Considerações finais

muda o ensino, mudam as instituições e nasce um novo sistema de saúde

Tânia Celeste Matos Nunes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NUNES, T. C. M. Considerações finais: muda o ensino, mudam as instituições e nasce um novo sistema de saúde. In: *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 143-167. 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/).

Considerações Finais

Muda o ensino, mudam as instituições e nasce um novo sistema de saúde

Ao longo deste livro, procuramos compreender, de alguma forma, a estreita relação entre ideologia, política e a reforma sanitária no país. Vimos que o processo de reforma no setor saúde se desenrolou em um ambiente político tenso, marcado pelas agruras do regime militar instalado no país no final de março de 1964. A partir do contexto mais amplo de reorganização dos serviços de saúde no país, das mudanças teórico-pedagógicas oriundas do campo da educação, da capacidade de articulação de diferentes atores sociais em função de objetivos, mais ou menos, consensuados, inclusive em torno da necessidade de retomada da democracia no país, foi possível avançar rumo a mudanças consideradas fundamentais no padrão de formação de pessoal de saúde. Neste segmento retomaremos algumas contribuições e reflexões que recuperam parte da história do ensino da saúde pública no Brasil.

Em cada uma das etapas analisadas, estiveram presentes as diferenças de natureza político-ideológicas entre grupos de poder que atuavam no interior das instituições, de forma a influenciar a definição de políticas de saúde e produzir repercussões no ensino da saúde pública. Em diferentes conjunturas, essa luta adquiriu especificidades e variações, quanto à correlação de forças entre esses grupos. Nela, a aprovação da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, não representou apenas a conquista de uma saúde pública democrática, mas a sua aprovação pode ser considerada a finalização de uma etapa em que os pólos do ensino e do serviço estiveram representados por atores com capacidade de influenciar mudanças que, através de estratégias variadas, foram capazes de gerar alternativas de crescimento de ambos os setores, de forma articulada à meta maior da democratização.

As posições desses atores sociais, quanto à relação do ensino com o serviço, estabeleceram condições para que a Escola Nacional de Saúde Pública

(Ensp) e a Faculdade de Saúde Pública (FSP/SP) se engajassem em um movimento de renovação com posições diversas. Suas formas de expressão permitiram a renovação de estratégias comprometidas com as demandas do Estado e da sociedade, dadas as características de cada uma das escolas.

Nas frestas do poder, a reforma possível...

Os processos aqui analisados configuram um movimento que não pode ser considerado apenas setorial. Estava em andamento, a partir dos anos 70, um processo político de luta pela saúde e pela democracia, no interior do qual a relação entre o ensino e o serviço se inseriu com mecanismos próprios, ainda que articulados a essa dimensão política mais ampla.

A partir de um campo político-ideológico progressista, que amparou os mais variados atores sociais, engendraram-se projetos de identidade com a questão da saúde e da democracia, que muito beneficiaram a proposta de reorganização qualitativa na formação de pessoal de saúde no país. Algumas dessas propostas tiveram como melhor expressão as estratégias de cursos e as articulações de projetos da Ensp e da FSP/USP, cada qual com suas expressões peculiares, dadas as características de cada um dos grupos e instituições.

Os momentos políticos que recortaram os chamados anos de chumbo, dessa forma, parecem sugerir desafios e possibilidades aos movimentos de atores sociais, inclusive no ensino da saúde pública. Contudo, estes foram capazes de desenvolver uma gama de experiências que evoluíram para alguns processos associativos que se traduziram, por sua vez, em propostas de trabalho no interior das programações de cursos, de projetos especiais de ensino ou de pesquisa, e nas estratégias políticas que se construíram nas diferentes conjunturas.

De 1970 a 1975, na Ensp, o potencial associativo se revelou mais efetivo nas programações de cursos, expressando-se no interior dos órgãos de ensino em projetos de cursos construídos através de estratégias participativas, e em tímidas parcerias com outras instituições de ensino, como a Fundação Getúlio Vargas. De qualquer modo, já em 1975, quando se implantou o Programa de Cursos Descentralizados, observamos naquela instituição uma característica mais expansiva e politicamente diferenciada.

Nesse mesmo período, os movimentos da FSP/USP foram mais voltados para sua programação interna, com exceção de um curso realizado em Brasília, estabelecendo um canal entre a sua produção e a formação de recursos humanos para a administração hospitalar naquela cidade.

A segunda metade da década de 70 pode ser considerada como uma fase em que cresceram as insatisfações da sociedade como um todo com a condução política e econômica do governo. Esta insatisfação também favoreceu a

politização das questões da saúde e estimulou o questionamento às políticas do setor, principalmente aquelas relacionadas à previdência social.

O período também foi fértil de medidas editadas por esse próprio governo, via Ministério da Saúde. Através de políticas que podem ser consideradas compensatórias, dadas as condições mais estruturais que geravam as insatisfações na sociedade, esse ministério estimulou a construção de projetos que favoreceram a aproximação do ensino da saúde pública com os serviços de saúde. As escolas, através dessas programações, passaram a ser reconhecidas como espaços de poder técnico e político no tocante a esta questão.

As experiências de serviços ligadas ao ensino, identificadas com a estratégia do governo, voltavam-se para a expansão do sistema de saúde e, principalmente a partir de 1975, possibilitaram o surgimento de conexões entre grupos, dentro e fora das estruturas governamentais, a partir das quais se estabeleceu um caminho político que foi adotado por alguns atores na busca de ocupação de espaços. Com instrumentos e ações, esses diferentes personagens passaram a considerar a existência dessas conexões para traçar estratégias e incorporar novos atores sociais.

Uma tendência associativa parece se configurar na relação ensino/ensino e ensino/serviço, e pôde ser observada em todos os períodos cobertos por esse trabalho. Ela está evidenciada em alguns projetos de ensino, de ensino/pesquisa e de ensino/serviços do período. A tendência associativa pode ser caracterizada pela capacidade que têm os grupos ou as pessoas de se unirem e estabelecerem conexões que organizam objetivos comuns, cuja meta procurava sempre se situar no campo dos resultados concretos.

Nessa perspectiva, no campo do ensino, merecem destaque: o curso de Saúde Pública da Ensp com a Fundação Getulio Vargas, em 1970, em parceria estabelecida na disciplina de Administração; o Programa de Cursos Descentralizados criado pela Ensp, em 1975; os Cursos Descentralizados de São José dos Campos, realizados em 1987 e 1989 pela FSP/USP; as iniciativas de cursos fora da sede, promovidas por essa faculdade desde a década de 70; o conjunto de cursos de especialização em Saúde Pública de Nível Local, para médicos, ministrados pela FSP/USP em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e com o Ministério da Saúde; e o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva e Social (PAR), no convênio com o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (Inamps) do Ministério da Previdência e Assistência Social (décadas de 70 e 80). No campo da pesquisa destacamos o Programa de Estudos Econômicos e Sociais (Peses), na relação com outras universidades, no subprojeto sobre os departamentos de Medicina Preventiva (década de 70).

No âmbito dos serviços, o Projeto Montes Claros, na articulação com a Ensp, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e com outras instituições prestadoras de serviços; o Ppreps, na associação com o Piass, com as secretarias de Estado e com os cursos descentralizados, na década de 70; a estratégia das AIS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, as conferências específicas por áreas temáticas, e o movimento pela saúde na Constituinte, na década de 80.

Como fatores de potencialização da tendência associativa, relacionados às atividades políticas e acadêmicas, identificamos o Cebes e a Abrasco como atores institucionais que emergiram do movimento de renovação do ensino, atraindo, para o seu campo de atuação, conteúdos técnicos e políticos articulados ao ensino da saúde pública em uma intensa atividade de discussão, processamento e difusão envolvendo as escolas, que também passaram a ser influenciadas por essa interação.

É possível observar que a ação entre esses atores, nas duas décadas, está identificada com movimentos mais globais em favor de mudanças na sociedade e no Estado, o que também lhes conferiu uma postura crítica diante dos seus objetos de intervenção, sejam os serviços de saúde, as entidades relacionadas ao ensino ou a academia. Eles foram capazes de mobilizar a adoção de estratégias de natureza política, cuja tendência associativa também se evidenciava nos simpósios de Saúde da Câmara de Deputados, nos eventos promovidos pela Abrasco, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na mobilização pela saúde na Constituinte.

Vale considerar a existência de outros grupos de pressão, no sentido da manutenção do *status quo*, configurando uma tensão que aparece estabelecida no plano técnico, político e ideológico, manifestando-se em oposições às iniciativas de renovação do ensino e do sistema de saúde como um todo e que são também transformadas em conteúdos de ensino e pesquisa elaborados pelos centros de formação.

Um exemplo concreto dessa oposição foi a tentativa de desestabilização das residências em Medicina Preventiva e Social no ano de 1981, quando os órgãos financiadores representados pelo Inamps/MPAS investiram na transformação de sua proposta original, através de uma formulação mais identificada com um “movimento ideológico patrocinado por agências internacionais e locais – a Medicina de Família”, reeditando “um novo-velho projeto de reforma médica denominado de Medicina de Família, já àquela altura, com o apoio de fundações estrangeiras, da Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (Fepafem) e da própria Abem” (Paim, 1986: 119).

Como vimos, a reação organizada, exercida pela Abrasco, veio da capacidade de articulação do conjunto das residências que optaram pela preservação do modelo anterior, resultando na Resolução 16/81, que representava:

a legitimação de certos espaços de prática em termos de saúde coletiva (...) [reforçando] as tendências racionalizadoras e teórico-críticas, aparentemente mais próximas da realidade da conjuntura política de saúde (...) [propiciando, ainda] toda uma reflexão sobre a formação de recursos humanos em saúde coletiva. (Paim, 1986: 120-121)

Um segundo caminho parece ter se estabelecido nos movimentos que permearam as ações técnico-políticas apresentadas nos resultados desse trabalho. Trata-se da ocupação de espaços burocráticos, tática de cunho político, aqui referida como uma estratégia de atuação de pessoas ou de grupos para alcançar territórios não ocupados, com o objetivo de construir viabilidade ou firmar posições. Esta estratégia foi capaz de alcançar determinados objetivos predefinidos.

Nessa dimensão, inscrevem-se as experiências como o Ppreps, o Piass e as AIS, que se conformaram como projetos estratégicos nos vários níveis do sistema de saúde, apresentando, inclusive, conteúdos de articulação com o ensino da saúde pública. Estes programas foram espaços concretos capazes de produzir frutos de articulações peculiares em cada uma das instituições consideradas em seu escopo.

Identificou-se, na Ensp, maior capacidade de gerar e absorver projetos inovadores que pode estar relacionada ao seu baixo grau de estruturação das atividades finalísticas naquele período. Em parte, decorrente dos baixos salários praticados no início da década e, de outra, de uma crise institucional que resultou na demissão de integrantes do seu quadro funcional no final da década de 60. Em todo caso, evidenciou-se, nesta Escola, uma seqüência de esforços que redundaram na renovação do ensino, cujos resultados foram potencializados pelas definições geradas pelas políticas de governo, principalmente em relação à saúde e à ciência e tecnologia.

Na FSP/USP, não houve referência a crises ou rupturas de ordem política que viessem a interferir na regularidade de sua programação durante todo o período estudado. Ao contrário, a instituição apresentou uma oferta regular de cursos da pós-graduação *lato e stricto sensu* e uma convivência permanente entre o curso de formação de sanitaristas proposto pela Secretaria de Saúde de São Paulo e o curso de especialização em Saúde Pública tradicional. Suas programações revelaram uma estabilidade de linhas de abordagem, expressa no conjunto das disciplinas obrigatórias específicas, que sugerem uma relação com a atividade de pesquisa dos departamentos.

A relação das escolas com as programações parece se identificar com o que reconhece Testa, quanto à existência de uma dupla determinação na estrutura das instituições: a histórica e a atual. Para ele, "quanto maior for o peso da determinação histórica, maior será o conservadorismo (interno) de uma instituição; quando predominar a determinação atual, será maior a adaptabilidade institucional a situações novas ou mutáveis" (Testa, 1992: 113).

No nosso entendimento, a “determinação atual” predominante na Ensp constituiu o espaço aberto para o surgimento de novos projetos e programas como o Peses, a Residência de Medicina Preventiva e Social e o Programa de Cursos Descentralizados. Permitiu também uma renovação na equipe, com a incorporação do grupo de Campinas, na década de 70, e a contratação dos egressos de sua própria residência em Medicina Preventiva e Social, na função docente na década de 80. O predomínio da “determinação histórica” parece se identificar mais com a estabilidade da FSP/USP.

Vale destacar que os resultados dos projetos, para as escolas, não se reduzem a avaliações formais, no que diz respeito às suas funções de ensino ou de realização de programas de cursos concluídos para um determinado número de alunos, mas, principalmente, pela sua capacidade de mobilizar atores sociais em torno do ensino *lato sensu*. Nesse sentido, ganha dimensão o que refere Testa (1997: 60), quando afirma que nas Instituições “não há atores legitimadores pré-formados”. Para o autor, o elemento central da construção de viabilidade de um projeto corresponde à contribuição atribuída por uma liderança, que se constrói como sujeito social.

Ainda que outros fatores tenham influenciado mudanças nos programas de cursos da Ensp, é possível identificar, a partir dos projetos de ensino e de pesquisa desta Escola, iniciados a partir de 1975, resultados mais amplos quanto ao aprofundamento de suas características como centro de profissionalização. A Ensp passa a diversificar suas especializações, recortando-as por subáreas da saúde pública, a exemplo da epidemiologia e do planejamento, que, por sua vez, se desdobraram em outras áreas nos períodos subseqüentes. Os depoimentos e a revisão documental também revelaram que os projetos permitiram a construção de atores atuantes no exercício de uma liderança viabilizada pelos desdobramentos políticos dos projetos, em relação aos centros de formação já existentes ou recém-criados.

É possível também observar uma mudança nos conteúdos curriculares, indício da incorporação de uma base crítica aos cursos de saúde pública dessa escola, em decorrência, sobretudo, dos programas e das atividades de pesquisa desenvolvidas. Exemplo deste processo foi a criação da disciplina de Saúde Pública como Prática Social, que se inseriu no programa do curso de Saúde Pública de 1980, dois anos após a conclusão do Peses/Peppe.

Vale ressaltar que a inserção dessa disciplina representa muito mais que uma simples agregação de conteúdo. Ela se apresenta como um símbolo de renovação do próprio campo da saúde pública. Sobre esse tema, Cecília Donangelo já registrava, na coletânea n. 2 da Abrasco, que:

na segunda metade da década de 70, avolumam-se os estudos epidemiológicos aplicados a diferentes problemas sanitários brasileiros. E sua análise revela uma tendência ao aparecimento de abordagens com ênfase crescente no social, não mais como variável explicativa adicional, mas como campo, no qual se constrói o processo de saúde-doença. (Abrasco, 1983: 31)

As articulações produzidas no plano internacional também favoreceram o surgimento de uma renovação na programação da Ensp. Além da retomada da pós-graduação *stricto sensu*, ocorreram cursos internacionais na área de planejamento de saúde, o que ampliou a capacidade de interlocução da Escola com outros países. A programação de cursos no Rio de Janeiro se diversificou, mas foi no avanço dos cursos descentralizados que se constituiu o modelo de escola nacional, capaz de potencializar os resultados dos seus projetos no interior do processo de ensino de outros centros de formação em saúde pública do país. Esta capacidade se ampliou pela associação com o Cebes, e principalmente com a Abrasco, pela natureza de suas atividades.

A FSP/USP teve características diferentes, em relação à Ensp. Seus programas de cursos de Saúde Pública incorporaram uma organização disciplinar que indica uma relação com as linhas de pesquisa da pós-graduação *stricto sensu*. Nesse sentido, o ensino da Faculdade se revelou mais influenciado por parâmetros de avaliação da universidade do que pelos serviços de saúde. A área de Planejamento, contudo, não seguiu essa lógica de organização e ofereceu, com regularidade, cursos de planejamento do setor saúde, absorvendo, na organização disciplinar, as temáticas que refletiam a evolução das políticas de saúde da época.

No que se refere à formação do sanitarista, através dos cursos de Saúde Pública, algumas exceções programáticas dessa Faculdade foram formuladas a partir de conexões externas. Estas conexões revelaram uma tendência associativa especialmente construída a partir do pólo dos serviços de saúde, ainda que, junto com esta tendência, já se abrissem espaços para a viabilização de projetos que representavam grupos de pressão que tinham identidade com a renovação do ensino e com a relação do ensino com o sistema de saúde e com a sociedade. São os casos do Programa de Cursos de Especialização em Saúde Pública para Nível Local, dos Cursos Descentralizados de São José dos Campos e dos cursos fora da sede, realizados desde a década de 70, em Brasília, Goiânia e no interior de São Paulo.

Nesse cenário, tomando como referência os diferentes contextos, as descobertas e os pressupostos dessa investigação, quatro questões apresentaram-se como fundamentais para o entendimento da experiência que conformou o ensino da saúde pública no período estudado:

- Como toma corpo um movimento de renovação do ensino, com um foco diferenciado na relação com os serviços de saúde, em uma conjuntura tão adversa do ponto de vista político?
- O que representa a multiplicidade de frentes que se abriram no plano técnico e político para o ensino da saúde pública?
- Por que e como se modificou o ensino da saúde pública no contexto indicado?
- Nasceu uma rede de formação em saúde coletiva?

Para compreender esse movimento, é preciso rever questões centrais que identificam as instituições. Nas palavras de Testa (1997: 57), estas funcionam como “formalização das organizações (a parceria, o processo de trabalho, a discussão pública), as quais, por sua vez são os núcleos sólidos da atividade social”.

Nessa abordagem, Testa propõe ressignificar o conceito foucaultiano de instituinte e instituído, tomando o instituinte como referência do comportamento crítico, inerente às instituições. Este autor também justifica as estruturas como dinamizadoras, mas relativiza essa potencialidade quando adverte que “a contradição se estabelece a partir da tensão entre o dinamismo da organização e a elasticidade da instituição” (Testa, 1997a: 56).

Nessa visão, a legitimidade constrói o instituinte e a legalidade é o que estabiliza o instituído, pois “a legalidade se adquire através de um ato pontual em que os atores formais existentes sancionam o *status* de legal, enquanto que o legítimo corresponde a uma liderança política, intelectual e moral, elemento central da construção de viabilidade dos projetos” (Testa, 1997: 60).

Recria-se, a partir dessa concepção, o entendimento das instituições como pólos conservadores, atribuindo-lhes a capacidade de abrigar atores sociais que, por sua vez, se constroem como sujeitos no ato interativo, no exercício de sua liderança, relacionando-se com seus trabalhadores e com os destinatários de suas idéias (Testa, 1997a).

Nessa dimensão, situamos o potencial crítico agregado ao ensino da saúde pública pelos projetos Peses e PAR, pelos programas de cursos descentralizados da Ensp, de cursos de nível local para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e de cursos descentralizados de saúde pública de São José dos Campos, da FSP/USP. Suas concepções e respectivos processos de implantação sugerem a utilização de estratégias para a superação do instituído. Este, absorvido pela legalidade até então existente, é capaz de ampliar espaços institucionais para a construção de viabilidade dos projetos.

Assim, os projetos de ensino que se relacionaram com os serviços consideraram a existência de um espaço contraditório nas Instituições, atravessado por forças que vão além dos limites estabelecidos pela física do estabelecimento (Kononovich & Saidón, 1991), passando a atuar com a consideração de que

a instituição é um lugar onde se constroem as possibilidades de negociação entre representantes de esferas diferentes, e em torno de objetivos comuns.

Dadas as características do Estado brasileiro, especialmente durante o regime ditatorial militar, como entender as possibilidades de diálogo que resultaram em experiências inovadoras no campo da educação, bem como do ensino com os serviços de saúde?

Recorrendo a Luz (1981: 32), entendemos o poder como uma “estrutura normalizante de relações sociais de subordinação” cujas normas se propõem a “unificar interesses diversos, relações conflituosas” permitindo a existência de “discursos de várias razões”.

Reconhecemos ainda que no regime ditatorial as instituições governamentais buscaram um discurso hegemônico na saúde, de uma forma que, segundo a autora, integrou “o discurso médico ao desenvolvimento econômico”, e, ainda, concentrando o “controle do poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional” (Luz, 1981: 15). No entanto, sua distribuição no interior das organizações pareceu caracterizar-se pela existência de ‘brechas’, muitas passíveis de serem preenchidas em uma atuação tática de ocupação de espaços por atores em conexão. Nesse sentido, sua movimentação se torna possível no contexto das práticas institucionais, que são relações sociais de poder, expressas em ordem e dominação, estabelecendo, portanto relações conflituosas (como relações sociais) e contraditórias (do ângulo da estrutura).

É nessa dimensão que reconhecemos a existência de “contradições que levam à criação de condições favoráveis ao desenvolvimento ou ao fortalecimento dos conflitos interclasses” (Testa, 1992: 111-112), que mobilizam os poderes técnicos, políticos e administrativos a se integrarem pela identidade, desenvolvendo ações que imprimem direcionalidade às atividades de ensino, nos serviços e nas academias.

Entre as experiências estudadas, é possível identificar conteúdos que parecem estar vinculados ao questionamento das políticas existentes. Estas experiências também ofereceram alternativas para as práticas dos projetos, dos serviços e mesmo da agenda de trabalho na academia. Nesse particular, parecem exemplares os Programas de Extensão de Cobertura através da Atenção Primária à Saúde (fortalecimento da atenção básica), o Programa de Cursos Descentralizados (fortalecimento das instâncias estaduais em processo de reorganização administrativa e política), o Projeto Montes Claros (criação de um exemplo de possibilidade no sistema local), e a estratégia das AIS (processamento da integração de instituições diferentes, através da lógica do planejamento).

Longe de significar processos institucionais isolados, a análise dos resultados revelou uma identidade desse conjunto de experiências com o pensamento de Testa, no que se refere à existência de um tempo histórico e um tempo

cronológico. Ambos, segundo ele, regem a ação das instituições e estão ligados à sua reprodução cotidiana.

Na concepção do autor, “um tempo que se acelera não é um tempo cronológico”, e “o tempo histórico é incompreensível sem os aceleramentos que se imprimem à ação humana e que o transformam assim, em equivalente à transformação da contradição em conflito”, construindo-se, dessa forma, “no espaço onde a história se constrói” (Testa 1997: 45). O que impulsiona as instituições é a síntese contraditória dos tempos cronológico e histórico, contrapondo-se unicamente ao tempo cronológico, cujo ritmo está ligado à reprodução cotidiana.

Dessa forma, entendemos que, no tempo histórico, ocorre um encurtamento do tempo cronológico, sem prejuízo da ampliação ou da qualificação de resultados. O tempo histórico mobiliza esforços adicionais, por motivações e compromissos com os objetivos do trabalho, elege prioridades e organiza as ações que se passam no interior de uma etapa para aperfeiçoar resultados. Ele tem, enfim, uma pressa qualificada, podendo, para isso, operar, na sua trajetória, idas e voltas, altos e baixos, inerentes aos processos desenvolvidos pela ação humana.

Os conceitos de tempo histórico e cronológico de Testa favorecem o entendimento das pautas de organização estabelecidas no ensino da saúde pública e na organização do sistema de saúde naquele período. Trata-se de um contexto de mudanças que retrata a competição entre ambas as categorias, revelando, de um lado, um pólo conservador na fronteira da realidade estabelecida, bem representada pelos conteúdos e processos pedagógicos que atingem apenas a simples explicação do existente. De outro lado, há um pólo que revela inquietude e a transformação, desenvolvendo uma conexão com as fontes de renovação da realidade, encontrando, ainda, nas proposições críticas dessa realidade, novos objetos de investigação e novas possibilidades de reconfiguração do ensino e dos serviços de saúde.

Os tempos cronológico e histórico também estão presentes na análise das escolas, refletindo-se nos movimentos aos quais elas se filiam e organizam seus processos de trabalho e seus resultados. O tempo histórico estava presente na mobilização da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, na busca e na insistência do Curso de Saúde Pública de Nível Local, junto à FSP/USP que, como instituição, vivenciava o conflito entre os tempos cronológico e político no seu cotidiano.

Vale destacar que a resistência dos primeiros momentos está na esfera da manutenção dos padrões instituídos pela história dos cursos tradicionais da Faculdade (a legalidade instituída), estabelecendo-se uma tensão com a proposta que indicava justamente a desestabilização do instituído, cujo resultado final seguia o rumo de uma nova programação.

A relação entre a Secretaria de Saúde e a FSP/USP pressupõe a existência de segmentos abertos e fechados para as inovações, situados em ambas as instituições. A abertura proposta pelo Secretário da Saúde de São Paulo encontrou, no campo relacional da FSP/USP, uma tensão entre o novo e o antigo, o instável e o estável, a proposta (em busca de legitimidade) e a programação tradicional (representando a legalidade). Os segmentos abertos existentes no interior da Faculdade se fazem representar por uma aliança com o proponente, em torno desta idéia, criando condições para a reapresentação do projeto em uma segunda oportunidade.

Nesse momento, ganha destaque outro poder instituído, representado pelo ministro da Saúde, que acompanhou o secretário a uma visita à instituição de ensino paulista, agregando força à negociação da Secretaria de Saúde. Utilizou-se o poder administrativo federal, pela destinação de recursos financeiros, bem como o poder político, representado pelo comparecimento do ministro à negociação com a Faculdade, em uma clara demonstração de importância à atividade.

Parece evidente que as instituições que captaram as possibilidades do novo optaram pela organização de projetos que se tornaram caminhos de renovação. A viabilidade dos projetos, contudo, só se tornou possível quando os atores de sua condução reconheceram, nessas estruturas, um campo de possibilidade para viabilizar os projetos renovadores. A partir dessa percepção, desafiaram a legalidade do instituído, oferecendo-se como meio de construção da legitimidade instituinte, tomando ainda como campo de atuação, as políticas, os serviços de saúde e as práticas de ensino da saúde pública.

A conformação da tendência associativa e a estratégia de ocupação de espaços parecem ter se constituído em dois caminhos, presentes nas experiências analisadas no corpo deste trabalho. Elas resultaram em uma estreita vinculação entre as políticas e os serviços de saúde e o ensino da saúde pública. Enquadrá-las nessa dimensão não pressupõe minimizá-las como fontes possíveis de outras análises, mas valorizá-las como instrumentos que deram concretude ao ensino da saúde pública na relação com os serviços e as políticas de saúde.

Nessa perspectiva, entendemos que as experiências de trabalho conjunto foram possíveis a partir de um trabalho político-estratégico que considerou as instituições como referências de espaços de poder e experimentação de práticas, submetidas permanentemente a tensões de natureza técnica, política e ideológica, e por isso mesmo, como espaços abertos à criação de possibilidades.

Nesses espaços também observamos, através dos depoimentos, a atuação de pessoas que revelaram laços construídos através de experiências ocorridas em fases diferentes das duas décadas. Essas referências mereceram de alguns depoentes a classificação de 'relações fraternas', quando vividas no interior de uma mesma instituição. Em outros casos, os encontros parecem resgatar

vivências anteriores que credenciaram prováveis parceiros para novos empreendimentos em parceria. Seja como for, o fenômeno da reforma do ensino da saúde pública, durante aquelas duas décadas, não pode ser tratado como uma decorrência isolada deste ou daquele ator institucional. Ao operarem em rede – de forma articulada, portanto – alguns atores deram vida a anseios coletivos, situados, inclusive, fora dos limites do campo da saúde.

Por que e como se modifica o ensino

As múltiplas dimensões do ensino da saúde pública, reveladas pelos resultados desse trabalho, refletem um conjunto de opções pedagógicas e políticas que contornaram um ensino pautado por uma dimensão estratégica em relação ao setor saúde, e que teve nas escolas um dos seus espaços de realização. Os programas e projetos foram pontos de diálogo entre os contextos e os processos internos de suas equipes, e, externamente, funcionaram como elos entre as escolas e os elementos das conjunturas que incidiram sobre seus objetos de intervenção.

Durante todo esse período, a organização do ensino *lato sensu* se relacionou com elementos diversos, entre os quais se destacam: o mercado de trabalho, as relações com os serviços de saúde, e as políticas de governo, como saúde, educação e ciência e tecnologia, todas elas atuando como possibilidades de renovação das atividades das escolas. Para cumprimento de suas finalidades, os docentes e as escolas recorreram a modelos pedagógicos que conformaram seus programas de cursos e projetos de ensino.

A ênfase na expansão e requalificação do setor saúde esteve presente durante todo o período, o que demandava a absorção de uma força de trabalho com determinadas características capazes de viabilizar as metas estabelecidas pelas políticas de governo. Nesse ponto, vê-se que a reforma na formação de pessoal de saúde detinha, em sua estrutura, uma dimensão marcadamente qualitativa, isto é, ela se situava para além das necessidades quantitativas de aumento da quantidade de profissionais de saúde no mercado de trabalho, defendida por diversos organismos da saúde, inclusive internacionais, a partir dos anos 50.

Dadas as características organizacionais e políticas do sistema de saúde brasileiro, a tarefa dessas escolas esteve inicialmente mais voltada para a formação de quadros do governo federal, incorporando o nível estadual no segundo período, principalmente através dos Cursos Descentralizados da Ensp e dos Cursos de Saúde Pública para Médicos de Nível Local da FSP. A partir de 1985, eles absorvem uma outra clientela, quando são dados os primeiros passos mais concretos no sentido da municipalização da saúde.

Essa opção, que definiu um perfil de clientela dos cursos, também influenciou mudanças na organização dos programas que, nessa dimensão, incorporam conteúdos referidos pelos movimentos de reorganização, processados pelo setor saúde, típicos de cada uma das fases.

A revisão bibliográfica do campo da educação permitiu compreender que nenhuma das suas teorias explicaria, isoladamente, a multiplicidade de situações que se estabeleceram ao longo do período. No entanto, vale destacar que as entrevistas e os documentos examinados indicam uma tendência à organização de programas voltados para a formação de recursos humanos do setor saúde. Sua incorporação está amplamente referida nos documentos de reformulação do sistema de saúde, na criação das carreiras de sanitaristas e na expectativa de adoção de novas práticas no interior do sistema de saúde. Sua absorção como linha de atuação das escolas permitiu a captação de recursos financeiros e conferiu prestígio e reconhecimento por parte dos outros órgãos de governo, demandantes dessa formação.

A missão de formar recursos humanos estava também identificada com uma diretriz de governo voltada para a expansão que se produzia no sentido de viabilizar a criação de um complexo médico industrial no âmbito da Previdência Social, onde a força de trabalho se constituía em fator fundamental. Na esteira da formulação dessa política para o setor, mais ampla que a formação de sanitaristas, a área pública também se inseriu com as ações do Ppreps, que estabeleceu suas metas absorvendo o discurso do "investimento em capital humano" (Freitag, 1980: 27), notadamente a partir da aprovação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, em 1975, cuja aprovação atraiu recursos para a revitalização de algumas das suas instituições, a exemplo da Fiocruz.

O "papel dinamizador das estruturas", segundo a perspectiva de Dewey e Mannheim (Freitag, 1980) pareceu mobilizar a formulação de estratégias que, por sua vez, depositaram no processo de formação e no papel das escolas uma expectativa de resolução de processos organizativos do setor, a exemplo da Secretaria de Saúde de São Paulo e de outros estados. Algumas instituições de serviços optavam por um programa de qualificação de seus quadros, pela oferta de cursos de Saúde Pública, mas nem sempre associavam medidas de ordem técnica ou política que alterassem a lógica de organização do processo de trabalho, ou a prestação de serviços de saúde. Nesse caso, era necessária a formação de "novos sanitaristas" que, diante de uma "postura renovada", mudariam a realidade da organização e das práticas do setor saúde.

De acordo com Dewey, "o indivíduo se dispõe para novas ações depois de avaliar e reorganizar suas experiências" (apud Freitag, 1980: 17). Nessa perspectiva, os cursos de Saúde Pública, em suas diversas modalidades, seriam os espaços 'organizadores' de experiências e do universo de questões que fariam

parte da agenda de trabalho de seus egressos. Estes logo se transformariam em 'reformadores' necessários ao setor saúde.

Sobre essa questão, vale destacar que, na área da saúde, alguns projetos trabalharam com a "idéia subjacente de operar mudanças de mentalidade dos 'recursos humanos' que, teleologicamente, mudariam as práticas de saúde" (Paim & Nunes, 1992: 262). Contudo, inúmeras investigações apontam "a estrutura das práticas de saúde em dada sociedade como determinante fundamental para a definição do 'perfil' desses recursos humanos", o que sugere a necessidade de considerar que "a autonomia contida no aparelho escolar é relativa e que a existência de um espaço de luta político-ideológica no interior da instituição nem sempre é suficiente para produzir uma legião de críticos capaz de redefinir as práticas de saúde" (Paim & Nunes, 1992: 263).

Na pedagogia tecnicista, de acordo com a classificação de Saviani, é possível encontrar identidade com a forma como estavam organizadas as estruturas de ensino das escolas, das universidades e dos próprios cursos de Saúde Pública, o que também inclui o planejamento de ensino, traduzido em métodos pedagógicos, com objetivos e métodos bem definidos. "Para tanto, era mister operacionalizar os objetivos, e, pelo menos em certos aspectos, mecanizar o processo. Daí a proliferação de propostas pedagógicas tais como o enfoque sistêmico, o microensino, o teleensino, a instrução programada, as máquinas de ensinar etc." (Saviani, 1994: 24).

Ainda segundo este autor, a introdução dessa pedagogia no processo de ensino favoreceu a "padronização do sistema de ensino a partir de esquemas de planejamento previamente formulados, aos quais devem se ajustar as diferentes modalidades de disciplinas e práticas pedagógicas" (Saviani, 1994: 24).

Os desdobramentos da pedagogia tecnicista foram traduzidos nas organizações como sinônimo de "organização e competência", daí a sua proliferação na organização dos processos escolares no período correspondente à implantação das reformas administrativa e universitária.

A despeito da influência das teorias da educação consideradas menos progressistas vigentes à época, como a proposta pedagógica tecnicista, verificou-se, a partir da realidade investigada, que os diferentes atores sociais procuraram superar "tanto o poder ilusório (que caracteriza as teorias não críticas), como a impotência (decorrente das teorias crítico-reprodutivistas)" (Saviani, 1994: 41), até mesmo construindo alternativas a modelos teóricos que não respondiam às necessidades postas pela realidade concreta – esta especialmente pautada em experiências que se apresentavam com um potencial renovador das políticas de saúde, que faziam da associação e da ocupação de espaços uma prática política de reforço ao ensino.

ado de atores institucionais e, dessa forma, alarga o espaço de contradição mediatizado pela educação para os limites do ensino com o sistema de saúde, agora no âmbito estadual.

A criação das residências em Medicina Preventiva e Social se inscreve em uma outra dimensão. Esse projeto procurou atingir, através da formação de novos técnicos, uma área menos permeável, na época, ao discurso de renovação pelo público, representada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Nos anos 80, essa formação foi expandida para a preparação de novos técnicos para outros setores. A inserção destes profissionais no âmbito dos serviços representava a associação dos sanitaristas formados (recém-graduados com opção pela saúde pública) com os profissionais mais antigos, estes formados para a saúde pública e já inseridos nos serviços de saúde. Ambas as gerações profissionais, de acordo com as pretensões da época, militariam, conjuntamente, em favor de políticas e arranjos para a saúde, considerados progressistas.

Seja como for, o processo de manutenção das Residências se torna polêmico na década de 80, mantendo-se como modelo crítico do sistema de saúde em uma estratégia de apoio, sustentada com a interveniência da Abrasco e em articulação com os Centros Formadores que participavam do colegiado do PAR. Na década de 90, a chamada década das reformas setoriais da saúde, a residência sofreria um visível processo de arrefecimento.

O programa de cursos de especialização de sanitaristas de nível local, ministrado pela FSP/USP, segue em São Paulo, uma linha de expansão dos espaços de realização do processo educativo adotada em 1975 pela Ensp, com os seus cursos descentralizados. Com essa decisão, criava-se, no interior da FSP/USP, um elemento importante de acirramento das contradições existentes em torno da formação de seus profissionais, ainda que tardio, se comparado à Ensp.

Ocorre que o novo projeto fornecia elementos para o estabelecimento de uma competição entre os critérios da universidade. De um lado, um critério validado pelo reconhecimento da atividade acadêmica de seus docentes; de outro, um critério relativo às necessidades aportadas pelos serviços de saúde para a qualificação de seus recursos humanos. Os problemas de descontinuidade política administrativa, ocorridos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, naquele estado, bem como as divergências sobre a manutenção do curso no interior da Faculdade favoreceram o término da experiência, mantendo-se apenas o modelo de curso de saúde pública tradicional.

De todo modo, as experiências desenvolvidas na década de 80 permitem compreender a existência de uma lógica organizativa da educação, sempre mediada por elementos de tensão existentes na fronteira do ensino com os serviços de saúde. O Cebes e a Abrasco se inserem como canais de problemati-

zação do ensino e de capacitação de docentes, passando a contar com a participação de múltiplos atores, o que também favoreceu a articulação entre os diversos programas.

Em geral, através de sucessivos seminários de avaliação dos cursos da categoria *lato sensu*, promovidos pela Abrasco e pela Ensp, estabeleceu-se um canal permanente de revisão de conteúdos e estratégias pedagógicas, contando, para isso, com a participação de representantes dos serviços de saúde, especialmente secretários estaduais e, posteriormente, municipais, o que agregou um papel de relevância a esses cursos no cenário da formação em saúde pública para o setor.

Finalmente, vale destacar que a inserção das experiências do Peses/Peppe na Ensp e a implantação das residências em Medicina Preventiva e Social em vários centros de formação do país permitiram a aproximação da saúde pública com a medicina social, possibilitando assim a ampliação da discussão acerca da assistência na saúde pública, sobre a relação do ensino médico com a organização dos serviços, sobre os conceitos de social e coletivo na saúde, dentre outros aspectos que abriam espaços para um realinhamento da formação de pessoal frente às necessidades dos serviços. Foram incorporados centros de formação da área médica na preparação de sanitaristas para os serviços de saúde e, na década de 80, essa atividade passou a contar ainda com a participação das universidades, em programas de residência ou em cursos de Saúde Pública de envergadura nacional.

As experiências examinadas permitiram compreender uma intensa articulação entre as idéias e propostas engendradas pelo campo educacional com as políticas e práticas de saúde, como caminhos a serem conquistados, e, portanto, “um campo aberto à ação”. A forma como este movimento se organizou criou condições favoráveis para o surgimento de agentes pedagógicos que se tornaram porta-vozes inseridos nas negociações das escolas entre si, das escolas com o sistema de saúde e delas com a própria sociedade (Cury, 1995).

Esse processo, também expresso no conjunto da luta política contra a ditadura, permitiu aumentar o grau de percepção dos fenômenos contraditórios que se estabelecem na confluência do ensino com os serviços de saúde, reservando à educação um papel definido, ao mesmo tempo de mediador do debate político e facilitador da capacidade de apreensão da realidade de saúde e das políticas de saúde.

A partir da década de 80, as estratégias das AIS e a 8ª Conferência Nacional de Saúde mobilizaram uma organização da atividade docente que convergiu para a construção de um novo sistema de saúde, com a participação ativa das escolas. Na 8ª Conferência, os docentes das escolas participaram através da disseminação de informações técnico-científicas (formulação de textos), nas

relatorias e em palestras na Conferência e nas pré-conferências. Sergio Arouca, um dos docentes da Ensp, então presidente da Fiocruz, exerceu a função de coordenador geral do evento (Brasil, 1986).

As relações que passaram a se estabelecer no interior do processo de ensino com o sistema de saúde permitiram a recriação de suas práticas e de seus conteúdos, o que pareceu estar presente na diversificação de oportunidades de cursos identificados com a organização, a crescente complexidade do sistema de saúde e a organização disciplinar que incorporou temas dessa atualidade.

No final da década de 80, ampliam-se também os modelos de centros voltados para a formação dos sanitaristas dos serviços de saúde, a partir do aprofundamento das relações entre a saúde pública e a medicina social. Nessa dimensão são incorporados os Departamentos de Medicina Preventiva e os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva, associando-se à missão de formar para o sistema de saúde, e dessa forma, recompondo no espaço universitário – agora ampliado – as possibilidades de relação crítica e contraditória entre as necessidades e expectativas da sociedade em relação à saúde, as instâncias prestadoras de serviços e as concepções e práticas de ensino adotadas pela saúde pública.

Nasce uma rede de formação em saúde pública

O período analisado evidencia uma expressiva movimentação de escolas e de atores sociais em torno da formação em saúde pública. Esta movimentação se fez acompanhar por um processo de composição e recomposição de práticas, que resultaram numa multiplicidade de instituições e de programas de ensino que, por sua vez, gradualmente se modificavam no período.

Dessa forma, interrogar sobre o desenvolvimento de uma rede de formação em saúde pública no período estudado implicou, desde o início, a necessidade de refazer um caminho com o qual a produção intensiva de fatos políticos, técnicos e científicos, no âmbito da saúde, favoreceu a circulação de atores no interior do próprio campo.

Recuperamos a contribuição de Bourdieu (1983), que, a partir de algumas características que contornam os campos, apontou para a existência de um jogo de poder no seu interior que pode abrir espaço para a entrada de novos atores. O autor adverte ainda que o campo é um lugar de lutas, que possui alvos específicos e que “o poder e o prestígio que [as lutas] perseguem é um tipo absolutamente particular” (Bourdieu, 1990: 172).

A partir da rica literatura sobre o assunto, demonstramos a existência de lutas políticas no interior do sistema de saúde durante o período estudado, especialmente pela via do processo de estatização x privatização do setor, constituindo uma matriz onde se produziram as lutas e as conexões em torno das propostas de formação de pessoal de saúde.

Nessa mesma fase, o governo militar se deparou com uma crise econômica que potencializou o colapso na gestão do setor da saúde. Tornava-se evidente, para o próprio governo, a necessidade de criar alternativas ao modelo vigente, ainda que mantidas as regras estabelecidas pelas alianças de grupos de poder, dentro e fora do Estado, que visavam à constituição de um complexo médico-industrial no país.

A perspectiva da absorção de novos modelos, mesmo marginais, abriu espaços para novas práticas técnicas, permitindo a abertura de um debate em torno das políticas de saúde que passou a permear as discussões dos intelectuais, dos políticos e dos técnicos, contrários ou favoráveis a alterações mais profundas. Esta conjuntura ampliava publicamente as propostas assumidas inicialmente pelas políticas governamentais e possibilitava, ainda, que propostas alternativas fossem amparadas por instituições oficiais.

O ensino também foi atingido pelas crises e reformas do governo. Na dinâmica organizativa, destaca-se a reforma universitária e, em uma perspectiva de interferência no modelo de formação profissional, a reforma do ensino médico. A implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, por exemplo, iniciou processos de mudanças em relação a práticas anteriores, mais distantes da problemática global da saúde, até então estabelecida como preocupação precípua do médico.

Naquele momento, as escolas de Saúde Pública formavam profissionais para uma saúde pública que já era questionada em alguns espaços do próprio governo. Seu limite pareceu ser reconhecido nas formulações contidas no II PND que, através de algumas diretrizes, sugeriu ações na área social capazes de mobilizar estratégias que se configuraram a partir de então. Este cenário permitiu a abertura de novos espaços que, no interior de instituições, significaram a ampliação das possibilidades para a renovação de suas equipes.

Aqui, vale a pena ressaltar que “a estrutura do campo é um estado de relação de força entre os agentes ou as instituições engajadas na luta, ou se preferirmos, na distribuição do capital específico, que, acumulado no curso das lutas anteriores, orienta as estratégias ulteriores” (Bourdieu, 1983: 90), colocando em oposição “vanguardas renascentes” e “vanguardas consagradas” (Bourdieu, 1990: 172).

No interior do campo, os atores se constroem pelo poder de revelar, “quando fazem com que sejam vistas ou previstas coisas que só existiam no estado implícito, confuso, quando não recalcado. Representar, trazer à luz, produzir, isso não é pouca coisa. E então é possível nesse sentido, falar de criação” (Bourdieu, 1990: 179-180).

A disposição de revelar, prever, trazer à luz e produzir parece estar presente na relação que se estabeleceu entre o ensino e a prestação de serviços,

criando condições favoráveis à atuação de atores sociais que se alinharam no interior do campo, com a perspectiva de manter ou mudar as referências com as quais se desenvolvia o ensino da saúde pública. Essa conjuntura caracterizada pelo cerceamento das liberdades democráticas, enfim, possibilitou o surgimento de práticas políticas contra ou a favor da manutenção do *status quo* e, através delas, os grupos passaram a atuar no seu campo específico, ainda que tivessem por referência uma ação política mais ampla.

Na década de 70, as dificuldades que se estabeleciam nos espaços de convivência da sociedade favoreceram o surgimento de um movimento cuja ação coletiva e organizada pelos trabalhadores, especialmente no meio sindical, permitiu o deslocamento da cena para o pólo da prática política, estabelecendo um novo cotidiano, em que “a autonomia dos movimentos rompe com a tradição política da tutela e da cooptação, e, por isso mesmo, fazendo a política criar novos lugares para exercitar-se” (Sader, 1988: 11).

Nasce, desse contexto, um novo sujeito social representado pelos próprios movimentos sociais constituídos por indivíduos “até então dispersos e privatizados” e que “passam a definir-se e reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas” (Sader, 1988: 10).

A ambiência em que essas cenas se desenvolveram não estabeleceu limites de campo, uma vez que a ação política se expressou, na visão do autor, como uma proposta de contestação ao regime político daquele momento, para com ele, problematizar as questões que estariam afetando uma determinada expectativa das relações em sociedade, entre as quais estaria a saúde.

A circulação de atores, nessa perspectiva, possibilitou agregar ao campo da saúde características de um movimento político que, como tal, incorporou demandas da sociedade, permitindo a politização de temas que vinham sendo abordados de modo oficialista e burocrático, nos limites das próprias experiências governamentais.

Esse contexto permitiu o surgimento de projetos capazes de mobilizar atores, interesses e propostas no campo da saúde. Favoreceu, por sua vez, o debate e o alinhamento de posições, capazes de impulsionar ações de ‘ortodoxia’ ou ‘heresia’ que se projetam no interior das escolas, mobilizando forças que se colocavam pela manutenção, e outras que se mobilizam pela inovação.

Sem excluir outras experiências com prováveis características similares, escolhemos, para fins de análise de um provável processo de enredamento, o Programa de Cursos Descentralizados da Ensp, reconhecendo-o como ponto de partida de uma ação de expansão da formação em saúde pública ocorrida nas duas décadas.

O Programa se estabeleceu para responder a uma expectativa da Escola de “formar uma massa crítica” de sanitaristas em curto prazo. No seu processo de desenvolvimento, essa atividade se expandiu como uma malha, em que alguns fios vão sendo tecidos, passando a cumprir um papel de elemento de reconfiguração da distribuição do ensino de saúde pública do país, permitindo assim ultrapassar os limites da formação de alunos, para interferir na organização do ensino.

Esse processo permitiu a incorporação progressiva de outros grupos ligados à saúde e ao ensino, com atuação especial nos estados, que também vão tecendo novos fios e estabelecendo outras conexões. O “laboratório restrito”, representado pelos membros oficiais, constituiu a base do programa em cada uma das instituições onde ele se implantou e, nesse movimento, foi se transformando em um “laboratório ampliado”, envolvido em uma “cadeia de mediadores” que conformou uma “cascata de porta-vozes”, capazes de mobilizar “atores, aliados ou adversários potenciais, seres humanos ou não, se encontrando traduzidos no laboratório, sob a forma de representantes raros, próximos, concentrados, acessíveis e manipuláveis”, formando o “laboratório ampliado” (Callon, 1989: 21).

O Programa de Cursos Descentralizados da Ensp se expandiu para muitos estados do Brasil, 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.

O exame da série histórica dos cursos descentralizados, nesse período, permitiu visualizar a diversificação das instituições que se associaram com a Ensp. O estabelecimento de convênios como o mecanismo de formalização de uma parceria, aqui conceituada como a formalização de uma associação entre pessoas, grupos ou instituições heterogêneas, visou a um determinado objetivo, que se realizou através de sucessivas operações de tradução entre os membros envolvidos em relações assimétricas.

Pareceu-nos claro que o espaço da rede incorporou movimentos, iniciativas, polêmicas, e exercícios de liderança, onde os atores se construíram, interagiram e se diferenciaram. Na relação entre laboratório restrito e laboratório ampliado, alguns atores se moveram, emprestando densidade e mobilidade à dinâmica das relações. Trata-se do ator-rede, elemento que, para Oliveira (1997: 26), “permite operar deslocamentos de simples análises locais para questões macrossociais ou econômicas, sem ter que fazer distinções a priori entre o que é cognitivo ou social, material ou imaterial, humano ou não humano, conteúdo ou contexto”.

Nessa perspectiva, entendemos a Ensp como um ator-rede, que, por meio da atividade de formação de sanitaristas, decidiu emprestar densidade às iniciativas que conformaram o Programa de Cursos Descentralizados. Na forma de ator-rede, a Escola foi capaz de cancelar um modelo de formação que se traduziu no laboratório ampliado, e que se expressou através dos eventos locais, enredando porta-vozes, estabelecendo conexões e disponibilizando produtos e processos. Nessa dinâmica, o ator-rede funciona como um elemento propulsor, transferindo sua importância para o processo de enredamento, atraindo aliados e desarticulando oponentes, podendo ser, ele mesmo, uma rede “pela qual circulam uma ampla diversidade de elementos, visões de mundo e modos de conduta” (Teixeira, 1997: 10).

É possível depreender, a partir da análise aqui efetuada, que o período abordado corresponde a uma fase de crescimento do campo da saúde pública. Nele, se processaram mudanças com reflexos na produção do conhecimento e na organização do ensino, permitindo ainda o aprofundamento de propostas de profissionalização para os serviços de saúde, onde a Ensp e a FSP/USP trouxeram contribuições diferenciadas.

Como protagonistas desses processos, as escolas consideradas interagiram com outros atores que foram atraídos para esse campo por múltiplas motivações e, conjuntamente, em uma atuação técnico-política, todos trabalharam em torno de uma proposta de renovação do ensino da saúde pública. Nessa dinâmica, passaram a compor uma rede de formação, nomeando porta-vozes e possibilitando a construção de sujeitos sociais, cuja atuação foi potencializada pela tensão estabelecida no interior da sociedade.

Todo este contexto de conjunção de esforços favoreceu o surgimento de uma seqüência de fatos e eventos que convergiram para uma luta comum de construção de um sistema único de saúde em bases democráticas, que se tornou base de mobilização em torno da qual convergiu o movimento sanitário.

Organização com engajamento: duas décadas e um ciclo virtuoso para a saúde pública brasileira: últimas palavras

A análise dos dados referentes ao período estudado possibilitou a reconstituição de múltiplas formas de expressão do ensino da saúde pública e do movimento das escolas, configurando o que poderia ser considerado um ciclo de muitas inovações na formação em saúde pública e nas políticas de saúde brasileiras. A seguir, sintetizaremos alguns dos resultados mais importantes desse estudo.

Observamos que a participação dos Centros Formadores em atividades ligadas à formulação de políticas para o setor saúde se revelou através do

movimento de renovação da saúde pública no Brasil – sob a denominação de saúde coletiva, ele contou com a mediação do Cebes e da Abrasco – e através de eventos organizados na interface do ensino com os serviços de saúde, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e seus desdobramentos.

Não foi possível, através dos instrumentos de coleta de dados utilizados, estabelecer a relação entre o perfil dos docentes das escolas com as políticas de saúde locais, mas pode-se concluir que os conteúdos e as características das clientela dos cursos de especialização selecionados passaram por modificações durante as duas décadas analisadas. Estas transformações, em suas diferentes expressões locais, não deixaram de corresponder às fases de implantação do sistema de saúde no país.

As políticas de governo do período, portanto, foram grandes estimuladoras de novas propostas de ensino da saúde pública. A despeito de sua face oficial, seus processos de desenvolvimento incorporaram a participação de técnicos com projetos inovadores, muitos oriundos dos serviços e das academias, o que acabou por maximizar uma maior circulação de equipes e de interesses entre as duas esferas. Em uma atuação marcada por ações de natureza técnica e política, os projetos adquiriram relevância e acabaram por contribuir para a atualização do ensino e das políticas nesse campo de saber.

Nesse contexto, a experiência do Programa de Cursos Descentralizados da Ensp produziu uma modificação substantiva no campo da saúde pública brasileira. A partir de 1975, com a expansão destes cursos às diversas regiões do país, tanto se estabeleceram novas relações das escolas com os serviços de saúde, quanto se permitiu que o processo de reforma dos serviços adquirisse uma dimensão nacional.

Uma relação mais efetiva do ensino de saúde pública com determinados serviços de saúde favoreceu também a recriação de práticas de ensino, a diversificação de oportunidades de capacitação e a problematização de temas dos serviços na organização curricular e nos projetos de pesquisa das escolas. Isto, de alguma forma, revela que a relação entre a saúde pública e a medicina social foi bastante fecunda, pois possibilitou o surgimento de uma nova forma de ensinar saúde pública.

As escolas também se fortaleceram quando foram capazes de estabelecer conexões com projetos e grupos identificados com seus objetivos nos serviços de saúde ou em outras instituições congêneres. Nesse contexto, elas acabariam por ser reconhecidas por alguns serviços de saúde, justamente quando foram capazes de gerar e de acolher projetos que deram tratamento às demandas por eles formuladas.

Por fim, poderíamos concluir que a estratégia de atuação em rede de cursos e escolas permitiu o aperfeiçoamento de metodologias de ensino, favorecendo o

surgimento de parcerias e a atuação de porta-vozes, de forma a promover um aumento da capacidade de alcançar resultados em projetos expansivos. Estas conexões, como já fora enunciado, também revelam uma capacidade de manifestação de descontentamentos e de intenções coletivas, tendo em vista os anseios dos trabalhadores e dos intelectuais envolvidos com a causa de um sistema de saúde eficiente, justo e, especialmente, com um modelo gestão assentado em princípios democráticos, o que não era pouco no quadro da ditadura política da época. Deste modo, a vitória da reforma do ensino da saúde pública, por assim dizer, foi também expressão da instalação e amadurecimento do processo democrático brasileiro.

De outra parte, algumas das principais questões discutidas nesta obra não são, a rigor, águas passadas. O sucesso do processo de descentralização político-administrativa, que deu mais vigor e responsabilidades aos municípios brasileiros, trouxe também conseqüências, relacionadas às conjunturas pós-implantação do SUS, típicas do desenvolvimento deste processo.

O avanço da municipalização durante a década de 90 se deu de forma concomitante à implantação das reformas de ajuste econômico e fiscal, com reflexos na administração do sistema e na gestão do trabalho em saúde. Nesse período, ocorreu um arrefecimento das carreiras mais estruturantes do setor público, entre as quais se coloca a carreira de sanitaristas. O resultado é que a qualificação para o trabalho, em nossos dias, se dá de forma mais pontual, priorizando ajustes e perseguindo perfis mais executivos e menos voltados para análises mais estruturais do setor ou da sociedade. Coincide também, nesse contexto, a ocorrência de uma redução progressiva da formação inicial dos sanitaristas no país como um todo, com os chamados cursos de Saúde Pública.

Nos primeiros anos da década de 2000, no entanto, há uma revalorização da prestação de serviços de natureza pública, com um reconhecimento do caráter estruturante do sistema de saúde no interior do Estado brasileiro. Observa-se ainda um envelhecimento da força de trabalho formada nos anos 70 e 80, nos contextos aqui analisados, com muitos trabalhadores em idade de aposentadoria ou migrando para outras funções como a docência nas universidades públicas e privadas, que também se expandiram muito nesse período no Brasil.

Revisitar essa história e confrontá-la com o momento atual pode favorecer um debate que inspire a descoberta de uma linguagem atual e a retomada de uma outra face formativa para um ciclo de profissionalização que se avizinha.

Um olhar acurado sobre as necessidades locais desde a comunidade até a família, novas ferramentas de análise da realidade e da gestão em todas as esferas do sistema, valorização da linguagem da comunicação, da informação e da interatividade, solidariedade, dentre outras, seriam características essen-

ciais a esse debate e traços prováveis a serem incorporados no desenho prospectivo da formação de um novo sanitarista.

Uma leitura acurada dos problemas sócio-sanitários, incluindo questões relacionadas ao ambiente, uma noção importante do cuidado e uma sensibilidade para circular idéias no interior do sistema, incluindo as representações do controle social e manejo das ferramentas de apreensão e aplicação das políticas aprovadas nos fóruns instituídos do sistema, formariam outro recorte para compor a problematização.

Todas essas reflexões podem estruturar perfis e processos renovados do trabalho em saúde pública e devem ser incorporados no debate da nova formação do sanitarista, mas o caráter crítico da intervenção e o reconhecimento da mudança das relações no mundo globalizado parecem presidir, preceder e permear o processo de criação dessas novas formas. A visão instigante alimentada por Cecília Donangelo, Mario Testa, Sergio Arouca e outros 'personagens' do ciclo anterior está presente no entusiasmo dos depoimentos aqui relatados e demonstra-se atual. Seu reconhecimento molda uma postura crítica diante dos problemas da saúde e da sociedade, apresentando-se como fonte permanente de repolitização. Seu reconhecimento e sua reinterpretação à luz da conjuntura atual podem ressiginicar os focos de iluminação dos objetos que fazem o desafio da saúde pública brasileira na atualidade.