivenciaram ciclos de renovação nesse período, com estratégias diferenciadas, como reação à insatisfação com o modelo de gestão instaurado no plano estadual.

No exercício da sua função, o secretário de Saúde de São Paulo, Valter Leser, passou a se relacionar com práticas administrativas que lhe chamaram a atenção quanto à legitimidade dos profissionais que eram responsáveis por atividades estratégicas para o estado, nas funções por ele consideradas típicas da saúde pública. Em seu ponto de vista:

Nessa primeira gestão, cheguei e encontrei uma pilha de nomeações para assinar. Todos médicos e nenhum sanitarista. O normal era entrar para o lugar da nomeação e depois sair para São Paulo. Baixei um ato que qualquer vaga só seria preenchida por sanitarista formado. Isso impedia a entrada de pára-quedistas e desagradou muita gente. Tinham muitos parentes 'bons e competentes' que gostavam de saúde pública e acabavam virando sanitaristas.
(Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A inquietação do secretário também era grande com a dinâmica da administração. Ele queria pensar soluções para a Secretaria, mas se via envolvido com o atendimento cotidiano de muitas chefias. Segundo ele:

Cada especialização era um feudo; criança era um bicho, Serviço de Tisiologia, Oftalmologia.... havia vinte pessoas para despachar direto com o secretário. Percebi que se alguém quisesse fazer sozinho aquela reforma, estava liquidado.
(Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Como perseguia o objetivo de modernizar a Secretaria de Saúde, Valter Leser associou-se a um projeto de reforma do Estado, sob o comando da Secretaria da Fazenda, conseguindo a adesão de técnicos especializados em modernização e dedicados à reforma. O resultado foi que:

O secretário da Fazenda mandou a Evelin [Naked de Castro] para a Secretaria de Saúde, que se meteu na obra com convicção. Conhecia administração; quando acabou o governo, ela foi para a Faculdade de Saúde Pública e fez carreira docente. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Nesse mesmo período, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais procurava também um caminho de mudança e superação do modelo de administração vigente, elegendo frentes de trabalho que se debruçaram sobre a reorganização dos serviços de saúde do estado e algumas experiências de medicina comuni-

tária, entre as quais a de Montes Claros (MG), que se tornou referência pela sua capacidade de formular inovações, pelo projeto político que lhe referenciava e pela capacidade de articulação que o grupo condutor do projeto conseguiu imprimir (Santos, 1995).¹⁵

Como parte da estratégia adotada pelo nível central estadual, em 1972, a Secretaria de Minas Gerais realizou um diagnóstico detalhado e aprovou um modelo de atenção partindo da concepção da Teoria de Sistemas, com sete princípios assim definidos: coordenação interinstitucional, máxima cobertura, financiamento multilateral, hierarquização de serviços, relacionamento com o sistema informal, participação da comunidade e utilização da equipe de saúde com delegação de funções. Previa, ainda, uma estrutura hierarquizada em quatro níveis de ação: domiciliar, local, de área programática e de região, que forneceu subsídios para um estudo de descentralização que contou com a colaboração do Centro Regional de Montes Claros (Santos, 1995).

Vale destacar que as atividades realizadas pelo nível central da Secretaria de Saúde de Minas Gerais estavam articuladas à Reforma Neves, implantada em 1969 naquele estado, e “conciliava o tradicional dos chefes de departamento com a absorção da proposta de planejamento, através da Assessoria de Planejamento e Controle, fruto da ideologia de planejamento, já presente na administração pública do Estado” (Santos, 1995: 30).

Através do seu processo de implantação,

foi possível introduzir algumas propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde que deveriam ser desenvolvidas através da Assessoria, como o planejamento e a implantação de sistemas regionalizados e hierarquizados de serviços de saúde, ainda chamados de distritos sanitários, com inspiração no modelo da Fundação Sesp. (Santos, 1995: 30)

O tratamento dado a essas experiências estaduais está longe de expressar o conjunto de experiências e insatisfações daquele momento, quanto à organização dos serviços públicos de saúde. Porém, estas experiências e descontentamentos são também exemplos marcantes que se constituíram em embriões de outras propostas. As propostas que surgiram, por sua vez, revelaram um potencial de mudança nas instituições e em algumas equipes técnicas, ao plantarem as bases para que esses e outros órgãos vivenciassem, com elementos novos, a conjuntura seguinte.

Também nesse período, no âmbito federal, começam a ser organizados alguns planos, com vistas a intervir na disponibilidade de recursos humanos

¹⁵ Com referência aos grupos engajados nesse projeto, Santos (1995: 36) ressalta: “como tais grupos dispunham de poucos espaços institucionais para seus experimentos, encontraram na prática da implantação do Projeto Montes Claros o espaço próprio e adequado para desenvolvê-las”.

para a saúde. Surgiu, fruto desse esforço, o Ppreps, em 1975, através de um acordo entre os ministérios da Saúde e da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Sua proposta central foi promover a adequação progressiva da formação de recursos humanos às necessidades do sistema de saúde, permitindo ainda uma cobertura máxima e integral, regionalizada e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades das populações e as possibilidades das diferentes realidades regionais que o país apresentava (Teixeira, 1982).

A formulação apresentada pelo Ppreps já apontava para a sua possibilidade de interferência no modelo de assistência, ação que se tornou concreta através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), também formulado pelo governo. O Ppreps também revelava o andamento e consolidação de um processo, relativamente bem-sucedido, de promoção de uma maior integração entre os órgãos federais e estaduais no tocante à formação de recursos humanos para a saúde. Sinal de que o tema recursos humanos tinha conquistado não apenas lideranças estaduais, mas também tinha sido alçado à agenda política do governo federal.

Os planos de carreiras e as reformas nos serviços

O campo de trabalho do sanitarista estava definido pelo modelo de assistência à saúde vigente, sendo circunscrito a órgãos federais, como a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), o Departamento Nacional de Saúde, o Instituto Nacional da Previdência Social, universidades, Serviço Nacional de Tuberculose, Ministério do Exército, Instituto de Previdência do Servidor (Ipase); secretarias estaduais de Saúde e prefeitura de São Paulo, servidores vinculados a serviços típicos da saúde pública, cujas políticas eram coordenadas pelo Ministério da Saúde. Os cursos de Saúde Pública eram então procurados por funcionários desses órgãos, localizados em diversos pontos do território nacional, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Origem dos alunos dos cursos de Saúde Pública da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP –1970

Escola	Origem dos alunos
Ensp/Fiocruz	Fsesp; Ipase; Serviço de Tuberculose; INPS; Ministério do Exército; Departamento Nacional de Saúde; Secretarias Estaduais de Saúde
FSP/USP	Secretarias Estaduais de Saúde; Órgãos Federais; Universidades; Opas; Prefeitura de São Paulo

Fonte: Secretarias acadêmicas da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP (1998).

Na Ensp, a procura pelo curso de Saúde Pública passou de 48 inscritos, em 1970, para 144 em 1975 em cursos multiprofissionais. Já na FSP/USP este número passou de 230, em 1970 (médicos, engenheiros, enfermeiros, odontólogos, veterinários, administração hospitalar, educadores, nutricionistas, arquitetos, farmacêuticos bioquímicos e outros profissionais), para 278 inscritos em 1975 (médicos, engenheiros, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos bioquímicos, nutricionistas e outros profissionais), como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de alunos, inscritos para seleção e concluintes, dos cursos de Saúde Pública da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP – 1970 e 1975

Escolas	Nº de alunos inscritos para seleção			Nº de alunos concluintes		
	1970	1975	%	1970	1975	%
Ensp/Fiocruz	48	144	200,0	23	65	182,6
FSP/USP	230	278	20,9	117	142	21,4
TOTAL	278	422	51,8	140	207	47,9

Fonte: Secretarias acadêmicas da Ensp/Fiocruz e da FSP/USP (1998).

O aumento significativo da procura ao curso de Saúde Pública da Ensp pode ser atribuído basicamente a dois fatores: o primeiro é o fato de os cursos serem multiprofissionais. O segundo fator é a articulação da Escola com outros órgãos de governo, onde se firmavam as carreiras que reconheciam o título de sanitarista, com atribuição de valor para a remuneração, como evidencia depoimento de Arlindo Fábio G. de Sousa: “vários setores faziam demandas específicas à Escola. Existia no FSesp um plus em salário, que os funcionários recebiam por especialização” (Entrevista concedida em 5/4/1998).

Tendo em vista a constituição da carreira de sanitarista, considerada nos quadros do aparelho de estado de saúde a partir de mecanismos de mérito e títulos, é importante salientar que o curso de Saúde Pública promovido pela Ensp logo se converteria em uma estratégia de ascensão na hierarquia profissional para muitos profissionais. Nas palavras de Eduardo Costa:

Tirando os militares, que eu não sei explicar, com os outros órgãos tinha muito o espírito de atender às necessidades de promoções das pessoas em suas carreiras respectivas. Como na área militar, as promoções eram baseadas nos títulos e os cursos eram instrumentos para isso. Estava se desenhando a carreira de sanitaristas. (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Também em São Paulo, a tomada de consciência, pela Secretaria de Saúde do Estado, da necessidade de um profissional sanitарista influenciou a organização do mercado de trabalho. Mais do que realizar um diagnóstico, a Secretaria resolveu interferir no ciclo de formação x utilização. Ainda que se defrontasse com o número limitado das vagas no curso tradicional da Faculdade, em relação às suas necessidades, a Secretaria tomou a iniciativa de criar a carreira de médico-sanitarista, como ilustrou Valter Leser, então secretário de Saúde:

As vagas da Faculdade eram em número muito pequeno e absorviam candidatos de outros estados e outros países. Baixei um ato que qualquer vaga só seria preenchida por sanitарista. O fato é que terminou essa gestão e eu tinha um número pequeno de sanitарistas para prover aqueles cargos. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Vale a pena ressaltar que o secretário defendia a idéia de uma equipe multiprofissional, que deveria atuar em serviços, reivindicando que esses serviços também fizessem parte dessa formação, em uma lógica em que se concebia que o serviço teria, junto com a assistência, um papel formador. Tendo em vista este cenário:

Ele criou cargos, antes mesmo da disponibilização, no mercado, desses profissionais. E dentro de uma tese de que a matéria-prima existia: eram os médicos formados em grande número, para possibilitar que houvesse algumas vocações capazes para atuar nesse campo. A dificuldade de dispor desses profissionais era o mercado. Se houvesse emprego, surgiriam as pessoas, e as escolas que fazem isso. (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Segundo Leser, o projeto de um curso de Saúde Pública menos extenso e que suprisse as necessidades do mercado foi, em curto prazo, apresentado à FSP/USP pelo Dr. Mascarenhas nesse período. Não foi aprovado, expressando, segundo o secretário Leser, uma “visão romântica”, presente na cultura universitária da época, que impedia os professores de enxergarem que o mercado mudaria a universidade. Essa mesma visão que, no passado, também tinha contaminado Seixas, como proponente de um projeto inovador na década de 70, que assim relatou a sua experiência anterior:

Em 61 fui a um seminário sobre reforma universitária. Uma professora de sociologia que participou disse que o seminário era utópico. A Maria Alice Foratti dizia que era o mercado que mudaria a universidade. Ela nos agrediu no nosso entusiasmo estudantil, mas ela tinha razão. (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

Dessa forma, a carreira foi criada pela Secretaria, mas não pôde ser avaliada naquela oportunidade, porque não havia número suficiente de sanitарistas

no curso tradicional da FSP/USP para as demandas da época. De maneira que “essa primeira tentativa não deu certo. A primeira administração do Dr. Leser foi encerrada em 1971 e os cargos não foram suficientemente preenchidos” (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998).

Os elementos aqui apresentados sobre a relação dos cursos de Saúde Pública e de Planejamento do Setor Saúde com o mercado de trabalho são indicativos de que, naquele momento, a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo colocava em evidência um mercado de trabalho emergente para o sanitarista. Revelavam, assim, a necessidade de um profissional qualificado e com identidade própria no interior do sistema de saúde. Com a criação oficial da carreira, abria-se a possibilidade de atração de quadros novos, e de que outros estados adotassem a mesma posição, o que ampliaria significativamente a necessidade de formar recursos humanos, deixando claro que as estratégias até então adotadas não seriam suficientes.

As relações institucionais, as práticas docentes e a organização curricular

A realização das entrevistas, a análise dos dados sobre os cursos e a revisão de documentos de ambas as escolas permitiram ainda explorar outras especificidades da área de ensino que valem a pena ser destacadas, tendo em vista o fato de poderem ter influenciado as práticas docentes e a conformação de diferentes modelos no âmbito da formação em saúde coletiva. Estas especificidades se evidenciaram pelo lugar institucional ocupado pelas escolas, na priorização das linhas de formação, na organização dos currículos, na definição de clientela e nas práticas pedagógicas desses mesmos cursos, que no interior das escolas se relacionavam com as conjunturas local e nacional.

A posição institucional das escolas no Ministério da Saúde ou na USP parece ter influenciado o desenho das programações e as condições de participação dos docentes em atividades voltadas para a formação dos profissionais dos serviços de saúde. Na USP, segundo Seixas, por exemplo, o professor

entrava, tinha tempo para fazer mestrado, doutorado e livre docência. Entre a entrada e a chegada no topo da carreira eram cinco concursos, depois reduzidos para quatro (...). A primeira referência para a organização de cursos e disciplinas é o que existe formalmente na universidade (...). A mudança em relação à formação para os serviços começou na segunda metade da década de 80 e se cristaliza em 1990, com o avanço do SUS. Antes, a Faculdade buscava se valorizar diante da universidade. (José Carlos Seixas. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A dificuldade de engajar os professores nas propostas de formação para os serviços expressa pelo entrevistado parece estar evidenciada na diversidade de disciplinas que compunham os cursos de Saúde Pública, diferenciando-se

como obrigatórias gerais e específicas. As primeiras cumpriam um papel de profissionalização do sanitarista, ao passo que as obrigatórias específicas apresentavam-se mais próximas das linhas de trabalho dos departamentos, ainda que, no conjunto, tenham agregado densidade e especificidade à formação do profissional dessa Escola.

A implantação da reforma universitária na USP colocava um dilema para os docentes da FSP/USP, que queriam manter uma relação mais próxima com as demandas sociais dessa área, intensificar a formação de recursos humanos para os serviços ou fortalecer o processo de legitimação da Escola no interior da universidade. A segunda alternativa requeria do professor uma postura de natureza acadêmica, com uma ampliação permanente de titulação, com vistas aos concursos para docentes e a suas promoções e à valorização de outros processos de reconhecimento acadêmico, cujos fatores não estavam ponderados pelos cursos de especialização.

Nesse mesmo período, a Ensp tinha uma regra de convivência estabelecida com o Ministério da Saúde, em que estava definido o seu papel de formadora de recursos humanos para outros órgãos de governo, fato que se refletia na definição de cursos e vagas, que eram influenciados também pelas conjunturas ou por definições de governo. Nas palavras de Eduardo Costa:

Tinha cursos para atender às necessidades de promoções de servidores. Tinha também cursos para enfrentar doenças como a tuberculose, como também saúde mental. Eram cursos que as demandas vinham diretamente dos serviços. Eram organizados para responder com um módulo comum geral, de ciências sociais, e depois os 'caras' dos serviços complementavam. (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Os depoimentos revelaram uma relação importante entre o processo de programação de cursos e o cotidiano das escolas. Isto se expressava, por exemplo, em critérios de demandas estabelecidas por profissionais e instituições ligadas à prestação de serviços de saúde (clientelas), que atingiam tanto a Ensp quanto a FSP/USP. Se esta se encontrava mais submetida aos interesses do Ministério da Saúde; aquela, por sua vez, se via mais condicionada às demandas e ao papel que deveria ou pretendia cumprir frente à universidade. Isto é, a partir de aspirações externas, demandas locais eram geradas.

Vale ressaltar que a natureza do trabalho escolar, notadamente da pós-graduação, requer que se valorizem a formação de grupos e a definição de linhas de pesquisa, que, independente da exigência institucional, possam representar um caminho de aprofundamento dos temas que envolvem a problemática dos serviços, ou não. Essa dimensão diferencia as escolas dos centros de desenvolvimento de recursos humanos, bem como favorece a ampliação de

sua capacidade de intervenção e de formulação de políticas de saúde, sendo, portanto, um fator a ser ponderado em qualquer programação de disponibilidade docente.

Na Ensp, o movimento de formação dos servidores de outras instituições públicas passou a requerer uma resposta formal da Escola, o que também lhe garantiu uma clientela com experiência acumulada pela sua inserção nos serviços. Essa demanda também se configurou nos cursos tradicionais da FSP/USP, mas se estabeleceu como lateral. A relação entre os cursos e os alunos agregou, particularmente à Ensp, uma possibilidade de interferência no processo de transformação desses serviços, retornando, como reconhecimento do seu papel, com encaminhamento de novas solicitações e, ainda, mobilizando a estruturação acadêmica e política da Escola em torno das demandas e dos saberes que foram se instituindo a partir dessa lógica.

Um outro fator que mereceu destaque foi a organização curricular e a clientela dos cursos das duas escolas, refletindo, mais uma vez, duas tendências diferentes que iam se configurando no campo da saúde pública: a formação do sanitarista relacionada à sua profissão de origem e um outro modelo em que esse profissional se vinculava a uma nova prática profissional, com identidade própria.

A expressão dessas duas tendências apareceu relacionada aos cursos de Saúde Pública desde 1970. Na FSP/USP, estes cursos foram oferecidos com um bloco inicial de disciplinas classificadas como obrigatórias gerais, e um segundo grupo, de obrigatórias específicas, segmentadas por profissões com blocos de conteúdos específicos por categoria profissional, além das optativas.

Na Ensp, nesse período, os cursos foram multiprofissionais, reunindo alunos de todas as categorias profissionais num mesmo espaço de aprendizagem, durante todo o curso.

Foi possível observar que as duas formas de organização apresentaram também uma outra dimensão, que estava ligada à formação do sanitarista e à sua profissão de origem.

A primeira tendência, ligada à FSP/USP, estava representada pelo sanitarista, cuja formação reforçava a sua profissão de origem, aproximando-a da saúde pública através das disciplinas definidas para sua área profissional. A relação de cursos da Faculdade no período 1976-1981 – além do curso de especialização em Saúde Pública de nível local – apresentou cursos de especialização para medicina, engenharia, odontologia, farmácia, bioquímica, nutrição e arquitetura, seguindo a tendência de um curso para formação geral em saúde pública e outros cursos para os profissionais das categorias citadas.

A rigor, esse modelo foi instituído em 1970 na Faculdade, ainda sem o curso de especialização em Saúde Pública. Posteriormente sua programação se

organizou em mestrado e doutorado em Saúde Pública, retomado em 1976 até 1981, com a característica descrita, isto é, curso geral e cursos específicos por categorias profissionais.

Uma segunda tendência, representada pelo modelo da Ensp, apontava para caminho inverso, tendo em vista o fato de permitir a aglutinação de profissionais de diferentes áreas numa mesma experiência de aprendizagem, nos seus cursos de Saúde Pública multiprofissionais.

Na primeira tendência, o produto do trabalho do sanitarista se inseria como um complemento à relação do campo profissional respectivo, aperfeiçoando técnicas e práticas inerentes à sua formação original, sem a criação de uma identidade própria. Nesse caso, estabelecia-se um diálogo entre as duas formações, com a possibilidade do desenvolvimento de uma postura renovada daquele profissional no seu campo de origem, à luz das demandas da saúde pública e da sua nova habilitação profissional.

A segunda tendência pressupunha um processo de formação em que os profissionais de múltiplas origens se integrassem em todas as etapas, reconhecendo a formação original como atributo para o acompanhamento das noções a serem incorporadas, mas, principalmente, como fator de construção da interdisciplinaridade da saúde pública. Essa segunda tendência concebia a organização do trabalho do sanitarista com identidade própria e se referenciava nessa especificidade, para identificar as noções que deviam ser atraídas para esse novo campo.

A multiprofissionalidade pode ser entendida como um elemento facilitador da construção de abordagens interdisciplinares no campo da saúde coletiva e, por extensão desse processo, como uma base a ser considerada na estruturação de novas formas de organização do trabalho e de exercício profissional do sanitarista.

A partir de uma concepção organizativa do processo de trabalho, essa dualidade, expressa nas duas tendências, influenciou bastante o debate da formação durante um longo período. Essa discussão apareceu recorrente na literatura e, pelo seu grau de importância para a constituição do campo da saúde coletiva, merece aprofundamento quanto às múltiplas interfaces que ela envolve nos programas de formação.

Pela relevância do tema, a Abrasco publicou, em julho de 1983, um Informe sobre Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social, construído por um grupo de trabalho constituído para esse fim específico. Suas conclusões contextualizaram essa discussão na fronteira entre serviço e ensino, relacionando-a com a noção de 'equipe de saúde', situando-a como *locus* "onde os profissionais se integram no contato singular, na atenção individual", prática que, para o grupo de trabalho, "só pode ocorrer de forma fragmentada" (Abrasco, 1984: 108).

Como forma de superação dessa noção, o documento reconhece a multiprofissionalidade “como alternativa organizacional dos serviços” que poderia contribuir para romper o “monopólio da prática” e para definir um “espaço de afirmação da saúde coletiva”. No terreno da produção de conhecimento, o mesmo documento sugere que “a multiprofissionalidade deve buscar a produção do conhecimento que torne possível encarar o processo saúde-doença e as estratégias de intervenção enquanto totalidade” (Abrasco, 1984: 108).

Em uma outra vertente da organização curricular, foi possível observar que os cursos de Saúde Pública da Ensp apresentaram especificidades no tratamento da questão metodológica, cuja dinâmica o depoimento de Arlindo Fábio procurou recuperar:

O curso de Saúde Pública era o embrião cuidado. Esse era o nosso. Fazíamos experimentações, dávamos aulas por temas e não por disciplinas. Nele, a gente desenvolvia a metodologia de ataque e defesa, aproveitando as noções do vírus e do humano. A ligação era grande com o curso de Saúde Pública. Era o ovo da serpente. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

A análise dos relatórios desses cursos da Ensp permitiu visualizar uma dinâmica importante da equipe docente com a questão metodológica, apesar de essa fase corresponder a um período de superação de uma crise vivenciada pela Escola, no final dos anos 60, e que resultou na demissão do diretor e na redução da equipe de 60 para 18 professores.

Apesar das dificuldades de ordem política vividas pela equipe, observou-se que o curso de Saúde Pública de 1970 adotou uma estratégia de preparação dos docentes através de um planejamento didático-pedagógico dinâmico. A organização das disciplinas se fez em torno de uma temática sanitária, iniciando-se com um seminário sobre Situação de Saúde que foi também tema de um documento básico. O curso se desenvolveu em quatro períodos, um dos quais dedicado à discussão de problemas enfocados pelas disciplinas. O último período correspondeu a um seminário sobre Políticas de Saúde.

Seguindo uma tendência que se implantava no interior do governo, no sentido de formar ‘administradores de saúde’, os coordenadores desse curso convidaram nove professores da Fundação Getulio Vargas para ministrar os temas de administração e planejamento, constituindo um embrião de parceria na formação de pessoal com outra instituição do Rio de Janeiro (Seca/Ensp, 1998).

O curso de 1975 alterou essa forma de organização, estruturando-se em disciplinas, mas manteve um conjunto de palestras sobre temas candentes da área, no interior da disciplina de Introdução à Saúde Pública. O curso manteve

a tradição de participação de professores externos, contando, na oportunidade com 18 convidados, sendo cada disciplina coordenada por um professor da Ensp (Seca/Ensp, 1998). Dessa forma, ainda que o processo de mudança institucional nas escolas não possa ser caracterizado linearmente, isto é, com desdobramentos gradualmente mais afinados às propostas mais progressistas do campo da educação, houve, contudo, um sensível viés de mudança que passou inúmeras experiências docentes ao longo da década de 60 e 70 naquelas instituições. Sob marchas e contramarchas, o processo de reorganização das bases do ensino da saúde pública se institucionalizava nas práticas da Ensp e na FSP/USP, mesmo quando o ritmo de mudança dos processos institucionais era percebido como lento, se comparado às intenções dos atores sociais.

Os primeiros passos da descentralização: o princípio da escola nacional

No quadro geral das transformações situadas no contexto da organização do sistema de saúde no país, mais detalhado no capítulo 1, a finalização desse período coincidiu com o início do Programa de Cursos Descentralizados implantado pela Ensp, em 1975, começando pelos estados do Pará e do Rio Grande do Sul.

Ainda que os seus desdobramentos sejam discutidos nas duas fases seguintes, vale a pena ressaltar que a sua criação se deu em um contexto sociopolítico favorável à modernização das instituições públicas, justamente quando a formação de recursos humanos ganhava relevância. No plano interno da Ensp, o surgimento do programa reuniu algumas justificativas que merecem ser consideradas.

Estava recém-criada a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, à época dirigida por Jorge Ossanay que, segundo Eduardo Costa, teria ido à Ensp para discutir os cursos da Escola no extremo sul do país. Em suas palavras:

[Ossanay] queria dar validade a um curso de curta duração que seria realizado lá no Rio Grande do Sul. Discutimos como seria um curso básico de Saúde Pública que atendesse à Secretaria de Saúde daquele estado. Fizemos um seminário para discutir conteúdos, com as duas equipes, aqui na Escola. E fizemos uma discussão sobre por que a epidemiologia local não podia ser igual à outra. (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998).

Os depoimentos de alguns dos personagens do processo de implantação do programa revelam também certo debate que antecedeu a institucionalização dos cursos descentralizados realizados pelo pessoal da Ensp, que, ao lado de outras avaliações, acumularam dados que culminaram na necessidade de revisão da estratégia até então utilizada pela Escola para formar sanitaristas para os mais variados estados do país. Segundo Arlindo Fábio:

Fizemos levantamento. Tinha a Ensp, a USP, a Escola em Minas Gerais, de nível médio (flutuante), e no Paraná (mais flutuante ainda) outra escola de nível médio (...). Havíamos feito uma consultoria no norte do Brasil, com vistas à organização de um livro sobre febre amarela. Era o Rubens Brito. Fizemos contato com a Sudam [Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia], também com Elisa [Sá], no Pará. Ela tomou a descentralização dos cursos como algo seu também. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

As razões para adotar uma proposta de descentralização dos seus cursos vinham sendo identificadas pela Ensp desde 1974. Naquele momento, já se detectava uma “maior necessidade de sanitaristas formados”. Sabia-se também que “muitos alunos não voltavam ao seu estado de origem”, o que provocava uma reação dos dirigentes de suas instituições. Uma outra razão é que “a grande maioria tinha dificuldade de converter os modelos nacionais quando retornava”. Finalmente, havia também uma percepção de alguns professores de que esse era um projeto político, que poderia servir de canal de modificação das estruturas de serviço, com o qual alguns professores tinham identidade (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998).

Seja como for, a opção pela descentralização possibilitou a mudança de um modelo de escola local que, ao absorver discentes e docentes de todo o país, se transformaria logo em uma escola nacional. Foi nesse momento, nas palavras de um de seus personagens, que “ela adquire a idéia de escola de formação de pensamento e dimensão ideológica” (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998).

Já a dimensão desse projeto para a educação em saúde pública no Brasil será analisada nos próximos períodos.

Período de 1976 a 1980

Uma maior diversificação dos cursos em relação ao período anterior foi uma tônica do período 1976-1980 e ocorreu em ambas as escolas. As propostas de reforma surgidas no contexto do governo Geisel ganharam apoio de organizações internacionais e favoreceram o surgimento de um ambiente favorável a projetos inovadores a partir da segunda metade dos anos 1970 na área da saúde. Nessa fase, a percepção da necessidade de atualização de modelos, por alguns grupos, já vinha produzindo experiências esparsas nos espaços acadêmicos e de prestação de serviços de saúde, algumas das quais referidas no período anterior.

Como espaços que iam construindo protagonismo através de seus grupos de trabalho, as escolas criaram alternativas internas para renovar suas programações, expressas em propostas metodológicas inovadoras, mas que não

foram suficientes para imprimir as mudanças a curto prazo. Em uma conjuntura mais favorável, outros elementos se agregaram, tornando possível o engajamento das instituições que conseguiram formular propostas concretas, daí a importância da renovação permanente de proposições no interior das organizações.

Os novos programas de cursos oferecidos no Rio de Janeiro e em São Paulo e, principalmente, o avanço da descentralização dos cursos da Ensp alteraram marcadamente o panorama anterior quanto às alternativas para a qualificação de sanitaristas no país. Na Ensp, essas inovações foram representadas pela implantação do curso básico de Saúde Pública, associado às especializações em Planejamento e Epidemiologia, propostas que se implantaram entre 1975-1976. Em 1977, a Ensp inovou através do Treinamento Avançado em Serviço (TAS), com um modelo identificado com a residência, mas que se extinguiu em 1980, após o surgimento da residência em Medicina Preventiva e Social, em 1979.

Nesse período, o Programa de Cursos Descentralizados teve uma expansão significativa, passando de dois cursos, em 1975, para quatro em 1976, incorporando os estados do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Bahia, perfazendo um total de 15 cursos, em 1980.

É possível observar, pelos depoimentos, que algumas inovações na Ensp e na FSP/USP foram frutos de propostas negociadas interna e externamente no período anterior e, nesta fase, concretizadas como programação regular das escolas.

Com relação aos cursos da Ensp, algumas propostas metodológicas começaram a ser desenvolvidas como parte de uma negociação entre professores e direção, por ocasião de um movimento de paralisação dos docentes, que visava a criar as condições para a recuperação do direito de oferecer a pós-graduação *stricto sensu*, revogado pela Escola em 1971.¹⁶ As características da negociação interna foram assim relatadas por Eduardo Costa, um dos professores que comandou a formulação da proposta:

O Ernani Braga veio para a Escola, e a gente resolveu repensar as coisas. Mas ele não durou; foi para a Secretaria de Saúde. A gente ganhava mal e não dava para declarar greve naquele contexto, mas conseguimos armar uma confusão, e parar os cursos no primeiro semestre de 1974. O Oswaldo Costa [diretor da Escola] tinha seus contatos lá, e daí saíram um princípio de carreira com Almeida Machado e a aprovação de várias propostas de reformulação do ensino. Eu tinha bolado retomar um mestrado progressivo, implantar a residência em

¹⁶ O ministro da Saúde, Dr. Rocha Lagoa, assinou Portaria Ministerial n. GB-145, de 20/4/72, com a decisão de excluir, do elenco dos cursos a serem ministrados pelo IPCB, os de pós-graduação. Essa decisão alterava o art. 1º do Regulamento de Ensino do Instituto, aprovado pela Portaria n. 374 de 31/12/ 1970.

Saúde Pública, que começaria no início do ano; o curso de Saúde Pública começaria no meio do ano. Haveria um segundo período de cinco meses para quem fosse fazer o mestrado. Eram múltiplas entradas e múltiplas saídas. Em dois anos fariam as duas coisas. Daí saiu a divisão dos cursos, em básico e especialização (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998).

A proposta de divisão do curso de Saúde Pública em curso básico e especializações de Planejamento e Epidemiologia surgiu na Ensp nesse período. Ao longo da década de 80, essa divisão configurou-se com mais nitidez, dando origem a subáreas de profissionalização dos sanitaristas como áreas importantes de qualificação para o serviço de saúde. A experiência se diversificou em outras modalidades de cursos, mas manteve uma concepção que persistiu nesta Escola, durante todo o período, uma formação inicial para o sanitarista de caráter mais abrangente, nucleada¹⁷ ou seguida de especializações, conformadas em subáreas de conhecimento, e que representavam formas de expressão do trabalho em saúde pública nos serviços de saúde.

Vale ressaltar que a proposta de coexistência do curso básico seguido de especializações na Ensp persistiu até 1979, com os títulos de Curso Básico e Curso de Especialização em Saúde Pública, sendo o básico um curso de formação de “generalistas”¹⁸ e a especialização abrigando as áreas de conhecimento referidas.

Em 1980, o curso de formação geral passou a ser denominado Curso de Especialização em Saúde Pública e as especializações se mantiveram como cursos de preparação para suas áreas correspondentes, com títulos definidos. Os cursos básicos que vigoraram entre 1975 e 1979 foram considerados cursos de aperfeiçoamento, ainda que suas cargas horárias fossem típicas de especializações, pela legislação em vigor.

Ainda como parte do bloco de inovações, construído a partir do conflito anterior instalado entre os professores e a instituição, foi implantado, em 1977, o Treinamento Avançado em Serviço (TAS).¹⁹ Durou apenas dois anos, sendo sucedido pela residência em Medicina Preventiva e Social implantada em 1979,

¹⁷ A expressão ‘nucleada’, nesse caso, significa a existência da especialização, que não tem como pré-requisito o curso de formação mais geral.

¹⁸ A expressão “generalista” tem sido muito utilizada por referência à formação do sanitarista que não adota *a priori* uma especialização por área temática, ou de representação do processo de trabalho.

¹⁹ Segundo a perspectiva de Paulo Buss, “o Treinamento Avançado em Serviço procurou produzir inovações pedagógicas na formação de profissionais de saúde, pondo em pauta uma formação profissional a partir das necessidades vistas na prática dos serviços. Era uma concepção considerada nova, diferente do básico. Esta modalidade de formação serviu como embrião da residência médica porque buscou privilegiar a experiência e a problematização da atenção à saúde em seu próprio *locus*” (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/98).

apoiada pelo Inamps, como uma alternativa para os recém-formados. Todos os programas referidos tiveram clientela multiprofissional.

A FSP/USP permaneceu até 1975 com a oferta de cursos de Saúde Pública no modelo tradicional. Em 1976, o secretário de Saúde, Valter Leser, retomou os entendimentos com essa instituição universitária, com vistas à realização de um curso de curta duração para a formação de sanitaristas da carreira do estado, reunindo alguns elementos novos, em relação ao encaminhamento frustrado do período anterior. Em suas palavras:

Na minha segunda gestão eu tive a sorte de ter como Ministro da Saúde o Paulo de Almeida Machado, que veio falar comigo para discutir esses assuntos. Discutimos que o jeito seria criar uma carreira atraente e aumentar o número de vagas, e também, deveria conseguir que a Faculdade atraísse médicos gerais como alunos. Pensei que poderiam vir da Pediatria. Daríamos uma bolsa. Acertamos que o Ministério pagaria os cursos, e que faríamos cursos curtos, de modo a permitir a realização de duas turmas por ano, e que dez vagas seriam dadas ao Ministério. Abriram-se as inscrições e foi fantástico. Era preciso fazer 'vestibular'. Depois do curso, entraram para a carreira e foram chefiar os Centros de Saúde, com salários atraentes. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

É possível, nesse depoimento, observar alguns fatores de indução que teriam facilitado a procura pela carreira. São eles: a existência de bolsas, estabilidade e prestígio, condições associadas à carreira, que também incorporava dirigentes públicos de saúde. Esse mercado de trabalho em ascensão se expressava pelas normas anunciadas pelo secretário de Saúde de São Paulo, que incluíam a valorização da competência, as promoções por concurso e o reconhecimento da estrutura de poder da Secretaria em relação ao trabalho requerido desses profissionais.

Vale a pena ressaltar alguns pontos da negociação entre a Secretaria de Saúde daquele estado, o Ministério da Saúde e a FSP/USP que resultaram na formulação do programa de curso de Saúde Pública, diferente do tradicional oferecido por aquela Escola, assim relatados:

Quando propus o curso de seis meses, eles não queriam. Achavam que não sairia direito. Eu e o Paulo de Almeida Machado fomos juntos e dissemos: 'não precisamos de um sabichão; eles vão aprender vivendo'. A Faculdade aceitou dar o título para nível local, e o Departamento de Pessoal da Secretaria de Saúde aceitou, dentro da carreira. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A observação contida na argumentação de Valter Leser, para aprovar os cursos mais curtos, não encerrava somente a expectativa de preencher as vagas da carreira de sanitaristas a curto prazo, mas continha uma visão de

continuidade do processo de capacitação que se faria ao longo da vida profissional desses agentes. Pressupunha uma carreira dinâmica, em um campo emergente, onde os desafios do cotidiano e a atualização da produção de conhecimento demandariam esforços complementares, que poderiam se constituir em futuros projetos de desenvolvimento dos alunos. Suas observações desse processo, como se pode ver a seguir, incorporaram também outros valores que compunham uma política de recursos humanos que se frustrou com a interrupção da carreira:

Os políticos se queixavam ao governador Abreu Sodré e ele dizia: o Leser é um chato, ele não faz nem o que eu peço! Mas eu criei um clima de confiança e todos sabiam que não seriam preteridos. A entrada desses profissionais na Secretaria deu uma virada. Mas não foram suficientes. Chefias e outros cargos exigiam formação melhor, onde eles pudessem trabalhar os resultados. Mas em outras administrações vieram pessoas que não gostavam da esquerda. Paulo Maluf acabou liquidando a carreira. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A programação dos cursos de Saúde Pública para nível local/área permaneceu na FSP/USP entre 1976 e 1982, com duas turmas a cada ano, em um total de 13 turmas. Durante todo esse período, manteve-se em paralelo o curso de Saúde Pública, nos moldes tradicionais da Faculdade, com um módulo comum inicial, seguido de disciplinas específicas por categoria profissional que conviviam com cursos específicos para as diferentes formações profissionais, conforme relatado.

Observa-se também, nessa época, uma regularidade na programação de cursos de planejamento nas duas escolas, mantendo-se na FSP/USP o curso de Planejamento do Setor Saúde, que chegou à sua 13ª edição, em 1980.

A partir do depoimento de Leser, é possível imaginar que o curso de Planejamento do Setor Saúde da FSP/USP, oferecido regularmente, deveria estar cumprindo um papel de retaguarda à formação avançada, requerida pelos sanitaristas dirigentes da carreira da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Embora tal vinculação não tenha sido referida, a frequência pode indicar que essa poderia ter sido uma das justificativas para a regularidade com que foi oferecido.

A área da epidemiologia, na Ensp, estava associada à estatística, com um curso avançado em 1976. Desenvolveu-se uma linha de treinamentos na área de endemias durante o período e integrou-se uma das áreas de concentração do TAS em 1977 (TAS-II). Em 1980, finalmente, a Ensp ofereceu um curso de especialização em Epidemiologia.

Também em 1980, a Ensp participou, em Washington, da Reunião do Programa Ampliado de Imunização (PAI)] para as Escolas de Saúde Pública, pro-

movido pela Opas, em colaboração com a Área de Ações Básicas do Ministério da Saúde. A Ensp se engajava à experiência de treinamento na área de imunizações para os profissionais dos serviços de saúde, englobando as seguintes doenças: sarampo, coqueluche, poliomielite, tuberculose, tétano e difteria. A base de multiplicação desse trabalho no país, pela Ensp, foi justamente pelo Programa de Cursos de Saúde Pública Descentralizados (Brasil, 1981).

Já a FSP/USP manteve, no mesmo período, o curso de especialização em Epidemiologia Entomológica, dando prosseguimento a uma linha de oferta de cursos mais vinculadas à organização universitária, em que a entomologia era uma linha tradicional e bastante estruturada. Nesse contexto, suas equipes docentes não fizeram a integração com o Ministério da Saúde, via programas de imunização, como ocorreu no caso da Ensp. Vale ressaltar que a epidemia de meningite dos anos 60 foi muito significativa para a estruturação do pensamento da imunização em São Paulo, mas ela não conseguiu mobilizar a FSP/USP na década seguinte para a mudança da grade de seus cursos nessa direção, como ocorreria na Ensp com o Programa Ampliado de Imunização, decorrente daquela reunião de Washington.

A residência em Medicina Preventiva e Social foi a última das novas modalidades de cursos regulares instalada nesse período na Ensp. Suas atividades foram iniciadas em 1979, associando essa primeira turma com a última do TAS. A iniciativa teve o apoio do Inamps, que assinou convênio com a Fiocruz, concedendo bolsas de estudo, cedendo profissionais do seu quadro e disponibilizando unidades a ele vinculadas como os Postos de Assistência Médica (PAM), ambulatórios e hospitais, para a formação do residente. A disponibilidade ajustada nos termos do convênio fazia parte de uma estratégia de apoio do Inamps a essa formação, assim relatada por Paulo Buss:

Na segunda metade da década de 70, o Inamps contou com uma Diretoria que resolveu inovar, criando dez programas de residência entre os melhores Departamentos de Medicina Preventiva. Eram o Nildo Aguiar, na Diretoria de Administração, e Milton Machado, na Coordenação das Residências do Inamps. O programa era dirigido a médicos, tinha bolsa de estudos. Era uma opção importante para os médicos. (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

Esta conjuntura não apenas sinalizava para a existência de ventos de mudança em instituições como o Inamps – que o colocou mais afinado ao ideário proveniente do chamado movimento sanitaria – mas também sinalizava que as propostas em torno da aproximação entre ensino e serviço ganhavam o reforço de vozes fundamentais dentro do aparelho estatal de saúde. Os ventos de mudança ganhavam mais força.

Mudanças no sistema de saúde aproximam os serviços e as universidades

Também no âmbito dos serviços de saúde, a multiplicidade de iniciativas foi uma tônica do período que se iniciou após a constituição formal do Sistema Nacional de Saúde (Lei n. 6.229/1975). Na etapa que se sucedeu à sua aprovação, surgiram aportes e contribuições dirigidas à constituição de um novo modelo de assistência, envolvendo equipes ligadas à prestação de serviços, como também grupos universitários que, através de suas funções de ensino, pesquisa e cooperação, aproximaram-se desse movimento de reforma do setor.

Na busca por alternativas para a atualização de seus modelos de assistência, o governo brasileiro escolheu os programas de assistência comunitária, com o apoio da Opas, tendo a extensão de cobertura como eixo condutor de inúmeras experiências. A partir dessa opção, estimulou alternativas junto aos serviços e às universidades, que por esse caminho renovaram suas propostas de ensino e de prestação de serviços.

Nesse momento fazia-se necessário traduzir as diretrizes do II PND em alternativas viáveis no interior do governo. Essa tarefa foi facilitada pela qualificação dos técnicos treinados desde a década anterior para a área de planejamento, possibilitando o surgimento de "ilhas de racionalidade, como elemento significativo para a luta político-ideológica no âmbito institucional" (Paim, 1986: 82).

Esse processo viabilizou alguns projetos de intervenção voltados para o sistema de saúde, considerados os limites estabelecidos pelo próprio modelo vigente, em que as ações de assistência médica estavam sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, permanecendo, com o Ministério da Saúde, as históricas ações típicas da saúde pública.

O maior volume de recursos e a maior importância política estavam acumulados no Ministério da Previdência, mas foi através das ações do Ministério da Saúde que se apresentaram as maiores possibilidades de intervenção sobre o setor, dada a opção do governo brasileiro pelos programas de Extensão de Cobertura, que, no Brasil, se caracterizaram pelo:

privilegiamento da atenção primária, a ênfase nas patologias que afetam o maior número de pessoas, a ênfase na formação e utilização de pessoal de nível médio e elementar, as equipes multiprofissionais, a integração ensino-serviço, a utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária. (Teixeira, 1982: 52)

Como estratégia de construção de viabilidade dos projetos, como já mencionado, o Ministério da Saúde atribuiu importância à formação de recursos humanos e criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps). Estabeleceu, através dele, uma linha de atuação junto às secre-

tarias estaduais de Saúde, pela via da assistência, e escolheu os departamentos de Medicina Preventiva como parceiros, apoiando experiências de integração docente-assistencial, que já vinham se realizando nas faculdades de Medicina, e que buscavam testar novos modelos de formação do médico no interior do movimento preventivista.

Através do Ppreps, foram definidas algumas ações governamentais dirigidas à formação dos recursos humanos para a saúde, associadas aos PECs, em que se previam atividades que envolviam tanto os pólos de serviços, através das secretarias estaduais de Saúde, como as universidades, nas ações de integração docente-assistenciais. Entre os seus objetivos destacavam-se “o apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada estado da federação, integrado ao sistema de planejamento setorial respectivo” (Teixeira, 1982: 65), o que favoreceu a realização de um esforço dirigido aos estados para conhecer as necessidades de recursos humanos no plano estadual, incluindo aquelas de capacitação, entre os quais os sanitaristas.

Na vertente universitária, um outro objetivo do Ppreps estabelecia ainda “o apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente assistenciais, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes” (Teixeira, 1982: 65), com atividades tipicamente vinculadas aos departamentos de Medicina Preventiva.

Vale ressaltar que, no Brasil, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi a precursora da experiência preventivista, que nasceu de uma proposta elaborada pelas escolas médicas americanas, nos anos 50, e que se difundiu para a América Latina através dos seminários de Tehuacan e Viña del Mar, ambos organizados pela Opas. A proposta, na perspectiva de Marsiglia (1995: 25), tinha “como finalidade a orientação dos alunos em programas médico-sociais de higiene e prevenção” e que procurou “preencher, de forma mais atualizada, os espaços curriculares, que a antiga disciplina de higiene ocupara entre as décadas de 20 e 40”.

A experiência iniciada em Ribeirão Preto posteriormente foi difundida para outras Faculdades de Medicina do país, como a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade Federal da Bahia, a Escola Paulista de Medicina, a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e a Faculdade de Medicina da USP (Paim, 1986).

O conjunto de atividades desenvolvido por essas instituições girou em torno de medidas de prevenção, buscando sempre a organização de ações integradas de prevenção e cura, consideradas fundamentais no arranjo de atividades, tanto de assistência e atenção à saúde, como de ensino de saúde pública ‘extra-muros’, isto é, para além da unidade hospitalar de ensino, nas quais se

envolviam estudantes e docentes de medicina preventiva. Nesse contexto se criaram os chamados *campi* avançados de treinamento, programas de assistência domiciliar e familiar (Marsiglia, 1995).

No momento de implantação do Ppreps, já se esboçavam algumas críticas ao movimento preventivista, mesmo com o reconhecimento de que as experiências de integração docente-assistencial favoreceram a aproximação da formação do médico com a realidade social que permeava a prestação de serviços, abrindo espaços para o desenvolvimento de investigações e de atividades de ensino que tomavam a prática da prestação de serviços como uma referência.

Vale ressaltar ainda que, em sua vertente ideológica, o movimento reformador buscava reorientar a prática médica a partir de uma nova atitude, de caráter integral, preventivo e social e como prática discursiva rompia com a higiene, “afirmando-se como disciplina independente, operando a reorganização do conhecimento médico, e tentando a delimitação com a Saúde Pública e a Medicina Social” (Paim, 1986: 32).

A operacionalização e, posteriormente, as críticas das pautas previstas pelo movimento preventivista favoreceram a produção científica no campo da saúde coletiva, desenvolvida desde o final da década de 60. Seus trabalhos começaram a apresentar resultados que facilitaram a aproximação com as propostas de medicina comunitária e que mais tarde viriam a ser adotadas como estratégia de governo. No limite da revisão do modelo da assistência pública, o Ministério da Saúde incorporou a estratégia dos programas de Extensão de Cobertura, do qual o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) se tornou o carro-chefe (Abrasco, 1983).

Como partes do esforço empreendido para a expansão da cobertura de serviços, alguns representantes de países se reuniram em Alma Ata, na antiga União Soviética, de 6 a 12 de setembro de 1978, para a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Durante o evento, foram aprovadas 22 resoluções, entre as quais a recomendação de que a Opas e a Unicef continuassem a apoiar estratégias e planos nacionais de cuidados com essa finalidade, como parte do desenvolvimento global, que no Brasil resultou no reforço às experiências inovadoras que estavam em plena efervescência (OMS/Unicef, 1979).

Suas recomendações, aprovadas na Assembléia Mundial de Saúde de 1979, acatadas nessa ocasião pelo governo brasileiro, fizeram referência ao relacionamento entre a saúde e o desenvolvimento. O relatório final previa o estímulo à participação comunitária, às administrações nacionais, à relação com outros setores afins. Fez também recomendações quanto ao teor dos cuidados primários de saúde, ao nível local, aos sistemas nacionais, aos grupos vulneráveis e de alto risco. Sugeriu funções e categorias dos recursos humanos em

saúde e nos setores correlatos, recomendando a necessidade de destinar incentivos a áreas remotas e negligenciadas, às tecnologias apropriadas, ao apoio logístico, medicamentos essenciais, administração e monitoria, pesquisas e estudos, recursos, compromissos e estratégias nacionais e apoio internacional (OMS/Unicef, 1979).

Essas idéias foram associadas aos resultados das experiências em andamento, dos programas de Extensão de Cobertura, alimentando o debate que deu origem à programação da 7ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, às formulações do Prevsau, com todos os seus desdobramentos de marchas e contramarchas no interior do governo.

Realizada em Brasília, em março de 1980, tendo como tema central “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos de saúde”, a 7ª Conferência Nacional de Saúde representou todo um esforço de integração entre setores do governo ligados à saúde, como os ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior, assim como representantes das secretarias estaduais de Saúde de São Paulo, Alagoas, Bahia e Pará (Brasil, 1980). A FSP/USP, na memória de um de seus representantes, “participou da 7ª Conferência, com um ou dois representantes, mas estimulando a participação de outros docentes, inclusive providenciando ajudas. Também discussões internas foram incentivadas e elas ocorreram nas duas conferências” (Rui Laurenti. Entrevista concedida em 7/4/1998).

Os temas dos painéis da conferência aportaram discussões consideradas estratégicas para a reafirmação da importância dos serviços básicos de saúde e foram recortados pelas temáticas que faziam parte das experiências, até então desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais de Saúde, através dos programas de Extensão de Cobertura. Nesse sentido, foram priorizados os temas: regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federadas; saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde – o Planasa e o saneamento simplificado; desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos; supervisão e educação continuada para os serviços básicos de saúde; responsabilidades e articulação interinstitucional (níveis federal, estadual e municipal).

Também foram debatidos temas como: o desenho de programas e estratégias relativas à organização dos serviços, à participação comunitária e à articulação dos serviços básicos com outras instâncias mais complexas do sistema de saúde (Brasil, 1980). O aprofundamento das discussões travadas na conferência, pelos técnicos que foram autorizados a participar,²⁰ compôs um

²⁰ A 7ª Conferência teve 402 participantes, e sua comissão organizadora previu apenas a inclusão de profissionais indicados pelas instituições convidadas pelo Ministério da Saúde.

conjunto de idéias que embasaram a formulação do Prevsauê, programa discutido no interior do governo, que não chegou a obter a adesão necessária à sua aprovação. Na perspectiva de Rodriguez Neto (1977: 67):

A partir da primeira versão do projeto (julho de 1980), que iria se chamar, originalmente, Pró-Saúde e que, posteriormente, por imposição do Ministério da Previdência, passou a ser o Prevsauê, o processo ocorrido foi quase surrealista. Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram 'vazadas', havia debates públicos sobre as mesmas, eram negadas para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando se extinguiu como projeto.

Em 1982, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, criado em 2 de setembro de 1981, propõe o Plano do Conasp – Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que, após aprovado, torna-se política institucional oficial, pela Portaria n. 3.062, de 23 de agosto de 1982 (Cordeiro, 1991).

A aproximação da saúde pública com a medicina social

Na segunda metade da década de 70, se processou uma reorientação de governo quanto aos recursos financeiros dirigidos às instituições de Ciência e Tecnologia, resultando no apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), à Fundação Oswaldo Cruz, através da Ensp. A parceria tornava viáveis o Peses e o Peppe.

Esta conjuntura se aliava à disposição latente entre alguns professores da Ensp, no sentido de desenvolver atividades que fossem além dos cursos ministrados para preparar sanitaristas. O depoimento de Eduardo Costa expressa esta pretensão, além de informar sobre uma forma de conceber a pesquisa, que se identificava com o próprio modelo de ensino da Ensp na época, e que se vinculava às questões da prestação de serviços de saúde:

Logo no início do governo Geisel a gente queria desenvolver o ramo da pesquisa. Eu achava que a pesquisa deveria buscar seus objetos de reflexão sobre o concreto dos serviços de saúde e não do ensino. Não ser uma pesquisa gerada por outra pesquisa, mas gerada da prática de resolver problemas da saúde pública. (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Essa necessidade, entretanto, esbarrava na insuficiência de quadros, uma vez que a equipe docente havia sido reduzida pelos processos de demissão ocorridos na fase anterior.

Surgiu, porém um fato novo, criando uma perspectiva para a entrada de recursos financeiros nas instituições de C&T. O II PND estabelecia metas que

indicavam a necessidade de priorizar o desenvolvimento de tecnologias (cap. XIV) com referência explícita aos campos da saúde pública e da educação, assim definidos:

No campo da Saúde, desenvolver programas de pesquisa orientados para a eliminação de endemias, como a esquistossomose e o mal de Chagas, assim como sobre a nutrição de grandes contingentes populacionais (exemplo: alimentos proteinados de baixo custo, à base de soja e outras culturas de grande produção no País).

Em educação, atualizar o conhecimento científico e técnico ministrado nos diferentes níveis de ensino, pela revisão dos textos didáticos e técnicos, e pela expansão seletiva da pós-graduação. Ao mesmo tempo, manter-se em dia com os progressos na tecnologia educacional, (pelo uso de sistemas de computação e outros avanços desse tipo) além de testar a viabilidade de aplicação, no Brasil, das mais avançadas técnicas de telecomunicações na transmissão de programas educacionais a grandes massas. (Brasil, 1974: 137)

Essa diretriz política orientou algumas ações de governo, fortalecendo a Finep, órgão do governo a quem foi atribuída uma ação de fomento à pesquisa junto a instituições como a Fiocruz. Para realizar sua missão no âmbito da Saúde, a Finep organizou uma equipe que passou a se relacionar com a Ensp, conforme depoimento a seguir:

Um dia estava eu na minha sala e apareceu o Sérgio Góes de Paula. Eu não o via há algum tempo; e ele me disse: 'estou sendo contratado para trabalhar na Finep para ser responsável pela área de Saúde lá. Queria que você me assessorasse, acho que tem possibilidade de passar dinheiro'. A partir daí sentamos e discutimos o que fazer. Fizemos uma viagem à Transamazônica para detectar objetos de prováveis estudos. Escrevemos o capítulo de saúde do 2º PBDCT e começamos a definir o projeto. (Eduardo Costa. Entrevista concedida em 9/4/1998)

Arlindo Fábio destaca ainda o processo de renovação pelo qual passaram as equipes docentes:

Aqui começou a ser revigorada a equipe docente. Tinha o Osvaldo Campos, que foi a primeira pessoa que articulou com a Finep, e passou a atuar nessa instituição nos finais de expediente, como consultor e organizador do setor de Saúde da Finep. E passou isso para Sérgio Góes que tinha vindo para a Escola comigo. A Finep criou o setor de saúde e levou o Sérgio. Com ele começou a se escrever o Peses/Peppe. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Pela revisão de literatura, é possível depreender que o Peses e o Peppe tiveram um papel fundamental para a Ensp e a saúde pública contemporânea, no apoio à elaboração de teses, na conformação de novas disciplinas, favore-

cendo a recomposição da pós-graduação *stricto sensu* e a incorporação de professores. Na vertente da epidemiologia é importante destacar a contribuição desse projeto para a constituição da área de vigilância epidemiológica, que passou a integrar um dos núcleos temáticos do ensino da epidemiologia, desde o final dos anos 70, credenciando o grupo envolvido com essa proposta a participar da experiência do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), em parceria com o Ministério da Saúde e a Opas. Essa foi também uma estratégia que favoreceu a incorporação de professores, tornando a temática da vigilância epidemiológica absorvida pelas estratégias formais de capacitação da Ensp, por exemplo, como disciplinas dos cursos de Saúde Pública.

É possível observar também que, a partir de 1980, introduziu-se a disciplina Saúde Pública com Prática Social no curso de Saúde Pública, ao passo que, no curso de especialização em Saúde Pública – Planejamento em Saúde, o módulo de Planejamento começou a se afastar das formulações que traduziam as ações de administração, para introduzir a disciplina Organização Sócio-Política e Poder Público, noção que antecedeu às de políticas globais, aos métodos e aos instrumentos de intervenção na realidade administrativa do setor.

Mas é no processo de gestão da pesquisa do Peses que vamos nos concentrar, por considerar a sua contribuição para uma ação mais expansiva de reformulação do pensamento sanitaria no Brasil e, principalmente, pela aproximação que se concretizou entre a saúde pública e a medicina social. Através de sua dinâmica e dos resultados alcançados, com base nos depoimentos e na revisão bibliográfica e documental, é possível recuperar o seu significado para a área da pesquisa em saúde pública, bem como sua contribuição para a renovação do ensino na área, através do tratamento da relação entre as ciências sociais e o planejamento de saúde, que funcionou como ponto fundamental de revitalização da Ensp, através da relação da pesquisa com o ensino.

Parece claro, pelos depoimentos dos docentes que estavam na Ensp, pelo menos desde o início dos anos 70, um desejo de superar a fase da Escola que estava credenciada e reconhecida no limite da formação de recursos humanos para administrar unidades de saúde. As entrevistas dos docentes revelam a existência de uma inquietação que se tornou produtiva com alguns aportes financeiros captados através dos projetos apresentados à Finep. Nas palavras de Arlindo Fábio, “o Peses e o Peppe eram coisas paralelas. Surgiram de uma inquietação interna e foram buscar gente de fora. Ajudaram a avançar uma crise que existia dentro da Escola, mas que tinha quadros minguados” (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998).

A aprovação dos projetos pela Finep criou as condições para a implantação da área de pesquisa, viabilizando inclusive a aproximação de dois grupos,

com experiências diversas: os docentes que estavam na Ensp, com formação voltada para a saúde pública e experiência em serviços de saúde; e uma outra equipe que veio de Campinas para a Ensp, com formação acadêmica em medicina social. Assim, de acordo com a perspectiva de Arouca:

Até 1975, eu estava em Campinas, no Departamento de Medicina Preventiva, com um grupo cujo grande desafio era a reforma do currículo médico, com a introdução das ciências sociais e a participação no movimento latino-americano para repensar a teoria da saúde, com [Juan César] Garcia e José Roberto Ferreira. Nesse ano, levamos trombada na Unicamp e viemos para a Ensp. Tínhamos teses e formação de cientistas. Tinha grupos de resistência na Ensp. O encontro desses dois grupos é o novo. (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

A incorporação de um grupo grande, de formação sólida, funcionou como uma manifestação de envolvimento na busca de um 'novo projeto' para a Ensp. O grupo que já estava na Escola fazia

um esforço para construir categorias de ciências sociais, utilizando um jargão médico, na medida do possível. O caminho da Ensp até esse momento, era o da incorporação das ciências sociais na formação. A Cecília Donnangelo foi por outro caminho – partia da análise do setor e analisava a contribuição das ciências sociais para isso. O Peses veio para ajudar a fazer os dois caminhos ao mesmo tempo. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Essa diferença se manifestou no cotidiano e na dinâmica da própria produção dos grupos, aqui considerados antigos e novos. Os relatos são indicativos de que a relação de tensão entre o novo e o velho, isto é, os que vieram de Campinas e os que estavam na Escola, foi repensada e mediada no contexto da Escola. Elaborou-se logo um espírito ou uma idéia de transição, interpretada pelos diferentes grupos de forma nada consensual. É evidente que suas distintas manifestações refletiam o modo como cada grupo vivenciou essa transição até que fosse possível a construção de uma nova alternativa, assim relatada por Arlindo Fábio:

O conflito é parte inerente a qualquer processo. Havia a necessidade de se fazer adaptações. Essas pessoas donativas e abertas deviam ceder espaços para os novos e incentivá-los. Os conflitos não foram suficientes para barrar o processo. Jair e Elsa Paim seguraram as barras todas. O Jair, por exemplo, como diretor, era muito doce e segurava as barras com o presidente. Eles tinham prestígio e absorveram os que tinham outros atributos. O que vem de novo entra em conflito, mas costura e se transforma numa luta de sobrevivência, à luz das relações pessoais, também carinhosas e muito estreitas. Era um projeto de vida que se confundia com um projeto de instituição. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Arouca destaca o caráter multidisciplinar dessas equipes:

A constituição da equipe teve três momentos: o primeiro, com a formação de um grupo que reunia o pessoal de Campinas e o grupo bom e sólido da saúde pública da Ensp. Deu impacto em termos da pós-graduação, ensino da epidemiologia. No segundo momento não era só a chegada de pessoas novas; tinha instrumentos de ação, tinha poder, articulou um projeto nacional. Apoiava projetos regionais, distribuía bibliografias. No terceiro momento, a Escola trouxe muita gente da medicina social. Também pelos contatos com Sérgio Góes vieram pessoas de ciências sociais, antropologia, sociologia e política, e essas pessoas começaram a participar de disciplinas. (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

A articulação com grupos de outros centros de formação se organizou, no Peses, através da investigação nacional sobre medicina preventiva, com uma coordenação nacional, e coordenadorias regionais nos estados de Minas Gerais, Bahia, São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Esse grupo multi-institucional, com representantes dessas regiões e da Ensp, desenvolveu uma investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva, propondo-se a “reunir informações acerca da origem, do desenvolvimento, e, principalmente, da pauta curricular e das realizações práticas dos departamentos de Medicina Preventiva, durante o ano de 1976” (Peses, 1978: 2). Arouca destaca a dimensão político-ideológica do projeto:

Participávamos também de um projeto de esquerda na América Latina que tinha como centro a discussão teórica de [Juan César] Garcia e Miguel Marques. Seminários, encontros regionais, na Argentina, Equador, El Salvador. Nesse projeto de medicina preventiva, a idéia era criar rede de gente de esquerda que tivesse prática política na área de saúde. Ocupar espaços. Essa estratégia era diferente da luta armada. Era na universidade e no centro de saúde. Esse programa era o braço mais político. Atuava ativamente e apoiava núcleos. Seus participantes foram procurados ativamente. Montava projetos, esquema de apoio. Não era para deixar o cara solto. Criou uma rede. (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

A riqueza dessa experiência trouxe, para a Ensp, uma forma peculiar de relacionamento com o ensino da saúde pública. Processava-se uma incorporação dos resultados dos estudos, através de cursos e disciplinas, e isso facilitou a recomposição de sua equipe docente, com quadros qualificados pelos trabalhos desenvolvidos nos projetos.

Parece claro que as alianças estabelecidas por esse trabalho, mais que um resultado em curto prazo, possibilitaram um aprofundamento crítico das questões da saúde pública e da atenção médica. Seus resultados passaram a ser difundidos entre os serviços de saúde e os outros centros de formação, onde

o programa de cursos descentralizados pode ter sido um caminho de transferência de tecnologia, ampliando as possibilidades para a realização de outras alianças e a disseminação organizada do conhecimento produzido.

O depoimento de Paulo Buss, um dos professores à época, faz uma síntese das mudanças trazidas pelo Peses para a Ensp, no aspecto técnico-conceitual e administrativo:

O Peses trouxe o componente menos oficialista e menos programático que refletia a visão do Ministério da Saúde. Trouxe uma renovação conceitual. Passou a utilizar categorias explicativas muito mais ampliadas do processo saúde-doença. Passou a incorporar história e sociologia para a pesquisa e intervenção. Trouxe também uma renovação para a gestão da Escola. Começou a sacudir os processos comuns de administração, utilizando outros mais flexíveis, mais ágeis. Criou-se a biblioteca e incorporam-se novas bibliografias.

(Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

Parece clara a mudança que produziu, na Ensp, a estratégia que começou com a combinação de recursos financeiros e a incorporação de recursos humanos. Com objetivos claros e um projeto político, o Peses agregou à Escola condições materiais e pensamento crítico, permitindo avançar o projeto institucional.

O desenvolvimento do campo da pesquisa favoreceu a revisão de conceitos até então utilizados pelo ensino, do qual a disciplina saúde pública como prática social, incorporada em 1980 no curso de Saúde Pública, representou um marco para essa nova fundamentação.

Os efeitos sentidos na estratégia de gestão dos recursos financeiros utilizada pelo projeto reafirmaram o desafio que estava colocado para as instituições públicas quanto à agilidade dos seus processos burocráticos, sem perda do seu sentido público. A dinâmica de administração utilizada pelo projeto não está referida nos relatórios consultados e fugiria aos objetivos deste trabalho uma busca ativa a esse mecanismo.

Merece menção especial a estratégia utilizada para promover a disseminação das descobertas e das produções alcançadas pelo projeto, na esteira da descentralização dos cursos, estabelecendo conexões com outros centros, através das coordenadorias regionais, articuladas à coordenação central do Peses.

Finalmente, vale ressaltar que a revisão bibliográfica indica a existência de uma conexão entre o Peses e a área de serviços de saúde, estabelecida através da experiência de Montes Claros, assim referida por Santos (1995: 52):

Pessoas credenciadas pelo Ministério da Saúde acompanhavam de perto o Projeto Montes Claros, assim como representantes do Peses – Fundação Oswaldo Cruz, que, junto com o Ministério da Saúde, tiveram um envolvimento grande com o trabalho. Ainda através do Peses e da Escola Nacional de Saúde Pública,

e em convênio com a UFMG, uma grande pesquisa, sob a coordenação de Cornelius van Stralen, levou para Montes Claros pesquisadores e estudantes universitários interessados na experiência.

A relação do Peses com o Projeto Montes Claros destacada por Santos está retratada no depoimento do coordenador do projeto, como uma ação realizada na sua segunda fase, “quando foi estabelecida uma atuação estratégica nacional de política de saúde, com o apoio a projetos regionais e distribuição de bibliografia. Entre essas experiências foram destacadas: o Cebes, o Departamento de Medicina Preventiva da Bahia e o Projeto Montes Claros” (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998).

Parece evidente que o apoio recebido pela Ensp através da Finep agregou à Escola e ao ensino da saúde pública um componente importante para a construção de um novo perfil de ‘centro escolar’, com a incorporação de uma nova postura de investigação, dirigida aos objetos que eram colocados pelo cotidiano das políticas de saúde.

Como Escola, a Ensp, através dessa pesquisa, passou a participar de um conjunto de iniciativas preocupadas com a renovação do conhecimento sobre o tema de planejamento e reorganização ou rearticulação dos serviços, relacionados por Donnangelo, no início da década de 80, como esforços que vão “progressivamente buscando evidenciar, com maior ou menor refinamento metodológico, as articulações econômicas, políticas e ideológicas da prática sanitária na sociedade brasileira” onde também se destacam, além do Peses (1976): *Medicina e Sociedade* de Donnangelo (1973); *As Instituições Médicas no Brasil* de José Carlos Braga (1978); *As Instituições Médicas no Brasil, Instituições e Estratégia de Hegemonia* de Madel Luz (1979); *Saúde Medicina e Trabalho no Brasil* de Cristina Possas (1980) e *Previdência Social e Processo Político no Brasil* de Amélia Cohn (Abrasco, 1983).

Estes trabalhos constituíam um campo cognitivo, de investigação e de produção intelectual sobre a organização do aparelho de Estado em saúde no Brasil, resvalando também, analiticamente, em maior ou menor grau, nas condições e na situação dos trabalhadores de saúde do país, ainda que nem sempre tais estudos estivessem sob a nomenclatura dos recursos humanos.

O avanço da descentralização e a expansão do ensino da saúde pública

A relação entre descentralização e expansão do ensino da saúde pública desenvolvido a seguir se expressou com vigor na Ensp, sem a mesma dimensão na FSP/USP.

O Programa de Cursos Descentralizados iniciado pela Ensp, em 1975, adquiriu, no período de 1976 a 1980, um caráter expansivo, influenciando o perfil da distribuição dos cursos no país, e potencializando experiências que

merecem ser comentadas, pela relação que as mesmas estabeleceram com as políticas de saúde e pela singularidade do processo de gestão educacional partilhado entre a Ensp e os pólos descentralizados.

A expansão dos cursos parece estar ligada à relação entre um mercado de trabalho emergente no âmbito dos estados, que nesse período reformulavam seu sistema público de saúde, acompanhando a política nacional de saúde de cunho expansionista. Uma outra demanda foi gerada pela pressão dos trabalhadores por uma melhor qualificação e melhores pontuações em suas carreiras respectivas, e conseqüentes melhorias salariais. De outro modo, a existência de linhas de profissionalização e absorção dos profissionais pelos sistemas estaduais de saúde favorecia a criação de carreiras estaduais de sanitaristas.²¹

O contexto de reformas que atingia o setor público da saúde e que avançava através do desenvolvimento das atividades do Piass e do Ppreps, junto às secretarias estaduais, gerava demandas de reorganização do sistema, reque-rendo a ampliação e qualificação das equipes, e o curso de Saúde Pública era o caminho que dava acesso a essa formação. A procura crescente expressa pela entrada de novos cursos, ano a ano, evidenciava um apoio formal das secretarias estaduais de Saúde ao Programa de Cursos Descentralizados, o que parecia responder às necessidades de recursos humanos que se colocavam nos respectivos sistemas estaduais de saúde, pressionando o sistema de formação.

Parece também evidente que a coordenação do programa, no Rio de Janeiro, aperfeiçoou, nos primeiros cinco anos, os instrumentos legais e os mecanismos de gestão do programa, destacados por Uchoa e Paim e sintetizados a seguir:

- convênio entre a Fiocruz e as secretarias estaduais de Saúde e, em alguns casos, com a participação da universidade local;
- reconhecimento da coordenação local, firmado pela Ensp, mediante indicação do conveniado;
- estratégia de incentivo à participação de corpo docente local, com crescente envolvimento das universidades;
- apoio da Ensp ao processo de seleção e instalação do curso, e responsabilização pelas disciplinas que não fossem preenchidas por docentes locais;
- desenvolvimento da capacidade local de adaptação de conteúdos e metodologias, respeitando o currículo mínimo estabelecido pela Ensp;

²¹ Entre os resultados creditados ao processo de descentralização dos cursos, Uchoa e Paim destacam: permanente interesse das secretarias estaduais de Saúde; maior integração das universidades com os serviços de saúde; progressiva capacitação das coordenações locais de cursos; criação de carreiras de sanitaristas em algumas secretarias estaduais de Saúde; mudanças na estrutura dos cursos ministrados na Ensp e intercâmbio de experiências docentes (Abrasco, 1982).

- trabalho sistemático de divulgação, para facilitar a inscrição de candidatos e de algumas atividades docentes realizadas nos estados satélites.²² (Abrasco, 1982)

O número de cursos descentralizados passou de dois em 1975, para quatro em 1976, e quinze em 1980. O Ministério da Saúde, que nesse período vivia intensamente as atividades ligadas à reformulação do sistema público junto aos estados, também solicitou a sua inclusão no programa, sendo organizadas três turmas especiais em Brasília para os funcionários desse órgão, em 1977, 1978 e 1979. “A criação do estado do Mato Grosso do Sul, em 1979, também favoreceu a implantação de mais um curso, que contou com o apoio da recém criada Coordenadoria Regional de Saúde do Centro Oeste (Corcentro) do Ministério da Saúde” (Abrasco, 1982: 28).

O fenômeno de expansão dos cursos tinha uma justificativa nas políticas de saúde, mas, no âmbito intra-institucional, segundo depoimento Arlindo Fábio, também provocou o envolvimento dos docentes da Ensp, à medida que se processavam as entradas de novos estados.

Lembro que a essa altura já tinha Peses/Peppe andando, e desenvolvendo suas pesquisas. O grupo que não estava nesses dois projetos vai se envolver com o Programa de Cursos Descentralizados. Ficava um grupo que participava do experimento aqui, e outros que eram caixeiros-viajantes. Ia um professor da Escola e escolhia um ex-aluno, daí o relacionamento com as Preventivas. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

A Ensp definiu uma política “voltada para a criação e o fortalecimento de um núcleo de professores no campo da Saúde Pública, capaz de em pouco tempo, assumir, não só as disciplinas do curso, como também influenciar no ensino de graduação na área de Saúde” (Abrasco, 1982: 30).

A visão dos professores quanto à relação Ensp/estados, através dos departamentos de Medicina Preventiva, parece definida em múltiplos sentidos. De acordo com a perspectiva de Arlindo Fábio:

na relação com as universidades optamos pelas Preventivas, na realização dos cursos, para absorver disciplinas. Isso foi uma estratégia definida por nós, como escola donativa. Pensamos em como criar uma rede e fortalecer os departamentos. Achávamos que os cursos de Saúde Pública influenciariam a graduação. Os convênios eram tripartite. Essa também era uma opção para buscar viabilidade enquanto escola, e não como um centro de formação. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

²² Nos primeiros anos do programa foram estabelecidos como estados satélites: Pará, Bahia, Pernambuco e Porto Alegre, definição que foi abandonada posteriormente, pela adesão crescente dos estados que eram obrigados a deslocar seus alunos para outra sede (Abrasco, 1982: 26).

Vale ressaltar que o processo de avaliação dos cursos se tornou regular, levantando discussões importantes que merecem ser mencionadas. O V Seminário de Avaliação cobre o período relativo a 1980 e 1981, e foi marcado por intensos debates sobre a relação dos cursos com os serviços e sobre as práticas pedagógicas que traduziam essas relações.

O primeiro aspecto ressaltado foi o papel dos cursos descentralizados, expressando-se “como meio de preparar mais rapidamente uma massa crítica de recursos humanos para o setor saúde, em quantidade e qualidade, capaz de criar meios de promover mudanças, na medida em que os cursos também se constituem em importantes mecanismos de desenvolvimento da política de saúde” (Abrasco, 1983: 125). Nesse espaço também, segundo consta nas atas do V Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública da Ensp (1980-1981), foram reconhecidos os cursos de Saúde Pública, como o lugar privilegiado da formação de recursos humanos: “tecnicamente capacitados” para promover as mudanças requeridas ao sistema de saúde, devendo para isso, fornecer “um instrumental crítico, para a reflexão sobre as práticas de saúde e sobre a realidade onde atuam” (Abrasco, 1983: 126).

Vale a pena destacar, como sugere depoimento a seguir, o envolvimento da equipe docente da Ensp com os cursos descentralizados. Essa experiência permitiu uma relação próxima dos professores com os vários sistemas estaduais de saúde, num momento de revisão de suas práticas, o que favoreceu uma postura de assimilação dessas experiências pelas atividades de ensino e de pesquisa da Escola, incorporando visões também variadas: “Era a experiência com a visão de compromisso, com diferentes sotaques da questão sanitária. Essa impregnação de diferentes arranjos institucionais eram desafios que a Escola teria de responder no plano conceitual e metodológico” (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998).

No plano didático-pedagógico, foram reunidas, no V Seminário, uma série de questões que convergiam para a crítica à excessiva teorização adotada pelos programas dos cursos, fazendo um alerta aos riscos de afastamento da prática de saúde. O principal canal de veiculação dessa crítica eram os cursos modulares, que passaram a se constituir em oportunidades de organização didática, por módulos concentrados e períodos de dispersão, quando os alunos retornavam aos serviços para realizar os trabalhos do cotidiano e para preparar a etapa seguinte do curso. Em 1980, optaram por essa modalidade os cursos das cidades de João Pessoa/PB, Maceió/AL, Belo Horizonte/BH, Recife/PE e Salvador/BA (Abrasco, 1983).

A aparente polêmica metodológica aparece superada no interior do seminário, quando os participantes ponderaram que as linhas centrais de renovação

dos cursos deveriam perseguir “uma mais íntima vinculação entre os conteúdos teóricos e as atividades desenvolvidas” (Abrasco, 1983: 126), apresentadas nas recomendações e sintetizadas assim:

- que os cursos estejam referidos à atividade dos alunos nos serviços, constituindo-se em esforço de reflexão e intervenção sobre o trabalho, ou seja, que os serviços reais e concretos onde atuam os alunos sejam tomados como referência central dos cursos;
- que esses serviços e atividades sejam concebidos como um espaço de aprendizagem, tanto quanto a sala de aula;
- que os conteúdos teóricos se ocupem centralmente de instrumentar a capacidade de reflexão e de proposição sobre tais atividades concretas;
- e que assim se execute uma aprendizagem no trabalho, experiência não apenas mais rica e interessante do ponto de vista pedagógico, mas também não meramente ‘acadêmica’, ou seja, com reflexos reais sobre a realidade dos serviços (Abrasco, 1983).

Uma outra polêmica intimamente ligada à formulação dos cursos modulares foi a organização dos cursos por problema, como alternativa à organização por disciplina. O plenário do seminário sugeriu a progressiva abolição das barreiras estanques entre as disciplinas ‘clássicas’ do ensino de saúde pública no processo pedagógico, opção que permeava algumas propostas de cursos da Ensp desde os primeiros anos da década de 70, mas que nos cursos descentralizados não foi absorvida, formalmente.

Consideramos que a seleção aqui abordada não pretende esgotar a riqueza do processo de descentralização dos cursos, mas sim levantar alguns aspectos que se tornaram relevantes na relação entre Ensp e os sistemas estaduais de Saúde nesse período, quando os cursos desempenharam um papel fundamental de preparação de uma força de trabalho estratégica, permitindo avançar no sentido da configuração desses sistemas e na problematização das políticas de saúde.

Os aspectos aqui levantados configuram a opção da Ensp por um projeto de caráter político – expansionista junto aos serviços – movimento que não encontra correspondência na FSP/USP no mesmo período.

A residência em medicina preventiva e social: um projeto renovador

O Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social foi implantado na Ensp em 1979, tornando-se regular durante toda a década de 80. Ele serviu como um território de experimentações e inovações no campo do ensino das ciências da saúde, especialmente voltado para as interseções com as

ciências sociais e a epidemiologia. A FSP/USP não ofereceu essa modalidade de curso no período estudado, o que pode ter contribuído para as diferentes inserções destas instituições no movimento sanitário que desembocaria no SUS.

Na Ensp, como já apontamos, a residência foi precedida pela experiência com o Treinamento Avançado em Serviço (TAS), cuja proposta metodológica retratava uma formação mais voltada para a prática dos serviços de saúde. Em 1979, outros fatores mobilizaram a criação da residência em Medicina Preventiva e Social, e a Escola engajou-se na construção de uma nova proposta, resultando, inclusive, a partir de 1980, na extinção do TAS e na absorção da nova modalidade de formação, em caráter permanente, como comenta Paulo Buss:

Teve uma questão de oportunidade, e a outra foi uma maneira de fazer uma ponte do recém-formado, da graduação com o sistema de saúde. Nos cursos até então ministrados pela Escola, 'os jovens' tinham outras questões. A criação da residência veio como uma alternativa multiprofissional, para que os recém-formados, ao mesmo tempo em que se formavam conceitual e tecnicamente, tivessem uma oportunidade prática, em Clínica e Gestão de Serviços, diversificando essas oportunidades em Postos e PAMs do Inamps. (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

O Programa de Residência da Ensp, em 1980, ainda estava em seus primeiros momentos de organização. Sua estrutura se fez a partir de um módulo de introdução à saúde pública dividido em dois tópicos principais: investigação em saúde (com as disciplinas de epidemiologia, ciências sociais, demografia e estatística) e organização dos serviços de saúde. Os dois outros módulos foram dedicados às práticas de saúde coletiva e de serviços de saúde.

Os primeiros anos do programa na Ensp parecem ter sido potencializados por um ambiente de renovação interna, propiciado pelos resultados do Peses, já analisados, e pelo retorno da pós-graduação *stricto sensu*, a partir de 1977. Seus professores vivenciaram intensamente esse momento. Nas palavras de Paulo Buss, coordenador das duas primeiras turmas da residência,

Nós éramos realmente empurrados e pressionados a ampliar as leituras, os autores, o espectro teórico. Éramos levados a buscar um outro espaço do conhecimento. [Michel] Foucault, O Nascimento da Clínica, Arqueologia do Saber, A Questão Urbana antes não estavam presentes entre as nossas leituras. Era a emergência de um novo quadro de referência. (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

As condições de funcionamento do programa, segundo Paulo Buss, propiciaram um recrutamento favorável à incorporação de quadros docentes, entre os alunos que se destacaram: “nos primeiros anos, a residência formou muita gente que ficou para docente. Mais recentemente, os concursos realizados para

o município aproveitaram outros, mas ficava sempre certo percentual para a docência, também para outros centros formadores" (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998).

Nesse sentido é exemplar a turma de 1980: dos dez alunos médicos matriculados, sete foram absorvidos como docentes (Seca/Ensp, 1998).

A incorporação desses alunos se deu num contexto de expansão das atividades da Escola, também presente em outros espaços do setor público com relação à função do sanitarista. Nesse caso, a Ensp preparava e absorvia a própria força de trabalho, ampliando suas condições para responder às demandas colocadas pela reorganização do sistema de saúde.

A utilização do espaço da residência em Medicina Preventiva e Social para a formação de docentes levanta uma interrogação sobre a natureza desse curso, que nasceu para preparar sanitaristas para os serviços, mas que também se credenciou para a preparação de quadros docentes. Ainda que, no momento inicial, o programa seja fruto da necessidade de formar quadros recém-graduados e de aproximar a formação do sanitarista da prática dos serviços de saúde, é possível observar que os resultados foram muito mais amplos para a formação em saúde pública. Ocorre que, em seu processo de desenvolvimento, os objetivos iniciais foram tomados apenas como ponto de partida para um processo político desencadeado pelos grupos envolvidos, favorecendo a ampliação do número de programas em todo o país e a revisão permanente dos seus conteúdos e de suas práticas, nos contextos de reformulação do sistema de saúde do Brasil.

Essa característica peculiar assumida pelo programa remete à necessidade de rever o seu processo de implantação e expansão, nele destacando o papel do Programa de Apoio à Residência de Medicina Preventiva e Social (PAR) nos dois primeiros anos, e na seqüência, à associação com o movimento de Saúde Coletiva, através da Abrasco.

O PAR foi criado em 1980,

com o propósito fundamental de incrementar o adestramento de pós-graduação, sob a forma de residência, de profissionais de saúde para atuarem em cuidados primários de saúde no país, através de treinamento intensivo em serviço, em áreas de prática resultantes de projetos de integração docente-assistencial. (Abrasco, 1982: 56)

O programa nasceu do entendimento entre a Fiocruz, o Inamps e a Associação Brasileira de Educação Médica e possibilitou a criação de uma secretaria executiva, com sede na Ensp, que passou a contar com um dos seus docentes como coordenador. Nos dois anos iniciais, com essas características, o PAR implantou um Conselho de Coordenação composto por dez representantes de

programas regionais, um representante do Inamps, e outros participantes, docentes ou discentes eventuais (Abrasco, 1982).

A gestão exercida pelo PAR (1ª fase) permitiu a absorção e integração entre dez programas que tiveram uma atuação em grupo, sendo posteriormente absorvida pela Abrasco (2ª fase). Foram considerados resultados positivos dessa fase inicial:

- a definição das grandes áreas temáticas componentes do treinamento, assim especificadas: planejamento e administração, ciências sociais, epidemiologia e educação em saúde;
- o estabelecimento das linhas fundamentais dos conteúdos dessas áreas em práticas profissionais específicas, práticas de saúde coletiva (administração e planejamento de saúde, epidemiologia e métodos quantitativos); a investigação em saúde e as ciências sociais;
- o envolvimento dos docentes dos departamentos de Medicina Preventiva com o programa;
- o aumento do quadro docente de alguns departamentos, por contratações relativas a essa atividade, efetuadas pelas universidades ou por cessão de alguns profissionais do Inamps;
- a abertura dos serviços próprios do Inamps e dos serviços das secretarias estaduais de Saúde para atividades do treinamento, inclusive para a realização de investigações por alunos e professores;
- a entrada da previdência social na pós-graduação em saúde coletiva (Abrasco, 1982).

Apesar do resultado tão expressivo, duas questões se apresentaram como entraves e merecem ser destacadas: dificuldade de colaboração dos profissionais dos serviços na supervisão e docência e falta de condições mínimas para o funcionamento dos serviços, onde deveria ocorrer a prática dos alunos.

A dificuldade de participação dos profissionais da assistência nos programas é um tema polêmico, uma vez que a integração de trabalhadores contratados para atividades finalísticas, de natureza diversa, está na base da sua concepção. A construção dessa prática, contudo, mobiliza reivindicações de todas as partes, o que torna a própria participação dos trabalhadores um tema cercado de tensões e desafios. A administração da tensão gerada pela inovação passa justamente pelo convencimento das equipes, quanto à possibilidade de construção de uma nova prática, que se caracteriza por ensinar produzindo serviços e produzir ensinando, o que credita a possibilidade de sucesso a uma negociação bem-sucedida. Nessa negociação, o fator remuneração

é o principal entrave, com o argumento dos trabalhadores de que o adicional de trabalho deve ser correspondido por uma remuneração complementar para aquele que se desloca.

Alguns outros aspectos foram levantados durante o processo de implantação do PAR, que deveriam ser aperfeiçoados no processo de gestão colegiada das residências, como: diferentes visões e diferenças de 'ritmos' entre os processos acadêmicos e aqueles ligados à prestação dos serviços de saúde, e a desestruturação desses mesmos serviços, fatores que também "foram incorporados como matéria de aprendizado" pelos programas (Abrasco, 1982: 63).

A prática instaurada pelo PAR, que promoveu a integração dos grupos de coordenação dos programas estaduais, tornou-se oportuna pelo momento político que atravessava o setor saúde do país e produziu efeitos assim identificados: ampliação da massa crítica envolvida com o debate das políticas de saúde; geração de conhecimentos das realidades regionais pelos conteúdos de investigação dos programas; ampliação, no interior dos serviços, das discussões sobre a visão crítica e a emergência de práticas alternativas. A experiência colegiada favoreceu ainda a criação de quatro novas residências, em 1980, quando também foram ampliadas vagas em seis programas já existentes, elevando de 40 para 170 as vagas dos programas entre 1979 e 1980 (Abrasco, 1982).

O padrão crítico das práticas de saúde foi uma marca estabelecida pelo programa. A revisão de literatura revela que os processos técnicos e político, de construção da residência em Medicina Preventiva e Social marcaram uma diferença no que se refere à relação com a prática entre essa experiência e os treinamentos em serviço, presentes no modelo clássico da saúde pública, cujo processo de formação não considerava a existência de grandes contradições entre o campo do saber e o campo da prática. Aquela formação, da qual a residência procurava se afastar, na concepção de Paim (1986: 108) "era, portanto, orgânica a uma dada estruturação das práticas de saúde".

A adoção dessa primeira perspectiva de análise, estabelecida por Paim, parece contribuir para compreender certa evolução desse processo, que na visão do mesmo autor, chegaria à forma com que foi concebido o Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. Tratava-se de uma mudança não apenas na maneira de se conceberem os processos de ensino-aprendizagem no campo da saúde, mas também na de se idealizar o funcionamento dos serviços de atenção.

O rompimento com esse modelo considerado mais antiquado de formação de sanitaristas, durante as décadas de 60 e 70, realizou-se de forma diversa nas faculdades de Medicina e nas escolas de Saúde Pública, dadas as oportunidades de capacitação vivenciadas pelas instituições. No âmbito das faculdades de Medicina, a tendência preventivista incluía experiências:

que rompiam com o modelo anterior de formação de sanitaristas e constituíam um campo de demonstração para adestramento de profissionais que, na dependência das oportunidades do mercado de trabalho, se inclinavam para a docência em Medicina Preventiva, para o trabalho em Saúde Pública ou mesmo para a prática clínica. (Paim, 1986: 109)

As escolas de Saúde Pública, através de seus programas de mestrado e cursos de especialização em Planejamento de Saúde, também romperam com aquele tipo de formação, produzindo alternativas que tiveram impacto junto aos serviços de saúde.

A década de 70 se tornou palco de outras possibilidades, conformando o que foi denominado “tendência racionalizadora”, que teve como pretensão maior o enfrentamento das demandas e exigências geradas pela conjuntura política da saúde da época, tendo uma expressão marcante nos cursos regionalizados de Saúde Pública (Paim, 1986: 111).

A dinâmica absorvida pela residência e as relações estabelecidas com os contextos, permitiu o surgimento do que foi considerado, por Paim, como tendência teórica crítica, o que para ele é a “síntese contraditória da tendência racionalizadora com uma proposta mais avançada da Medicina Social” (Paim, 1986: 112).

Desse modo, é possível compreender o processo de aproveitamento dos residentes egressos da Ensp como docentes, num momento em que a pós-graduação *stricto sensu* ainda se reorganizava, e que as demandas externas aumentavam sobre a Escola, no sentido de formar recursos humanos para uma conjuntura de reconhecimento da crise do setor saúde, mas de uma fertilidade muito grande, quanto à formação de recursos humanos para a reorganização do sistema de saúde.

O ensino da saúde pública planta sementes para a década seguinte

O período de 1975 a 1980 apresentou-se, para o ensino de saúde pública, como uma etapa em que se expandiram as alternativas de capacitação através do Programa de Cursos Descentralizados da Ensp, experiência que possibilitou o surgimento de outras equipes de coordenação dessa atividade nos estados, e um envolvimento maior da Escola com as temáticas dos serviços de saúde, que também se diversificaram a partir dessa experiência, em um círculo mais ou menos contínuo e virtuoso.

Também nessa época, o ensino da área conviveu com um ambiente de mudanças na condução das políticas de saúde, especialmente materializadas pela condução da política de extensão de cobertura. Sob o eixo das discussões em torno da ampliação dos serviços oficiais de saúde, por sua vez, também se observou um ambiente favorável a uma problematização às estratégias de financiamento e gestão do setor saúde, então coordenadas pelo Ministério da

Previdência e Assistência Social, cuja dinâmica se tornou fonte de temas de pesquisa e referência importante para a formação dos sanitaristas.

A retomada da política de formação e absorção de sanitaristas pela Secretaria de Saúde de São Paulo colocou um diferencial na formação até então assumida pela FSP/USP, favorecendo um diálogo daquela Escola com os serviços de saúde, provocando mudanças na programação oferecida para esse grupo.

Já na esteira da revitalização das instituições de ciência & tecnologia, foi possível avançar no campo da pesquisa em saúde pública, com destaque ao efeito potencializador dessas experiências na formação de pessoal para os serviços de saúde. A Ensp especialmente se destacaria nesse processo, justamente quando promoveu uma maior aproximação da saúde pública com a medicina social, ainda que o seu grande subproduto na área de ensino tenha sido a revitalização da pós-graduação. Na revisão documental e nos depoimentos realizados não foi encontrada evidência de influência da temática “formação para os serviços” na organização da pós-graduação da FSP/USP.

O projeto das residências em Medicina Preventiva e Social parece ter-se beneficiado do contexto de sua implantação, definindo o seu marco teórico “a partir de um trabalho crítico à ideologia que lhe precedera, e do estudo das práticas de saúde que se desenvolvem em cada sociedade, particularmente aquelas mais diretamente associadas ao objeto da saúde coletiva” (Abrasco, 1982: 8-9). Dessa forma, em um contexto amplo de transformações teóricas e práticas no campo da saúde, a residência em Medicina Preventiva e Social se expandiu para dez estados, a partir do apoio do PAR. Estabeleceram-se as primeiras áreas temáticas e o programa afirmou-se como uma possibilidade de formação crítica e afinada à ordem do dia instituída pelos cânones da saúde coletiva para os recém-formados.

Vale lembrar que dois atores políticos surgiram no final desse período, o Cebes (1976) e a Abrasco (1979). Sua contextualização, no cenário do debate em torno da organização do sistema de saúde no país, foi realizada de forma mais sistematizada no capítulo 1, sua atuação será analisada mais detalhadamente a partir do próximo segmento, que representa a etapa em que suas atividades ganharam mais visibilidade e se evidenciaram como elementos que favoreceram o debate e a recriação das práticas de ensino.

Período de 1981 a 1989

Ações Integradas de Saúde: preparação de base técnica e gerencial para o SUS

Os primeiros anos da década de 80 devem ser entendidos como um momento estratégico na preparação de uma base técnica e gerencial do setor público para as reformas que viriam. Os processos de preparação e realização da

8ª Conferência Nacional de Saúde cumpriram um papel fundamental na mobilização de apoios para os próximos passos de construção do sistema de saúde, espaços abertos à participação, onde os Centros de Preparação de Recursos Humanos em Saúde Pública tiveram oportunidade de exercitar a interface do ensino com os processos que deram continuidade à luta pela construção do sistema único de saúde do Brasil.

O depoimento de Sergio Arouca recupera aspectos peculiares que pautaram a definição da 8ª Conferência, em um diálogo entre os representantes dos ministérios da Saúde e da Previdência, inicialmente voltado para a discussão da unificação do setor e finalizado com o nascimento de um evento que daria definitivamente um novo rumo ao sistema de saúde brasileiro.

Com o advento da Nova República, dois baianos ocuparam a Saúde e a Previdência: Carlos Santana e Waldir Pires. Hésio Cordeiro vai para a Previdência e eu para a Saúde. Começa a discussão da 'unificação'. Era um embate político complicado e nós nos dividimos. Desse embate saiu a seguinte questão: queremos discutir o nosso projeto, já discutido em várias oportunidades, inclusive no Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados. Enquanto isso, nessas sessões meio confusas, a Câmara aprovou o projeto de passagem do Inamps para o Ministério da Saúde e [José] Sarney não fez a passagem. [Carlos] Santana pediu demissão e Waldir argumentou que a Previdência era um patrimônio dos trabalhadores. Falei: 'então vamos consultar e vamos convocar Deus e o mundo organizado desse país e vamos dizer qual o sistema de saúde que queremos'. Aí nasceu a 8ª Conferência. (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

O papel do Cebes e da Abrasco no ensino da saúde pública

No capítulo 1, procurou-se enquadrar a criação do Cebes e da Abrasco no contexto do debate em torno da organização do sistema de saúde no país. Como já comentado, uma das interfaces desta discussão mais ampla acerca da noção de sistema de saúde foi o debate a respeito da adequação da formação de recursos humanos para a saúde às necessidades do sistema. Resta aquilatar mais detalhadamente o papel destes dois organismos na constituição do debate, ressaltando o papel de um e de outro na constituição do campo de recursos humanos para a saúde e no desenvolvimento do ensino de saúde pública.

O Cebes, criado em 1976, se organizou em torno de núcleos de profissionais de saúde nos estados. Estes, por sua vez, tinham a democratização da saúde como questão principal. Desde sua criação, o Cebes passou a desempenhar um papel crítico de relevância no debate das políticas de saúde, no meio sindical, no âmbito das instituições e junto ao parlamento, produzindo debates e veiculando informações através da revista *Saúde em Debate*, que tinha como maior foco a organização do sistema de saúde do país.

Criada cerca de três anos depois, a Abrasco desempenhou um papel primordial na articulação do ensino de saúde pública com as políticas de saúde. A sua dinâmica programática e política permitiram, em sucessivos cursos, seminários, reuniões e congressos, a aglutinação de docentes, pesquisadores e profissionais dos serviços de saúde na discussão de temas que seriam incorporados na dinâmica da formação dos profissionais de saúde pública na década de 80.

Ambas as instituições nasceram balizadas pelo ambiente político-ideológico a favor da constituição da democracia, pela defesa da institucionalização de mecanismos menos autoritários no campo da gestão das políticas públicas, bem como a defesa da participação social neste campo, o chamado controle social em saúde. Segundo Fleury (1997), guiado pelo eixo da democracia, mesmo nos tempos do regime militar, o Cebes nasceu e se desenvolveu como um caminho alternativo para a problematização e a politização das questões da saúde, permitindo ao mesmo tempo a construção de “um projeto e seus atores”.

A reconstituição da história do Cebes não faz parte do objetivo deste trabalho, mas a literatura é farta de elementos que indicam a estreita relação das suas atividades no campo da saúde pública, sobretudo o destacado papel no debate acerca do ensino das profissões de saúde, seja de uma forma mais direta – através da sua produção editorial – seja problematizando os projetos de governo e as políticas de saúde, numa posição sempre associada à renovação neste campo.

Vale a pena destacar que, ainda em 1979, o Cebes apresentou, no I Simpósio de Saúde da Câmara de Deputados, uma “plataforma programática do movimento sanitário, alcançando a adesão de parlamentares e sindicalistas, dando início a uma trajetória que culminaria com a inscrição destas propostas na Constituição Federal de 88” (Fleury, 1997: 28). Essa plataforma já procurava definir uma “saúde autenticamente democrática”, apresentada em quatro itens de princípios que passaram a fazer parte do conteúdo de militância do movimento sanitário, traduzidos e atualizados aos contextos políticos que se sucederam, assim definidos:

o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à procura ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde; o reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis de ambientes aceitáveis; o reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; e o reconhecimento, finalmente, do caráter social desse direito (...) da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supramencionadas. (Fleury, 1997: 28)

A clareza desses princípios orientou outros documentos, embasando uma prática política que se projetou através de uma estratégia de difusão, ancorada numa estrutura de diretoria nacional, um conselho editorial e uma secretaria executiva, todos os membros com atividades em serviços de saúde ou em centros de formação, não necessariamente ligados à saúde pública. Sua produção é originária desses grupos e de alunos que se identificam com as suas linhas de trabalho (Cebes, 1992).

Ao longo desse período de existência, o Cebes elegeu uma política editorial tendo a revista *Saúde em Debate* como o seu veículo regular. Sua apresentação do número 36, de outubro de 1992 é exemplar, quando afirma que,

durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o Cebes continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma nova sociedade. (Cebes, 1992: 2)

Para Fleury (1997: 8), a prática política do Cebes é orientada pela

necessidade de buscar, na teoria, a análise correta da realidade, de tal forma que seja possível gerar uma prática política capaz de transformá-la a partir de uma configuração desejada, um projeto consensualmente pactuado entre as forças sociais que buscam a democratização da saúde e do Brasil.

A relação do Cebes com a Abrasco também está presente na literatura, ainda que mantidas as diferenças, pela identidade de propósito de cada uma das entidades.

A Abrasco foi criada em 1979, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida pelos ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social e pela Opas.

A idéia de uma associação com tais características surgiu em dezembro de 1978, por ocasião da Reunião da Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (Alaesep), realizada em Ribeirão Preto (SP), quando se sentiu

a necessidade de se criar uma associação que congregasse aquelas instituições, para facilitar o intercâmbio de informações de docentes e mesmo de alunos de pós-graduação, que pudesse obter recursos para promover encontros nacionais, bem como para a disseminação dos conhecimentos produzidos nas diversas áreas e que pudesse, também, constituir-se em órgão regional da Alaesp no Brasil. (Abrasco, 1982: 111)

A Abrasco, na década de 80, pautou-se por uma intensa atividade que se desdobrou na elaboração de análises, presentes na literatura, intimamente li-

gadas ao objeto dessa investigação. Pela forma de expressão do trabalho político e acadêmico desenvolvido pela entidade, ela foi capaz de produzir um intenso diálogo com as políticas e os serviços de saúde em reorganização e, ainda, foi capaz de induzir movimentos em favor da reorganização do ensino e da pesquisa em saúde pública.

As revistas *Ensino da Saúde Pública e Medicina Preventiva e Social no Brasil*, por exemplo, publicadas entre 1981 e 1988 – fontes de dados privilegiadas nessa investigação – apresentam artigos de caracterização de situações, levantamento de elementos e dados sobre o ensino e a pesquisa em saúde pública com informações que alcançam principalmente as décadas de 70 e 80.

Um outro grupo de matérias está representado pelos informes técnicos, onde estão sistematizados alguns assuntos que preparam intervenções no ensino do campo. É o caso da multiprofissionalidade, das residências em Medicina Preventiva e Social e dos cursos de Saúde Pública.

O conjunto de reuniões inclui os seminários de Avaliação de Pesquisas, Encontro de Residentes e de Docentes, Avaliações de Cursos nas diversas modalidades do *lato* e *stricto sensu* e nas discussões para o estabelecimento de estratégias de atuação nas subáreas da saúde pública. Dois eventos, no período, abordam especificamente a relação ensino x serviço: o Seminário sobre Perspectivas da Epidemiologia frente à Reorganização dos Serviços de Saúde de 1986 e o Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária, de 1987.

A proposta da Abrasco, em relação ao ensino da saúde pública na década de 80, segue uma linha de defesa de uma atuação mais sistemática que pudessem gerar uma melhor capacitação dos docentes e resultados mais efetivos no ensino. Tem-se a pesquisa como base fundamental de geração de conhecimento, de formação de equipes e de alimentação de um processo de difusão que também embasou a prática política da entidade no período. Vale ressaltar que, em 1986, a Abrasco promoveu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, dando início a uma série de eventos dessa natureza, com os quais tanto se sistematizou quanto se promoveu maior institucionalização às discussões e propostas do movimento sanitário (Rodriguez Neto, 1977).

No que se refere à expansão do ensino de pós-graduação *lato sensu*, foi na relação com o Programa Nacional de Cursos Descentralizados da Ensp, e com as residências em Medicina Preventiva e Social que a Abrasco exerceu um importante papel de retaguarda, de politização e de reformulação didático-pedagógicas e de conteúdo, cujos desdobramentos estão apresentados em outros espaços desse trabalho.

Pela sua participação no cenário político nacional, a Abrasco, em sucessivos eventos, credenciou-se para representar o pensamento da área na pers-

pectiva crítica, suprindo-se de material analítico de seus associados para esse exercício político. Ela tornou disponíveis dados e análises para a atuação desses atores e participou, também, de outros eventos importantes para a consolidação das propostas da reforma da saúde, dos quais destacam-se: o Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara de Deputados, em 1984; o editorial sobre o repasse de recursos financeiros do MPAS para os municípios; a participação na Plenária da Saúde e no processo Constituinte (Rodriguez Neto, 1977). A promoção da Reunião de Avaliação das Ações Integradas de Saúde – AIS, em 1984, no Paraná, foi assim referida por Cordeiro (1991: 39):

Desde novembro de 1984 vinham sendo atualizadas e debatidas as propostas relativas às políticas de saúde formuladas pelas instituições universitárias, pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por comissões de saúde dos partidos políticos e por entidades de profissionais de saúde, de trabalhadores urbanos e rurais, pelo movimento da reforma sanitária. Ainda em 1984, a Abrasco e o Cebes promoveram uma reunião para avaliação das AIS em Curitiba, que reforçou a posição do movimento sanitário.

Foi possível observar, na revisão de literatura referente àquele período, uma associação constante entre atividades de natureza política do Cebes com a Abrasco, depreendendo-se também que o elemento concreto de expressão dessa identidade foi a luta de ambos pela democratização da saúde, tendo o ensino da saúde pública como espaço estratégico, para onde também retornavam os produtos da problematização de uma ação técnico – política exercida pelas duas entidades. Seus desdobramentos mais visíveis, e mesmo inesperados, iriam ganhar vulto na década seguinte à criação destes organismos, quando também avançava o processo de institucionalização das propostas do movimento sanitário brasileiro, tanto nos estados, como no âmbito da União, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação e regulamentação do SUS no final da década.

As escolas e os cursos na década de 80

Uma associação de temas vinculados à organização dos serviços, às políticas de saúde e à produção do conhecimento da área parece recortar as programações de cursos nesse período. Tanto a Ensp como a FSP/USP reciclaram suas áreas temáticas, ainda que mantendo perfis diferenciados em relação às renovações.

Na FSP/USP realizaram-se, em 1982, as duas últimas turmas dos cursos de Saúde Pública para nível local, ano em que também foi oferecido um curso para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A partir dos depoimentos dos entrevistados revelam-se algumas versões para o cancelamento dos cursos de Saúde Pública de nível local. A importância desses cursos estava expressa pela regularidade e pela realização de duas turmas por ano, associada à justificativa de absorção dos novos sanitaristas pela Secretaria da Saúde, e com responsabilidades atribuídas em setores considerados fundamentais.

Fazendo um paralelo com o sucesso da Campanha de Varíola efetuada em 1970, a partir da liderança de Rui Soares, Valter Leser também avaliou o que se passou na Campanha da Meningite na sua segunda gestão. Seu depoimento revela que a existência de um quadro profissional constituído por sanitaristas, no âmbito estadual, foi peça-chave para a manutenção das condições de saúde em nível local:

Já na segunda vez, coisa parecida foi a meningite. A Secretaria vivia escondendo e eles diziam que era surto. Paulo de Almeida Machado me procurou e me perguntou se assumiria. Organizou-se uma Campanha, mas foi muito mais fácil. Em cada região você tinha um sanitarista. Podia dar um suporte fantástico.
(Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A absorção dos quadros formados na FSP/USP pela estrutura da Secretaria, segundo o secretário, já produzia uma mudança muito grande no tratamento das questões de saúde, sobretudo pelo combate ferrenho contra o clientelismo político que o secretário desenvolvia desde o seu primeiro mandato. Em suas palavras:

Quando me perguntavam como fazer, eu respondia: impedir a intromissão política. Isso depende do responsável pela Saúde ter suporte do governador. O [Roberto Costa de Abreu] Sodré assumiu até a última hora. Por lá, pela Secretaria, apareciam políticos. Fiz um ato. Qualquer promoção era por concurso. Recebia-os bem, mas encaminhava-os para o concurso. Eles se queixavam ao governador. E o Sodré dizia: 'o Leser é um chato. Ele não faz nada que eu peço'. E com Paulo Egidio também foi assim. Acho que órgão público não tem que se envolver com política, inexoravelmente. Isso é a única coisa que faz inspirar confiança. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

O aprofundamento do modelo de absorção de sanitaristas pela Secretaria de São Paulo tampouco passou despercebido pelos militares.

David Capistrano era um dos que estavam na lista do coronel. Todos tinham medo do comunismo naquela época. Então um dia me aparece na Secretaria um coronel, que levou um despacho do Ministro da Guerra e que falava que tinha um 'bando' na Secretaria, infiltrado como comunista. Perguntou-me: 'o senhor conhece?'. Eu disse que sim. Respondi também que, infelizmente, eu não os tinha todos na Secretaria. Fora os que estão, eu gostaria de ter mais. Perguntou-

me se eu sabia a responsabilidade que estava assumindo. E eu respondi que assumir a Secretaria era uma responsabilidade muito maior. Ele saiu batendo a porta. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A avaliação efetuada pelo titular da Secretaria parece refletir que a inserção dos sanitaristas estaria satisfazendo as expectativas da época, quando a política estabelecida para o setor público era voltada para a extensão de cobertura, com reforço à rede básica de saúde, então debatida na 7ª Conferência Nacional de Saúde e em processo de discussão no interior dos ministérios da área. Valter Leser tinha convicção de que o fortalecimento da rede básica de saúde levaria à utilização racional dos recursos disponíveis e que esse caminho da qualificação conduzido por ele deveria ser aprofundado.

Até hoje eu fico me perguntando por que chegou a esse ponto. Aí tenho de voltar para o nome do Geraldo de Paula Souza, primeiro professor que foi para Harvard. Foi ser professor na Faculdade de Saúde Pública, na cadeira de Higiene. Fui aluno dele, e ele gostava de mim. Convenceu-me a fazer tese em Estatística. Ele tinha as doutrinas dele sobre saúde pública, em que a base é uma coisa chamada Centro de Saúde. Tem-se que pensar que você tem de atender pela porta de entrada, que é o Centro de Saúde. Depois um pouco de complexidade. Terceiro nível, hospitalar. Em 1976 ou 1977, houve um congresso de Saúde Pública em São Paulo. Eles [José da Silva Guedes, Pedro Dimitrov e José Carlos Seixas] apresentaram um projeto de Sistema Nacional de Saúde, que previa órgãos estaduais com autonomia em termos de planejamento, implantação, supervisão e avaliação de programa a partir do Centro de Saúde. Fico triste porque o que ficou mais importante foi o hospital. Pensando o que pensei toda a vida, sobre o Centro de Saúde, é difícil de aceitar alternativa. Qual a retaguarda do médico de família? Periga ter médico de família apoiado no hospital. (Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A avaliação do secretário em relação ao que aconteceu na política de saúde é muito rigorosa em relação à sua efetividade. Para ele, o abandono da estratégia de reforço às unidades básicas de saúde como 'portas de entrada' do sistema de saúde é um equívoco, que está expresso no seu depoimento sobre a interrupção do investimento na formação de sanitaristas, também atribuída por ele à visão político-ideológica dos governantes da época.

A grande maioria dos sanitaristas era de esquerda e tinha de ser. Dando balanço, ninguém trabalhando em saúde pública, em São Paulo, pode deixar de ser de esquerda. Não é possível ver a miséria e as condições de vida e saúde, e não dizer: 'eu preciso mudar'. Isso era ser de esquerda. Nas administrações que se seguiram vieram pessoas que não gostavam da esquerda. Paulo Maluf acabou liquidando a carreira. Acho que é caminhar para trás. Não vejo perspectiva de

mudança. Estão fechando os Centros aqui. Vai-se ao Centro e não tem médico. Guedes é dessa turma. Deve haver coisas acima da vontade do secretário.
(Valter Leser. Entrevista concedida em 7/4/1998)

A discussão encaminhada nos depoimentos de Leser está relacionada à suspensão dos cursos que formavam quadros para a Secretaria de Saúde, mas levanta pontos ainda atuais da política de saúde, trazendo para a reflexão, mais uma vez, a questão da porta de entrada do sistema de saúde – que, por sua vez, também se relaciona com a satisfação do usuário, o direito à saúde, a cidadania e tantos outros temas ligados à organização da assistência pública à saúde. Permanecem o debate e as interrogações para prováveis objetos de pesquisa que queiram se aproximar dessa temática pela vertente da assistência, inclusive na sua relação com a cidadania.

A suspensão do curso pela FSP/USP, no entanto, não interferiu agudamente na oferta das especializações em Saúde Pública e de Planejamento do Setor Saúde, que se mantiveram regulares até o final da década de 80, ainda que ambos os programas tenham sofrido ajustes quanto às suas propostas organizativas. Em 1985, os cursos de Saúde Pública se organizaram em módulos, mantendo, contudo, a estrutura disciplinar do modelo anterior. Em 1989, eles voltaram a se estruturar em disciplinas obrigatórias gerais e obrigatórias específicas.

No que se refere aos conteúdos do curso de especialização em Saúde Pública, observa-se a incorporação do conteúdo de demografia e a saída daqueles ligados às doenças transmissíveis e à vigilância epidemiológica, que passaram a compor o bloco da epidemiologia, com a denominação de Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Três áreas cresceram nesse período, compondo os grupos das disciplinas ou módulos correspondentes às obrigatórias específicas: saúde ocupacional (para médicos, farmacêuticos bioquímicos, enfermeiros, biólogos e educadores, a partir de 1985); microbiologia de alimentos (para veterinários, farmacêuticos e biólogos); e materno-infantil (para médicos, enfermeiros e educadores). A forma como essas disciplinas se organizaram parece configurar o surgimento de linhas de trabalho que podem refletir linhas de pesquisa.

O curso de Saúde Pública para engenheiros destacou-se pela criação de um módulo de formação profissional específica, em 1989, com disciplinas técnicas que, no conjunto, traduziam uma relação com o seu campo específico, no que se refere aos sistemas de abastecimento de água, esgoto e lixo, além de um estágio especializado.

Na área da epidemiologia, observa-se que, no período, a Faculdade suspendeu sua série de cursos de Entomologia Epidemiológica, passando a realizar cursos de extensão universitária de Epidemiologia Clínica.

A área de planejamento manteve-se ativa durante toda a década, com o curso de Planejamento do Setor Saúde com disciplinas que enfocavam as políticas de saúde, a economia da saúde e um vasto conteúdo do campo da administração. Uma parte do curso se dedicava ao estudo do planejamento na Secretaria de Saúde de São Paulo.

Poderíamos concluir, parcialmente, que as mudanças político-pedagógicas e institucionais desenhadas durante a segunda metade dos anos 70 avançaram para a década seguinte de uma forma muito articulada ao contexto da institucionalização do Sistema Único de Saúde. A remodelação que se observa da década de 80, contudo, espelha e materializa o movimento de fortalecimento de um sistema de saúde estatizante, o amadurecimento político-institucional dos órgãos formadores de especialistas, bem como as próprias dificuldades destes mesmos órgãos de avançar mais radicalmente rumo à implementação de um modelo formativo e de gestão de políticas de saúde menos biologizante e hospitalocêntrico e mais inspirado nos pressupostos da medicina social e da saúde primária.

Renovações metodológicas e de conteúdo na Ensp

A década de 80, para a Ensp, está associada à expansão e à crise dos cursos descentralizados, à residência em Medicina Preventiva e Social, como expressão de um modelo inovador na formação para o serviço, ao envolvimento da Escola com um movimento mais amplo de renovação da saúde pública, que também se tornava concreto com os trabalhos do Cebes e da Abrasco. A Escola orientou mudanças metodológicas de conteúdos e de clientelas dos seus cursos e teve significativa participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujos trabalhos subsidiaram os parlamentares na elaboração da Constituição de 1988.

Entre os cursos de Saúde Pública desse período, destaca-se o curso de Saúde Pública de 1985, pelas inovações apresentadas em seu programa organizado em blocos, pela integração de conteúdos, pela natureza das temáticas, pelo enfoque pedagógico e pela clientela (Seca/Ensp, 1998).

A organização das disciplinas foi orientada para temáticas que presidiam a concepção do bloco, guardando certa identidade com os cursos modulares que vinham sendo realizados pelo Programa dos Cursos Descentralizados. No V Seminário de Avaliação desses cursos, recomendou-se uma estreita relação do ensino com as práticas de saúde e a integração interdisciplinar (Abrasco, 1983).

Uma outra particularidade do programa foi a disposição dos temas que deram nomes aos blocos, assim definidos: diagnóstico das condições de saúde e um primeiro diagnóstico dos recursos de saúde, no que se refere ao perfil

institucional e localização espacial; diagnóstico interno dos serviços de saúde com ênfase no diagnóstico de recursos, na linha do planejamento de atividades; e o planejamento/programação dos serviços de saúde, utilizando o aprendizado dos conteúdos de análise de viabilidade e factibilidade. O trabalho de campo foi o eixo orientador, com atividades desenvolvidas ao longo do curso.

O enfoque pedagógico do curso de Saúde Pública de 1985 inovou na metodologia do trabalho de campo, que foi construído ao longo da experiência de formação. E, finalmente, chama atenção sua clientela, cuja análise dos dados revela grande procura de alunos dos municípios do Rio de Janeiro. Entre os 241 alunos inscritos para a seleção, 230 eram vinculados a secretarias municipais de Saúde do estado, sendo que desses, 24 eram de Niterói, indicando uma movimentação especial no sentido da municipalização da saúde no âmbito estadual no Rio de Janeiro. Em 1980, o curso de especialização em Saúde Pública teve 96 candidatos, dos quais apenas dois eram vinculados à Secretaria Municipal de Niterói (Seca/Ensp, 1998). Vale ressaltar que esse curso se realizou no contexto de preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde e de realização das pré-conferências.

No que diz respeito aos conteúdos, como refere Paulo Buss, observou-se a junção das políticas de saúde com a estrutura do setor, o diagnóstico dos recursos em saúde e a história da saúde pública do Brasil, com certo aprofundamento acerca da discussão desse tema no Rio de Janeiro.

A Escola se assumiu como nacional. Ocorreu uma renovação conceitual e metodológica. Ela passou também a utilizar categorias explicativas muito mais ampliadas, do processo saúde-doença e suas intervenções. Incorporaram-se novas categorias analíticas. Passou a incorporar história e sociologia para a pesquisa e a intervenção. (Paulo Buss. Entrevista concedida em 29/2/1998)

O bloco relativo ao planejamento/programação já absorveu a discussão de planejamento normativo x planejamento estratégico e buscou também oferecer conhecimentos sobre instrumentos gerenciais.

Durante todo o período, houve uma tendência à organização de cursos por blocos e áreas temáticas, esboçavam o recorte de temas por uma lógica interdisciplinar, ainda que se observe que as disciplinas continuaram sendo as unidades programáticas até o final do período.

O curso de Saúde Pública de 1989 se organizou também de uma forma inovadora, efetuando reuniões das disciplinas em torno dos fundamentos (1º bloco) e das práticas e ações (2º bloco). É possível destacar algumas disciplinas que se renovaram conceitualmente, como é o caso dos fundamentos da bioecologia e da vigilância sanitária, saúde do trabalhador e ecologia humana.

Quanto à clientela, manteve-se uma tendência de candidatos com origem municipal, com representantes de cidades como: Barra do Piraí, São João de Meriti, Duque de Caxias, Niterói, Petrópolis, Barra Mansa, Miguel Pereira e Volta Redonda (RJ); São João del Rei, Paracatu, Januária e São Francisco (MG); Arapiraca e Coruripe (AL); Barreiras (BA); São Luís (MA); Olivença (SP) São Paulo; Manaus (AM) e Natal (RN) (Seca-Ensp, 1998). A residência em Medicina Preventiva e Social passou, em 1989, a se chamar curso de residência em Saúde Pública. Em 1985 e 1989, ela assumiu uma estrutura mais disciplinar, aproximando-se das disciplinas do curso de Saúde Pública. Em 1985, a disciplina de práticas denominava-se práticas de serviços básicos de saúde e, em 1989, as práticas se diversificaram em saúde mental, vigilância epidemiológica, de serviços de saúde e de planejamento, indicando uma vinculação a novas linhas de trabalho da Escola. Também em 1989, a disciplina de Introdução à Metodologia de Pesquisa sistematizou a oferta dessa formação.

Os cursos de especialização em Epidemiologia, nesse período, dedicaram-se aos métodos e técnicas epidemiológicas, assim como à demografia básica, às doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Em 1989, o módulo aplicado já abordava campos mais temáticos através das disciplinas de epidemiologia das doenças transmissíveis e epidemiologia aplicada ao planejamento de sistemas de saúde.

Os cursos descentralizados e a Abrasco: a evolução com avaliação

Nos primeiros anos da década de 80, a Ensp recuperou sua condição de Escola, perdida no período anterior, quando passou à categoria de Departamento de Recursos Humanos (Coutinho, 1980). Sob a coordenação de Ernani Braga, a Escola iniciou um programa de renovação intra-institucional e de realinhamento em relação ao Ministério e às demais instâncias do governo federal. De acordo com Arlindo Fábio:

A Ensp recupera a categoria de Escola, com Ernani Braga em 1983, e ele traz segurança. Ele era bem relacionado com o panorama internacional e insiste para que a Escola tire o 'mofo', dando oportunidades aos novos para que eles possam sair para fazer pós-graduação no exterior. Nesse tempo, Guillard [Martins] estava na presidência, tinha sido vice-presidente de Vinicius [da Fonseca] com uma boa relação com a Escola. Ele trouxe o Ernani que intermediava uma relação favorável, com o Ministério [da Saúde]. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Nesse contexto de maior estabilidade institucional, o Programa de Cursos Descentralizados da Ensp se expandiu para muitos estados, sendo potencializado pela atuação da Abrasco, que se inseriu no campo da formação com

inúmeras iniciativas voltadas para a discussão da política de saúde, para a produção científica, para a capacitação docente e para o aperfeiçoamento do ensino.²³ Nesse período, a Abrasco desenvolveu uma intensa atividade político-ideológica em parceria com o Cebes, a exemplo dos simpósios de Saúde da Câmara de Deputados, as conferências nacionais de Saúde e os congressos da Área de Saúde Coletiva (Rodriguez Neto, 1977), além da difusão técnico-científica e política, das produções elaboradas pela área, já analisadas por outros autores.

Em relação ao ensino, as atividades da Abrasco desempenharam um papel fundamental para os cursos de Saúde Pública Descentralizados, promovendo avaliações em parceria com a Ensp e permitindo, através dessa atividade, um aprofundamento das questões conceituais e metodológicas abordadas pelos mesmos. As reuniões também proporcionavam o intercâmbio entre as equipes dos cursos nos estados, e entre essas e os docentes da Ensp e de outros centros formadores convidados, criando dessa forma uma perspectiva favorável ao aperfeiçoamento do sistema de formação em expansão.

O Programa de Cursos Descentralizados realizou, no período, três seminários de avaliação, contando com a colaboração da Abrasco. Os encontros promoveram uma discussão fundamental, ora sobre as questões metodológicas e administrativas dos cursos, ora sobre a sua relevância para as políticas de saúde. Serviram ainda como fóruns de análise sobre fenômenos provocados pela inserção dos seus egressos na estrutura do estado.

O V Seminário, por exemplo, que correspondeu ao período de 1980 e 1981, já abordado por este trabalho, teve como questões principais o modelo e a dinâmica dos cursos modulares e a integração da teoria aos campos de prática dos serviços de saúde (Abrasco, 1983).

No VI Seminário, realizado em outubro de 1983, aflorou uma tensão entre o comando da Ensp e os estados, dadas as características de fortalecimento de algumas coordenações estaduais. Também, nesse período, no contexto da administração pública, o questionamento da centralização era uma bandeira dos estados. Esse era um conteúdo permanente das discussões de reorganização do Sistema de Saúde e elemento importante da programação dos próprios cursos (Abrasco, 1984).

As conclusões do seminário, no entanto, reafirmaram a importância do papel nacional exercido pela Ensp, com a observação de que a autonomia seria conquistada a partir de um corpo docente forte nos estados, o que deveria ser

²³ O documento preliminar de criação da associação aborda princípios básicos como: as condições de saúde da população e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a formação de pessoal em saúde coletiva e a pesquisa no campo da Saúde Coletiva (Abrasco, 1982).

buscado através do processo de gestão dos próprios cursos (Abrasco, 1984). A respeito, conclui Arouca:

Eram cursos muito politizados, independentes da Secretaria de Estado. É claro que havia ascensão e queda de alguns e deslocávamos para outro lugar. Na medida em que eles foram se constituindo, eles criavam o inverso. Queriam poder; faziam parcerias regionais, e isso é fundamental. O novo na política é quando você não precisa mais do centro. A política é diversidade, e o centro é forte.
(Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998)

Compõem o relatório do VI Seminário, como anexos, alguns documentos de avaliação das secretarias de Saúde do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio Grande do Norte, onde aparecem considerações bastante díspares entre si, mas indicativas das avaliações que os gestores estaduais já faziam da inserção desses profissionais na estrutura estadual. Nelas estão considerados alguns elementos de avaliação dos cursos, com a menção do processo de inserção do sanitarista nos correspondentes estados, assim expressos nessa oportunidade: o representante da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul sugere uma proximidade maior do sanitarista com o nível local, advertindo que “é necessário que os técnicos adquiram conhecimentos e capacidades que os habilitem a executar as tarefas de prevenir e controlar doenças, a começar por um domínio seguro de fundamento científico das atividades desenvolvidas”, recomendando em seguida, que sobre esses, “devem assentar-se os conhecimentos de Epidemiologia, Estatística, Planejamento e Administração” (Abrasco, 1984: 238).

A representação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais apresenta um estudo de egressos, em que se destaca a importância dos cursos para a expansão dos serviços naquele estado, mas conclui que a base de todos os seus questionamentos é o “desentrosamento entre as escolas de Saúde Pública e os serviços”, ressaltando que, de um lado, “os cursos têm tido uma postura acadêmico-cêntrica, refletindo muitas vezes, em seu conteúdo, mais a visão de mundo dos seus coordenadores do que as necessidades reais dos serviços”; de outro, a incapacidade dos serviços, “de definirem projetos coerentes de trabalho, que permitam traçar os diferentes perfis de profissionais e transmiti-los às agências formadoras de recursos humanos, dentre elas, os cursos de Saúde Pública” (Abrasco, 1984: 240).

O terceiro e último documento foi apresentado pelo secretário estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, que se refere ao curso de Saúde Pública Descentralizado como fator de integração da Secretaria com o Inamps e com a universidade. Destacou que o curso influenciou a rede de serviços e foi influenciado por ela. Lamentou não dispor de uma avaliação organizada de forma mais sistemática, contudo, ressaltou que esse profissional teve “um alto grau de compromi-

so social com o trabalho que se apresenta, que influencia grandemente o nível diferencial de desenvolvimento das diversas unidades”. E concluiu que “finalmente, o secretário considera a importância do trabalho do sanitarista nas equipes regionais, razão que determinou a criação de um cargo privativo de vice-diretor da instância regional, privativo do sanitarista” (Abrasco, 1984: 243-244).

Vale destacar o conflito entre teoria e prática então sinalizado pelos participantes do Rio Grande do Sul e representado, por Minas Gerais, como um desentrosamento entre as escolas e os serviços – tema persistente nos seminários, pelo menos desde 1981. Merece também atenção especial a avaliação do comprometimento social dos egressos do curso e a criação do cargo de vice-diretor regional como privativo desse profissional, seguindo uma linha adotada pelo governo do estado de São Paulo na década de 70, ainda que, no caso do Rio Grande do Norte, o cargo privativo era de vice, o que pressupõe a existência do cargo de diretor regional preenchido por outros critérios.

Seja como for, os cursos descentralizados passavam por sucessivas avaliações e se expandiam. Em 1980, eram 15 cursos; em 1982, passaram a 16. A partir de 1983, sofreram um declínio até 1985, quando funcionavam 9 cursos. Esses números voltaram a crescer em 1986, com 13 cursos, chegando a 18 em 1987, como podemos observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Evolução do número de cursos descentralizados. Ensp – 1980-1989

Vale ressaltar que o período em que os cursos sofreram um aumento significativo e depois um declínio coincide com o processo de implantação das Ações Integradas de Saúde-AIS, que perdurou de 1981 a 1984 (Cordeiro, 1991). Este processo surgiu acompanhado de um debate sobre o sistema nacional de saúde, já comentado anteriormente, que provocou apoios e oposições às idéias de reforma. O entusiasmo do ano de 1982, com 16 cursos, deu lugar a uma retração do número de experiências, descrevendo uma curva descendente, provavelmente convivendo com crises em alguns estados.

Um dos depoimentos faz referência à atuação do diretor da Ensp junto ao Ministério, diante da 'crise' no Programa dos Cursos Descentralizados, que parecia ser mais séria do que então se imaginava, sobretudo, tendo em vista o fato de que inúmeros problemas aconteceram nos estados e jamais foram relatados pelos coordenadores locais dos seminários. Observa-se, no entanto, o cancelamento dos cursos da Bahia, Piauí e Ceará, em 1983, e de Pernambuco, em 1984. Em 1985 nenhum curso descentralizado se realizou no Nordeste. A postura do diretor da Ensp, nos episódios relacionados aos cursos, relatados como 'crises', está referida por Arlindo Fábio. Apesar de todo volume da crise, ele atribuiu à habilidade de Ernani Braga, então diretor da Ensp, a manutenção dessas experiências.

Foram várias as fases de intermediação, mas a Escola já tinha sustentação. Na crise de Pernambuco, o Ernani foi fundamental. Choveram telegramas em Brasília, e o Ministério entendeu isso. A relação dos descentralizados dá maiores raízes de sustentação. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Ainda em 1982, iniciou-se uma diversificação dos cursos descentralizados com as áreas de epidemiologia, planejamento de saúde e odontologia social para os estados da Bahia, Piauí e Minas Gerais, respectivamente, tendência que se manteve em experiências diversificadas por essas e outras áreas temáticas, durante toda a década.

Em 1986, ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi retomado o crescimento do número de cursos descentralizados da Ensp, que chegaram a 13 nesse ano, passando a 18, em 1987.

Vale destacar que a preparação e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde se deram através de um processo em que se registrava uma inovação no modelo de participação em relação a todas as anteriores, contando com as instituições representativas do setor, e incorporando as representações dos trabalhadores e da sociedade. Sua realização em Brasília foi precedida de pré-conferências nos estados, o que agregou ao processo uma grande mobilização de atores, dos mais variados locais do país (Brasil, 1986). Acresce-se a esse fato a realização de conferências específicas por temas estratégicos, também precedidas de pré-conferências. A atuação do pessoal da Ensp, já nos bastidores e na preparação desses eventos, foi importante. Segundo Arouca, "a Ensp participou da 8ª Conferência com teorização e organização das pré-conferências; os professores viajavam e documentos básicos eram preparados" (Sergio Arouca. Entrevista concedida em 11/4/1998).

Um fato novo surgia no processo de descentralização da formação de sanitaristas. Havia possibilidade de que um novo ator, além da Ensp, desempenhasse um papel de cooperação com a formação de sanitaristas para os

serviços de saúde, de forma também descentralizada. Ocorre que, por solicitação do secretário municipal de Saúde de São José dos Campos, em 1987, a FSP/USP aprovou o curso de Saúde Pública Regionalizado (Processo n. 127/87-AAFSP) e realizou dois cursos nesse município, nos anos de 1987 e 1989.

Vale destacar que o secretário de Saúde daquele município tomou conhecimento dessa possibilidade através do Catálogo de Pós-Graduação da Abrasco, e, tendo procurado a Ensp, foi aconselhado a dirigir a sua solicitação à FSP/USP, onde seu pedido recebeu um parecer de apoio de um dos docentes, destacando que estava “na ordem do dia do movimento sanitário brasileiro a municipalização dos serviços de saúde, que certamente será fortalecida quando a nova Constituição Federal estabelecer que maior volume dos tributos será destinado aos municípios” (Ofício 291/87/SMS). Nesse mesmo parecer, o relator destacou o quadro numérico de pessoal de São José dos Campos considerando essa solicitação, “um passo à frente na municipalização do sistema de saúde daquele município”. E sugeriu que a Faculdade assumisse o apoio a esse curso “em face do desafio do momento histórico que atravessamos” (Processo n. 127/87-FSP). Sugeriu também a organização de uma comissão interdepartamental, que passou a ser responsável pelo curso na Faculdade. As suas prescrições foram posteriormente aprovadas pela coordenação de ensino da instituição, iniciando-se a sua execução.

Em 1986 realizou-se o VII Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública, que discutiu o avanço dos cursos oferecidos pela iniciativa privada, na esteira da retração ocorrida em alguns estados, e reconheceu o aprofundamento da municipalização do sistema de saúde e também o avanço da estratégia das AIS (Abrasco, 1988).

Essa reunião se realizou após os resultados da 8ª Conferência, e seus participantes sugeriram a revisão dos programas de cursos à luz dos seus resultados, com a incorporação da questão hospitalar, da municipalização, da vigilância sanitária e do meio ambiente.

Foram mais uma vez tratadas as questões metodológicas, envolvendo os cursos modulares que, nessa oportunidade, foram avaliados como inadequados pela sobrecarga de trabalho dos alunos no seu período de dispersão. Também foi considerado desejável o agrupamento de disciplinas em áreas temáticas, tendência que foi se tornando muito utilizada pelos cursos da Ensp.

Tomando em conta o contexto de reformulação do Sistema de Saúde, os participantes do seminário também se posicionaram pelo reforço às Ações Integradas de Saúde, elegendo a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) como fórum privilegiado (Abrasco, 1988).

Do ponto de vista do mercado, foi a “Carta do Sumaré” o produto de caráter político dessa reunião, que encaminhou a reivindicação de que o setor público

considerasse apenas os egressos de cursos públicos para o preenchimento de suas vagas, como forma de coibir os cursos privados, então em ascensão.

No âmbito da relação Ensp x estados, foi apresentado na reunião, pela Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados da Ensp, um documento em que se propunha uma retração do papel coordenador da Escola, com a valorização de outros centros que poderiam passar a dar um apoio técnico aos cursos que ainda precisassem, passando então a Ensp a realizar outros papéis como o de capacitação docente. Os participantes rejeitaram a proposta e propuseram, inclusive, a sua ampliação (Abrasco, 1988).

Em 1987, realizou-se mais um evento dedicado à avaliação dos cursos descentralizados, dessa vez, em uma iniciativa que se inseria no Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária, englobando as avaliações da pós-graduação *lato* e *stricto sensu*.

Na ocasião, o eixo da avaliação não se centrou apenas na relação ensino/serviço, ou Ensp/estados, presentes nas reuniões anteriores, mas também na relação *lato/stricto sensu* e, nessa perspectiva, o grupo sublinhou a sobrecarga que a formação de recursos humanos impõe às instituições acadêmicas, causando “certo esvaziamento da pós-graduação *stricto sensu* e interfere na produção científica e na formação de quadros docentes”, e sugeriu que se priorizasse “a função precípua de mestrado e doutorado” (Abrasco, 1988: 125).

No que se refere ao Programa de Cursos Descentralizados da Ensp, esse seminário reforçou a pertinência dos cursos básicos de Saúde Pública, mas sugeriu que os mesmos deveriam ser reformulados “à luz das exigências impostas pela Reforma Sanitária”, ressaltando “a urgência de serem oferecidos cursos de treinamento com reduzida carga horária (em relação ao básico), com conteúdos específicos e que pudessem oferecer um retorno rápido para a organização e a prestação de serviços” (Abrasco, 1988: 133).

Finalmente, a avaliação considerou que a relação entre a Ensp e os estados deveria incluir como parceiros privilegiados a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e, principalmente, a Abrasco, no sentido de superar a relação convencional até então existente e avançar para a elaboração de um Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde Coletiva, em nível de especialização (Abrasco, 1988).

Dessa forma, observa-se no final da década de 80, uma perspectiva de alteração da modalidade de relação estabelecida historicamente entre a Ensp e os estados, considerado o fortalecimento de outras instâncias articuladoras do Sistema de Saúde, como a Ciplan e o Conass, e a relevância da Abrasco, como entidade que passava a ser reconhecida pelo trabalho desenvolvido durante toda a década de 80, na organização da pós-graduação, na formação de docentes e na articulação entre ensino e serviço de saúde (Abrasco, 1988).

É possível observar, nesse período, uma expressiva atuação do Programa de Cursos Descentralizados da Ensp. Nos primeiros anos da década de 80, suas avaliações passaram a ser realizadas em associação com a Abrasco, aumentando a capacidade de interlocução dessa programação com outros atores vinculados à associação, através de reuniões temáticas da saúde pública, ou de avaliações do ensino e da pesquisa no campo. Ainda que essa investigação não tenha avaliado efetivamente a participação docente nesses eventos, observa-se que a forma de organização das reuniões e cursos da Abrasco, bem como suas atividades de incentivo à produção acadêmica e de difusão do conhecimento favoreceram a participação e o desenvolvimento dos docentes nas questões relacionadas à pesquisa em saúde pública.

O encontro entre os serviços e o ensino: muda o sistema de saúde e muda a formação

Discutimos que, no início da década de 70, as escolas de Saúde Pública formavam sanitaristas para um mercado de trabalho restrito, organizando seus cursos de Saúde Pública e de Planejamento do Setor para atender demandas imediatas de serviços de saúde pública do governo federal e de algumas secretarias estaduais de Saúde.

Nesse período, operaram-se mudanças no ensino médico, interferindo nas práticas das faculdades de Medicina, através de seus departamentos de Medicina Preventiva, alcançando também os serviços de saúde, que deveriam absorver as atividades de integração docente-assistencial.

A reforma universitária se implantou no final da década de 60, mas não se completou na FSP/USP, mantendo o Departamento de Ciências Básicas no mesmo espaço de educação para a saúde pública.

A reforma administrativa se expressou através do Decreto-lei n. 200/67, recomendando uma nova ordem institucional para a administração pública, abrindo espaço, na década de 70, para a formação do sanitarista-administrador de serviços de saúde.

A Ensp e a FSP/SP apresentavam condições internas peculiares para vivenciar suas relações com o mercado de trabalho, que, aos poucos, foi mudando de característica, na esteira de atualização do setor saúde.

A FSP/USP se apresentou, desde o início do período estudado, com uma programação de cursos de Saúde Pública por categorias profissionais. Esta programação convivia com o mestrado e doutorado, também institucionalizado e integrando suas disciplinas com as linhas de atuação dos departamentos.

A Ensp iniciou a década de 70 recuperando-se de uma crise institucional que resultou na demissão de parte de sua equipe. Entre os remanescentes desta

crise estavam sanitaristas com experiência ligada aos serviços de saúde e solidez de conhecimento nessa área e jovens docentes, com os quais compartilhavam experiências internas de trabalho, produzindo inovações no campo pedagógico e político. Nessa direção, surgiram os cursos de especialização em Saúde Pública com características variadas (epidemiologia e planejamento e administração) e o Programa de Cursos Descentralizados, que se iniciou com dois estados, expandindo-se para todo o país durante as décadas de 70 e 80.

A partir da segunda metade da década de 70, estímulos internos e externos favoreceram modificações de ordem programática em ambas as escolas, criando as bases sobre as quais vão se assentar as articulações desses dois núcleos com as políticas de saúde e educação, produzindo e processando demandas que vão se refletir no seu potencial de colaboração com o sistema de saúde e na reformulação de seus programas de cursos, que passaram a absorver os conteúdos dos debates e de reformulações do sistema de saúde.

As características pessoais, profissionais e políticas de cada uma das equipes estabeleceram possibilidades de relações com grupos externos, resultando, para a Ensp, na possibilidade de incorporação de um outro grupo com experiência acadêmica, proveniente da área de medicina social, o que permitiu a reconfiguração do grupo original.

O grupo vindo de São Paulo, então absorvido pela Ensp, apresentava características de formação e experiência na área de pesquisa. A absorção se deu num contexto em que o governo brasileiro decidia apoiar o campo da ciência & tecnologia, favorecendo a aproximação da Fiocruz com a Finep, instituindo assim uma linha de financiamento que possibilitou a realização dos projetos Peses/Peppe, cujos resultados incluíram a capacitação e a incorporação de novos docentes na Ensp e outros centros colaboradores. Além disso, foi um ambiente favorável à sistematização e rediscussão de conteúdos da saúde pública tradicional, com a formulação de novos conceitos que passaram a fazer parte do cotidiano do ensino e da pesquisa da saúde pública brasileira.

No final da década de 70, implantou-se também a residência em Medicina Preventiva e Social como uma opção multiprofissional para incorporar os recém-formados no esforço de preparação de pessoal de saúde para os serviços de atenção. Na prática, constitui-se também como uma estratégia de formação de docentes, sendo sua formação dividida entre as práticas de saúde e as experiências de pesquisa relativas à assistência e aos serviços de saúde da Ensp.

Na FSP/USP estabeleceu-se uma aliança com a Secretaria de Saúde do estado, com a colaboração decisiva do Ministério da Saúde, em torno da qual se permitiu a formação em massa de sanitaristas para atuar nas unidades de saúde de São Paulo. Na prática, esta aliança resultou na incorporação, pela

Secretaria de Estado, de um grupo de profissionais inseridos também em outros níveis do sistema, passando a compor, por alguns anos, o quadro assessor do secretário de Saúde.

Entusiasta do fortalecimento dos serviços básicos e da carreira de sanitistas como base de uma reforma que privilegiaria essa porta de entrada, o secretário de Saúde, por duas gestões, promoveu a ampliação do mercado de trabalho, fortaleceu e ampliou a relação da Secretaria com a FSP/USP, que, na década de 80, retrair-se-ia após o encerramento da programação de cursos de especialização em Saúde Pública para nível local.

Todas estas propostas mais progressistas conviviam com um modelo de atenção à saúde, vigente em todo território nacional, que concentrava poder e recursos financeiros no Ministério da Previdência e Assistência Social, ainda que o Ministério da Saúde estimulasse experiências inovadoras, pela via da atenção primária, e por esse caminho, tenha estabelecido alianças com os movimentos internacionais de reformas do setor e, no plano interno, com as secretarias estaduais de Saúde e com as universidades. Esse percurso, intensificado na segunda metade da década de 70, resultou na realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, já no início da década de 80. Avolumavam-se as discussões em torno de mudanças no Sistema de Saúde, pelo fortalecimento do setor público através da atenção básica.

No plano político, a efervescência nas políticas de saúde causada pelo acirramento das contradições do modelo de assistência à saúde defendido pelo governo militar mobilizou parte do movimento docente que, com o apoio de profissionais dos serviços que também problematizavam essas questões, se organizaram em torno de duas entidades, o Cebes e a Abrasco. Com características diferentes, mas complementares, elas passaram a atuar no encaminhamento político de questões relativas ao andamento das políticas de saúde e de educação em saúde pública, abrindo espaços para uma atuação político-acadêmica organizada e propositiva. Seus movimentos permitiram a sistematização de idéias e a discussão de propostas políticas que subsidiariam eventos constituídos nos espaços formais do Executivo e Legislativo, onde os centros de formação em saúde pública passaram a ser representados por esses novos atores sociais.

Na década de 80, aprofundaram-se as contradições do modelo de atenção, avançou a produção científica no meio acadêmico sobre as questões da política de saúde e expandiu-se a formação em saúde pública por todo o país. Os cursos descentralizados, através da assinatura de convênios, associavam-se a universidades instaladas em diferentes estados. A meta era a realização de programas de capacitação de recursos humanos que, através dessa articula-

ção, poderiam ser enriquecidos diante do acesso aos produtos das pesquisas realizadas por esses centros universitários e pelas escolas de Saúde Pública.

Os sistemas estaduais de saúde se organizaram e, em função da complexificação de suas práticas, o Programa de Cursos Descentralizados da Ensp diversificou a oferta de especializações, além do curso de especialização em Saúde Pública, notadamente nas áreas de planejamento e epidemiologia.

A idéia do fortalecimento da atenção básica, pactuado na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, deu origem à formulação do Prevsauúde. Este programa, amplamente debatido por representações sindicais, associativas e patronais, não conseguiu aprovação no interior do governo. A tensão se estabelecia pela discussão entre estatização e privatização da assistência à saúde. Pelo amplo debate que se desenvolveu em torno do Prevsauúde, não aprovado, o governo editou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano Conasp, que recomendava medidas racionalizadoras, também debatidas nos programas de ensino, no meio sindical e associativo.

As AIS surgiram no interior da previdência social, propondo medidas de integração entre as instâncias prestadoras de serviços e se oferecendo como espaço de debate das políticas de saúde, o que facilitou o avanço da discussão sobre o sistema de saúde, em relação às propostas editadas pelo Plano do Conasp. As AIS também possibilitaram uma discussão sobre planejamento integrado de recursos, o que a médio e longo prazos, permitia que, nos colegiados, Ciplan, CIS, Cims (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) e Clis (Comissão Interinstitucional Local de Saúde) fossem politizadas as questões que definiam a distribuição de recursos financeiros e de poder no setor saúde. No plano da organização, as AIS criaram uma base de estrutura gerencial de caráter colegiado, avançando no modelo de gestão pública do sistema de saúde.

Os embates político-ideológicos e as construções técnicas e políticas resultantes de cada uma das etapas de implantação do sistema de saúde foram incorporados ao cotidiano dos cursos de formação de sanitaristas, em suas diversas modalidades, e passaram a ser matéria de construção de novas disciplinas, que também foram estimuladas pelos resultados das pesquisas realizadas pelos programas de pós-graduação em saúde pública, que funcionavam desde 1977 em ambas as escolas, com algumas interrupções na Ensp.

As modificações que se estabeleceram nas áreas de planejamento/administração e epidemiologia podem ser observadas na organização dos conteúdos disciplinares, assim expressos ao longo das duas décadas. Até 1980, a administração se estrutura sob a forma de administração geral, administração sanitária, e administração em saúde pública; no período de 1981 a 1989, ela parece incorporar problemas e desafios colocados pelo processo de organização dos serviços de saúde, tomando as seguintes denominações: administração de

serviços, administração de hospitais e centros de saúde, rede de serviços, administração geral e pública, administração pública e gerência nas instituições públicas do setor, teorias organizacionais e funções do processo administrativo em organizações complexas e áreas críticas da gerência de serviços de saúde.

O componente de planejamento evoluiu, entre 1980 e 1985, com a incorporação de temas como: regionalização, níveis de assistência, planejamento e programação, planejamento dos serviços de saúde, métodos e técnicas de planejamento, diagnóstico dos serviços, projetos, regionalização e administração de saúde.

De 1985 a 1989, as disciplinas assumiram um formato que absorveu a relação entre a política geral e a política setorial de saúde, com um aprofundamento das questões de planejamento, incorporando as seguintes configurações: análise da estrutura organizacional e oferta de serviços, planejamento e programação dos serviços de saúde, políticas setoriais e sua relação com a política geral, reforma administrativa, enfoque estratégico do planejamento, rede de serviços, acessibilidade, custo x benefício, formulação de metas físicas, acompanhamento e controle, planejamento e gerência das instituições do setor.

Até 1985, a epidemiologia organizou seu bloco de disciplinas em torno de métodos e técnicas para o trabalho epidemiológico, demografia e doenças transmissíveis e não transmissíveis. Entre 1986 e 1989, observa-se uma aproximação com a área de planejamento, expressando-se na incorporação da disciplina de epidemiologia aplicada ao planejamento de sistema de saúde.

Um movimento político-acadêmico se estabeleceu através da Abrasco, alimentado por freqüentes reuniões de avaliação de programas de ensino e pesquisa e de capacitações docentes, das quais também participaram docentes dos cursos de especialização, permitindo a absorção de novos conteúdos derivados da pesquisa, na categoria de cursos *lato sensu*.

Na Abrasco, os cursos de especialização em Saúde Pública e a residência de Medicina Preventiva e Social asseguraram seu espaço com avaliações específicas, que favoreceram a integração entre docentes, coordenadores de cursos e representantes dos serviços, permitindo também avaliar a contribuição dessa categoria de cursos para a prestação de serviços de saúde.

Na segunda metade da década de 80, a Ensp passou também a oferecer cursos internacionais, mantendo sua estrutura tradicional de cursos de Saúde Pública, residência em Medicina Preventiva e Social e outras especializações, que configuram as subáreas da saúde pública.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde estabelece-se como um diferencial, na perspectiva de organização de uma nova ordem institucional para o sistema de saúde brasileiro. A comissão coordenadora tomou como definição que sua dinâmica deveria permitir uma ampla consulta sobre o modelo de sistema de

saúde, e que as representações dos participantes deveriam refletir o pensamento de técnicos e dirigentes, mas também de docentes, de usuários organizados em diferentes representações, de representantes da classe política, de trabalhadores do setor, entre outros (Brasil, 1986). A representação do setor privado, também convidada para o evento, como potencial formuladora da proposta, não compareceu à conferência.

Vale destacar que os centros de formação de recursos humanos em saúde pública se fizeram presentes desde as pré-conferências, contribuindo com palestras, elaboração de textos, relatórios e participações em mesas-redondas da 8ª Conferência e das conferências de temas específicos que se realizaram posteriormente, estabelecendo uma conexão importante entre a produção de conhecimento acumulada nesses espaços e a realidade técnica-política que conformava o cotidiano dos serviços de saúde. A participação e contribuição do pessoal da Ensp, segundo Paulo Buss, foi uma demanda tanto do presidente da Fiocruz, Sergio Arouca, como do próprio Ministério da Saúde, na figura do ministro Carlos Santana:

Toda a equipe foi convidada pelo Arouca. Ele era presidente da Fiocruz e o ministro o convidou para coordenar a conferência. A participação da Ensp estava ligada à definição de ampla divulgação. Fomos animadores, preparamos textos e fizemos palestras. Era um momento de muita esperança pela saída da ditadura e entrada de um novo governo. (Paulo Buss. Entrevista concedida em 28/3/1998)

No âmbito do Executivo, foi instalada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária para dar encaminhamento a estudos que subsidiassem o encaminhamento das resoluções da conferência, e que mais uma vez contou com a participação efetiva de representantes da academia na formulação dos estudos e na articulação com estados e municípios, como descreve Arlindo:

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária deu legitimidade aos resultados da 8ª Conferência. Aí retomamos o diálogo com o setor privado, rompido antes da 8ª Conferência, no Simpósio da Câmara de Deputados. Mais uma vez o papel da Fiocruz e da Ensp foi importante. Trabalhávamos com categorias que tínhamos. Cristina Possas ficou responsável pela composição dos grupos de trabalho. Tínhamos uma boa interlocução com o secretário geral, que era um ex-aluno da Ensp. Foram importantes o Cebes e a Abrasco. Fizemos uma reunião em cada estado e fomos ganhando adesão. (Arlindo Fábio G. de Sousa. Entrevista concedida em 5/4/1998)

Ainda em 1987, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), como uma continuidade à estratégia até então adotada pelas AIS. “O projeto estratégico da Direção Geral do Inamps na fase pós-8ª Conferência foi o de ampliar geograficamente a abrangência das AIS, ao longo do ano de

1986, e avançar nas medidas técnico-gerenciais iniciadas no ano anterior” (Cordeiro, 1991: 93). De formulação polêmica, a proposta do Suds foi considerada “a inamptação da saúde” por setores progressistas da saúde, mas “representava uma mudança qualitativa das AIS como estratégia-ponte”, entre a 8ª Conferência e a regulamentação definitiva do SUS em 1990 (Cordeiro, 1991: 94).

A via parlamentar foi um outro caminho que mobilizou o encontro entre o pensamento acadêmico e as políticas de saúde. Nesse processo, as escolas se fizeram representar por um novo fórum, a Plenária da Saúde, que reuniu representantes dos trabalhadores do setor saúde, dos centros formadores, dos serviços de saúde, e do movimento profissional e sindical, discutindo pontos que viessem subsidiar a ação dos parlamentares, no sentido da incorporação das propostas que viriam a compor o Sistema Único de Saúde brasileiro. Fruto desse trabalho, a Constituição de 1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, princípio que orienta a concepção de Sistema Único aprovada pela Lei n. 8.080, em 1990.