

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA-ENSP
CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

**A ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL
DE 1970 A 1989**

Autora: TÂNIA CELESTE MATOS NUNES

Orientadores: DALTON MÁRIO HAMILTON
JAIRNILSON SILVA PAIM

Tese Defendida em 07 de dezembro de 1998

**“A Utopia está no horizonte.
Me aproximo dois passos,
Se distancia dois passos
e o horizonte corre dez passos mais.
Por mais que eu caminhe,
nunca o alcançarei.
Para que serve a utopia?
Para isso, para caminhar”.**

Eduardo Galeano

AGRADECIMENTOS

As experiências analisadas por esse trabalho trazem a “marca do coletivo”, como uma referência e como um guia que orientou a teoria e a prática da Saúde Coletiva no período estudado. Sinto orgulho de ter participado desse movimento e agradeço aos companheiros com quem compartilhei essa caminhada.

- ◆ A Mário Hamilton, orientador e amigo, cujo rigor com a produção esteve sempre aliado ao entusiasmo, paciência e companheirismo.
- ◆ A Jairnilson, pelos ensinamentos primorosos desde a concepção e pela forma afetuosa e consistente de sua orientação.
- ◆ A Inês Martins, pela solidariedade e generosidade em todos os momentos.
- ◆ Aos colegas da Escola Politécnica da FIOCRUZ pela torcida, colaboração e compreensão, nos momentos de maior dedicação a esse trabalho.

- ◆ A Carlos Maurício, Márcia Teixeira, Inácio, Rita Sório, Sérgio Munck, Júlio César, Vitória, André Falcão, Isabel Brasil, Geisa, Cleide, Sérgio Ferreira, Edvaldo, Márcia Valéria, Lúcia Dupret, Neila, Auxiliadora Oliveira, Virgínia Almeida, Paulo Lira, Eduardo Freezer, Hésio Cordeiro, Carmen Teixeira, Gustavo e Juliana Nunes, pelas colaborações em suas áreas de competência e pela afetividade com que colaboraram.
- ◆ A Cristina Tanaka, Oswaldo Tanaka, Eurivaldo e Jairlício, pela colaboração na busca dos dados da Faculdade de Saúde Pública.
- ◆ Às equipes das Assessorias Acadêmicas da ENSP e da Faculdade de S.Pública, em particular a Bruno e Monireh da ENSP, fundamentais na coleta de dados.
- ◆ A Arlindo, Arouca, Valter Leser, Seixas, Paulo Sabrosa, Jaime Oliveira, Eduardo Costa, Rui Laurenti e Paulo Buss. Pela disponibilidade na reconstituição das histórias que deram vida e conteúdo às análises formuladas.
- ◆ A Duca Leal e Maria Helena, pela atenção e assistência em suas funções ligadas à pós graduação da ENSP.
- ◆ A Cecília Minayo, Everardo Nunes, Regina Marsíglia e Arouca pelos aportes ao aprimoramento desse trabalho.
- ◆ A Anete Bastos Barreto, irmã, amiga e companheira, pela ajuda fundamental no plano técnico, intelectual e afetivo.
- ◆ A Lúcia e Ivonaide, pela retaguarda fundamental, o carinho e a disponibilidade.
- ◆ A José Augusto, meu companheiro, pela integral colaboração nas revisões e na área de informática. Pelo incentivo, companheirismo e entusiasmo.
- ◆ Às minhas filhas Roberta e Juliana pela compreensão com as horas subtraídas do nosso alegre convívio. Também pela torcida, para completar as estimadas (por elas) “trezentas páginas”.
- ◆ Aos meus pais e aos tios Antônio e Ruth Schramm, que com seus exemplos, me ensinaram a valorizar a honestidade, a inquietação e a perseverança, como caminhos de construção de qualquer experiência.

RESUMO

Esse trabalho procura recuperar alguns marcos da formação de sanitaristas no Brasil nas décadas de 70 e 80, priorizando a articulação do ensino com as políticas de saúde e com os movimentos de recomposição da Saúde Pública que emergiram da conjuntura estudada.

O estudo tomou, como espaços privilegiados de análise, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-ENSP/FIOCRUZ e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-FSP/USP, no que se refere aos cursos de especialização de áreas da Saúde Pública assim identificadas: Saúde Pública, Planejamento e Epidemiologia. Dada a sua importância na organização do ensino do período, também foi considerado o programa de Residência em Medicina Preventiva e Social.

A ênfase principal é a relação do ensino com as políticas de saúde e as estratégias adotadas pelas instituições consideradas, na organização de suas programações.

Esse trabalho, também, procura resgatar experiências de articulação dessas Escolas com o movimento de expansão do ensino de Saúde Pública no período, e uma possível atuação em rede, a partir das duas Escolas com outros centros de formação em Saúde Pública do País.

Palavras-Chaves: Educação/Education; Política de Saúde/Health Policy; Ensino/Teaching; Saúde Pública/Public Health; Educação de Pós Graduação/Education, Graduate.

ABSTRACT

This paper tries to recover some landmarks of the public health professional formation in Brazil in the decades of 70 and 80, prioritizing the articulation of the teaching with the policies of health and with the movements of recomposition of the Public Health that emerged from the studied conjuncture.

The study took, as privileged spaces of analysis, the National School of Public Health of the Fundação Oswaldo Cruz–ENSP/FIOCRUZ and the School of Public Health of the University of São Paulo–FSP/USP, in what refers to the courses of specialization of areas of the Public Health identified as: Public Health, Planning and Epidemiology. Given its importance in the organization of the teaching of the period, the program of Residence in Preventive and Social Medicine was also considered.

The main emphasis is the relationship between the teaching and the policies of health and the strategies adopted by the institutions considered, in the organization of its programmings.

This paper also tries to recover experiences of articulation of those Schools with the movement of expansion in the teaching of Public Health in the period, and a possible performance in net, beginning with the two Schools and using the other formation centers in Public Health of the Country.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
I - AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O ENSINO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL DE 1970 A 1989	9
II - PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS	21
PRESSUPOSTOS	21
OBJETIVO GERAL	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
III - QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	23
DO PODER DA INSTITUIÇÃO À INSTITUIÇÃO DO PODER	23
DAS TEORIAS AOS ATOS: O FENÔMENO EDUCATIVO	28
DA TENSÃO DO CAMPO ÀS POSSIBILIDADES DA REDE	35
IV - METODOLOGIA	40
OPTANDO POR UM MÉTODO	40
CONTORNANDO O ESTUDO E DEFININDO OS PERÍODOS	43
DOS INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E DADOS	44
V - RESULTADOS	49
PERÍODO DE 1970 A 1975:	49
As Reformas do Governo e a Reorganização da Lógica Universitária	49
Mudanças nos Cursos e nas Escolas	50
Os Planos de Carreiras e as Reformas nos Serviços	53
Os Gestores dos Serviços, o Sistema de Saúde e a Formação de Recursos Humanos. .	55
As Relações Institucionais, as Práticas Docentes e a Organização Curricular	57
As Diretrizes de Governo e a Formação de Recursos Humanos	61
Os Primeiros Passos da Descentralização: o Princípio da Escola Nacional	63
PERÍODO DE 1976 A 1980:	64
A Diversificação dos Cursos para o Sistema de Saúde.	64
Mudanças no Sistema de Saúde Aproximam os Serviços e as Universidades	68
A Aproximação da Saúde Pública com a Medicina Social	71
O Avanço da Descentralização e a expansão do Ensino da Saúde Pública	76
A Residência de Medicina Preventiva e Social : um Projeto Renovador	79
O Ensino da Saúde Pública Planta Sementes para a Próxima Década	83
PERÍODO DE 1981 A 1989:	84
Ações Integradas de Saúde : Preparação de Base Técnica e Gerencial para o SUS	84
O CEBES e a ABRASCO no Ensino da Saúde Pública	88
As Escolas e os Cursos no 3º Período	90
Renovações Metodológicas e de Conteúdo na ENSP	93
Os Cursos Descentralizados e a ABRASCO: a Evolução com Avaliação	95
O Encontro entre o Ensino e os Serviços: muda o Sistema de Saúde e muda a Formação	100
VI - ANÁLISE E CONCLUSÕES	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	129
ANEXOS	135

INTRODUÇÃO

A formação em Saúde Pública no Brasil remonta ao início do século, com algumas iniciativas que se organizaram no interior do Instituto Oswaldo Cruz, em articulação com a formação de médicos ministrada pela Escola de Medicina do Rio. Essa experiência representa um certo padrão de ensino marcado por uma intensa relação entre órgãos formadores de recursos humanos e serviços de Saúde Pública, envolvendo elementos da conjuntura e processos organizadores da intervenção em saúde, configurando práticas de laboratório associadas à ação sobre as pessoas (vacinação) e o meio (desinfecção de ambientes), que se constituíram como espaços de ensino da Saúde Pública (Stepan,1976).

A postura articuladora do ensino com a prática, potencializada pela importância política de Oswaldo Cruz no âmbito do governo, estabeleceu-se como uma referência dessa época, que influenciou a prática e o ensino do Instituto Oswaldo Cruz e de outras instituições, por um longo período desse século (Pinheiro,1992; Labra,1985).

As primeiras experiências foram referências importantes para esse estudo, pela condução dada por Oswaldo Cruz, como um dirigente de governo e também acadêmico de grande notoriedade nacional e internacional, e que, no exercício da sua liderança inaugurou uma postura articuladora entre os mundos acadêmico e da prestação de serviços de saúde.

Estimulados pelos resultados alcançados na cidade do Rio de Janeiro, os cientistas avançaram na busca do conhecimento de outras realidades, através das expedições que estabeleceram a ligação do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, com outras regiões do país, e dessa forma, exploraram a vertente rural da pesquisa e do ensino nesse campo.

A relação entre o ensino, a pesquisa e as políticas de saúde que foram emblemáticas no início do século, parecem bem apresentadas por Stepan, quando caracteriza Oswaldo Cruz, como ator principal dessa articulação:

“...como diretor recém-nomeado da Saúde Pública, ele era responsável por um programa grande e bem fundado, e o Instituto de Soroterapia foi totalmente incorporado ao Programa, com a passagem do tempo. Os técnicos nomeados como inspetores sanitários foram enviados para Manginhos para treinamento, e para ajudar na preparação de soros e vacinas. Os alunos da Escola de Medicina do Rio procuraram emprego no programa de saneamento, e eles foram enviados para Manginhos, a fim de preparar suas teses médicas” (Stepan,1976:94).

Em diferentes períodos deste século, muitas experiências incorporaram atores institucionais e práticas diferenciadas, que se relacionaram com as políticas de saúde, conformando padrões peculiares de formação em Saúde Pública. A partir das primeiras iniciativas, foram ampliados e diversificados os espaços escolares, constituídos nos primeiros anos pelo Instituto Oswaldo Cruz, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP e os Departamentos de Higiene das Faculdades de Medicina. Depois vieram os Departamentos de Medicina Preventiva dessas Faculdades e, mais recentemente, os Institutos de Saúde Coletiva e os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva (NESCAs), com aportes singulares ao conjunto de ações que passaram a compor o ensino de Saúde Pública, no período.

Este estudo abordou a temática do ensino da Saúde Pública no Brasil nas décadas de 70 e 80, contextualizando-a como parte de um processo social mais amplo e considerando a sua interface com as políticas sociais, expressando ainda a forma como os governos se relacionavam com as demandas da sociedade, no plano econômico, social e político. De um outro ângulo, procurou

examinar como as instituições, os intelectuais e a sociedade civil organizada geravam novas possibilidades de articulação e novos processos sociais, produzindo respostas peculiares naquele período.

O recorte aqui efetuado, partiu da escassez de trabalhos com essas características e do reconhecimento da sua relevância para a recuperação da história recente da formação em Saúde Pública no Brasil.

Considerou, também, a importância de resgatar elementos que se constituíram em fatores importantes de problematização da realidade do ensino e da saúde, procurando entender como se operaram as relações entre os sujeitos e os processos sociais nas sucessivas conjunturas. Vale ressaltar que algumas vivências profissionais permitiram-me tomar contato com atividades relacionadas aos momentos em discussão, acumulando questões que foram parte integrante da investigação e fonte de interesse e mobilização para a realização desse trabalho.

As Escolas de Saúde Pública que formaram parte desse estudo foram referenciadas como espaços de materialização de experiências, que se articularam com outros espaços de problematização da Saúde Pública e da formação dos agentes de sua prática, os sanitaristas, em uma conjuntura determinada.

O reconhecimento desse amplo sentido permitiu estabelecer possíveis relações entre elementos intrínsecos à organização do ensino (cursos, disciplinas, áreas temáticas), com elementos dessas conjunturas, entre os quais mereceram destaque: a reforma do ensino universitário (com uma proposta que interfere na regulação e na estrutura de poder das Universidades); a reforma administrativa implantada no final da década de 60; a reforma do ensino médico (pela interação que se estabeleceu, nesse período, com a Saúde Pública); e a reforma do Sistema de Saúde (nos variados estágios de formulação ao longo das duas décadas).

Além disso, no plano interno das Escolas selecionadas, mereceram atenção as iniciativas que promoveram processos inovadores e suas formas de expressão e articulação com os objetivos desse trabalho.

Vale mencionar que a revisão de literatura indicou uma significativa participação da Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS e da Fundação Kellog's no ensino da Saúde Pública, no período estudado, através do apoio financeiro ou da cooperação técnica a instituições nacionais e na difusão de idéias, principalmente na interface com o ensino médico (Marsiglia,1995; Paim,1985).

No plano nacional, destacaram-se o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq e a Financiadora de Estudos e Projetos-FINEP, no apoio ao desenvolvimento de pesquisas estratégicas para o ensino da Saúde Pública (ABRASCO,1983).

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO, criados no período estudado, foram considerados como atores importantes na renovação das propostas de ensino no interior do campo.

Os programas de cursos, as inovações implantadas pelas Escolas que impactaram o sistema de formação, a relação entre as Escolas e o Sistema de Saúde e as questões de recursos humanos incluídas nessa problemática, foram também contempladas por esse estudo, que se orientou, preliminarmente, por uma interrogação: qual o significado das Escolas para a Educação em Saúde Pública, nas décadas de 70 e 80 no Brasil?

I - AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O ENSINO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL DE 1970 A 1989

A principal característica do período coberto por este estudo foi uma inquietação existente no interior das instituições de saúde, que se expressou em múltiplos projetos da área, articulados às políticas públicas, que culminaram com a aprovação do Sistema Único de Saúde-SUS na década de 90, e que foram gestados em meio à dinâmica de funcionamento do próprio Estado. Nesse âmbito, a perspectiva conservadora convivia com possibilidades de renovação, e através das contradições produzidas pelo momento político, criando condições para a produção de alternativas de mudanças dessa realidade.

A Reforma Universitária e a Reforma do Ensino Médico, implantadas no final da década de 60, produziram efeitos no período seguinte, relacionando-se a outros fatos no interior dos Centros Escolares e interferindo na dinâmica dos cursos e na organização das próprias Escolas, numa interface com o ensino da Saúde Pública.

Pela sua importância em relação à Educação em Saúde Pública, foram examinadas algumas medidas cujas características se identificavam com essa transição, começando pela reforma do ensino universitário promulgada em 1968, que estabeleceu mudanças que deveriam ser implantadas, a longo prazo, na organização do ensino do país, e que foram consideradas como necessárias à modernização das universidades.

As medidas propostas indicavam a necessidade de efetuar rearranjos na dinâmica das Escolas Médicas, alterando a lógica organizativa anterior, 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).

Nesse mesmo período, foi aprovada a reforma do ensino médico, em 1969, com a recomendação de um novo currículo mínimo da medicina, que foi considerado avançado em relação ao anterior, uma vez que representava *“uma proposta de adequação dos currículos e da função do profissional médico a uma prática redefinida por fatores de ordem política e econômica”* (PESES,1978:6), e que abria espaços para outras reformas que viriam a se relacionar com a formação em Saúde Pública.

Vale ressaltar que, para alguns autores, essas mudanças não se colocavam apenas como ajustes curriculares mas já representavam um desdobramento do 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 (PESES,1978).

A criação desses Departamentos estava relacionada ao movimento de renovação do ensino médico que a Organização Pan-Americana de Saúde desencadeia a partir dos Seminários do México e do Chile, em 1955 e 1956, cujas primeiras repercussões de caráter ideológico se dão através da organização de eventos nacionais durante a década de 60, como *“uma maneira inicial de penetração do movimento preventivista no país”* (PESES,1978:5-6).

Para Teixeira, *“apesar do caráter limitado que este movimento de reforma do ensino médico teve nesse período, chegou a influenciar debates e medidas no sentido de enfatizar-se a formação do chamado médico generalista”* ainda que, para a autora, a institucionalização da Medicina Preventiva ao interior da Escola Médica brasileira, *“só viria a acontecer com a Reforma Universitária de 1968”* (Teixeira,1982: 41).

Um outro ponto que mereceu ser resgatado do período anterior à década de 70, estava ligado ao estímulo desenvolvido pelo Governo às práticas de planejamento de saúde, pelo que produziu de influência no ensino e na prática da Saúde Pública mais contemporânea, e cujas primeiras propostas foram incorporadas pelas Instituições, através do pensamento que articulava elementos do planejamento econômico e social. *“É principalmente através da Comissão Econômica para a América Latina-CEPAL - organismo internacional ligado à ONU, que se difunde a noção do planejamento enquanto necessidade para alcançar o desenvolvimento.”* (Giovanella,1991:29).

Na saúde, os primeiros programas surgiram como decorrência da Carta de Punta del Este - Uruguai, onde em 1961 se realizou a I Reunião de Ministros do Interior dos países da América Latina, entre os quais o Brasil, que firmou o compromisso de criar, nos Ministérios, unidades de planejamento integradas aos organismos de planejamento do desenvolvimento econômico e social (Giovanella,1991:30)¹, medida que foi reiterada por ocasião da 1ª Reunião de Ministros da Saúde realizada em 1963 (Paim,1986:72). *“A planificação do social proposta pela Carta de Punta del Este cria as condições propícias ao desenvolvimento desse discurso planejador, à elaboração de técnicas e à formação de intelectuais que darão coerência a esse discurso e procurarão legitimá-lo pela sua abordagem “científica” para a intervenção na realidade social. A partir daí, estabelecem-se estratégias para a difusão desse movimento, com apoio de organizações internacionais, visando a sua assimilação pelo Estado”* (Paim,1986:69-70).

Uma mudança importante relacionada a esse movimento foi a *“emergência da noção de recursos humanos em saúde”*, superando aquela utilizada até a década de 60, quando essa idéia se referia *“à força de trabalho de um país, isto é, à população inserida na produção, a qual era necessário prover meios educacionais e assistência médico-sanitária que a tornasse melhor qualificada para o exercício das atividades produtivas”* (Teixeira,1982:31-32).

A entrada desse pensamento no interior do Governo gerou um esforço de reformulação de suas estruturas com *“o fortalecimento dos técnicos, agentes macrocoordenadores, num processo que implicou na “modernização” progressiva da ideologia estatal”* (Teixeira,1982:42), produzindo demandas para a capacitação de técnicos, também na área de saúde.

Em 1967 realizou-se a IV Conferência Nacional de Saúde, no Rio de Janeiro, tendo os recursos humanos como tema principal. O evento abordou as questões que estavam presentes na

¹ A Reunião de Ministros recomenda que os países implantem medidas para *“reduzir a mortalidade de menores de 5 anos de idade, erradicar a malária e a varíola, intensificar o controle da tuberculose e das doenças entéricas, melhorar a alimentação e a nutrição aumentando a ingestão de proteínas, abastecer de água potável e serviços de esgoto pelo menos 70% da população urbana e 50% da rural, melhorar a organização dos serviços e aumentar o rendimento, procurando que se atenda cada vez melhor um número maior de enfermos com atividades de prevenção e cura, ampliar a formação de profissionais e auxiliares em saúde, criar, nos Ministérios da Saúde, unidades de planejamento do desenvolvimento econômico e social, melhorar as estatísticas vitais e sanitárias, elaborar planos decenais nacionais de saúde e ter como meta geral o aumento de cinco anos da esperança de*

visão de planejamento do setor naquele momento, antecipando uma problemática ligada ao planejamento de recursos humanos que seria tratada na década seguinte pelo Governo, na elaboração do Plano de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde-PPREPS. Nessa oportunidade foi expressiva a participação de docentes da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública-F.ENSP entre os palestrantes.²

Os antecedentes mencionados eram ilustrativos de um contexto onde o Estado se organizava em torno de um intenso e acelerado processo de industrialização, sob um regime ditatorial, mas que em nome da organização de áreas de responsabilidade desse mesmo Estado, editava políticas sociais e imprimia medidas traduzidas como necessárias à modernização de suas estruturas, produzindo elementos considerados fundamentais para o entendimento do que se configurou como o ensino da Saúde Pública, no período estudado.

Na década de 70, aprofundou-se a interferência estatal, amparada na Constituição de 1969 que conferiu à iniciativa privada a prioridade para “*organizar e explorar as atividades econômicas*”, ficando o Estado com o papel suplementar na prestação de serviços e de comprador dos serviços ao setor privado, via Previdência Social (Oliveira e Fleury,1986).

Essa condução política teve um papel fundamental no desenvolvimento de “*um estilo padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado dos serviços.*” (Oliveira e Fleury,1986:215), com reflexos no campo da Saúde Pública, e tornou-se temática de estudo com expressão significativa na conformação do ensino e da pesquisa nessa área (ABRASCO,1983).

Alguns marcos foram importantes na recuperação dessa história recente, pelo que representaram na construção da idéia de Sistema Único: em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social-INPS substituiu os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões por categorias de trabalhadores; em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS através da Lei 6025 de 25 de junho de 1974; em 1975, a Lei 6229 criou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu a divisão dos campos institucionais da saúde coletiva e da saúde das pessoas (Oliveira e Fleury,1986; Vilaça,1994).

Essas reformas jurídico-administrativas não foram capazes de viabilizar, a curto prazo, o Sistema de Saúde e de absorver as insatisfações dos trabalhadores. Aos poucos, iam aflorando as contradições do próprio sistema previdenciário que já não conseguia garantir o seu financiamento nos moldes estabelecidos, sem lançar mão de medidas anti-populares. Os resultados das eleições de 1974 foram indicativos das insatisfações com o Governo Militar, fato que não passou despercebido pela sua estrutura de poder, que a partir desse momento começou a produzir medidas racionalizadoras, criando condições para o surgimento de espaços para a realização de embates

vida ao nascer de cada pessoa”).

² A IV Conferência Nacional de Saúde foi realizada de 30/08 a 04/09 de 1967 no Rio de Janeiro. Contou com a participação de Achilles Scorzelli Júnior discorrendo sobre o tema “O Profissional de Saúde que o País Necessita”; do Dr. Sávio Antunes sobre “Pessoal de Nível Médio e Auxiliar”; do Dr. Edmar Terra Blois sobre “Responsabilidade do Ministério da Saúde na Formação e Organização dos Profissionais de Saúde e do Pessoal de Nível Médio e Auxiliar”, todos da FENSP. Os demais palestrantes não ligados à F.ENSP foram: o Dr. Raimundo Moniz de Aragão - Reitor da UFRJ, e o Dr. Roberto Figueira Santos, Reitor da Universidade Federal da Bahia (Ministério da Saúde,1993).

políticos e para a conformação de alianças entre grupos que se colocavam nas estruturas de poder do governo, e se identificavam com idéias que vinham sendo discutidas em outros setores da sociedade que ansiavam por mudanças políticas e sociais.

É preciso lembrar que dois fatores externos, a crise do petróleo e a perda do poder de troca de produtos como o café, o açúcar e o algodão, atingiram o modelo econômico que definia a integração do Brasil ao mercado internacional, impactando o processo exportador e dificultando o financiamento das importações. Esses fatores se associaram à crise política interna, levando o Governo a editar o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND)³, com o privilegiamento de medidas que previam uma redistribuição de renda e reservava papel de destaque à Previdência, mantendo a coerência quanto à escolha desse canal de legitimação, entre governo e sociedade (Oliveira e Fleury, 1986).

Por ocasião do anúncio do II PND, o Ministro da Previdência proferiu discurso na Escola Superior de Guerra, recomendando, como medidas necessárias, a redução das desigualdades sociais e a ampliação da área de atendimento das necessidades sociais da população em termos das escolas, da habitação, dos níveis sanitários básicos, da proteção médica e previdenciária, colocando-as como pressupostos para o processo de distensão política (Oliveira e Fleury, 1986).

No interior do plano também foram definidos os campos de atuação dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, ficando o primeiro com um *“caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado”* (Oliveira e Fleury, 1986:239), o que demarcava também o perfil de financiamento governamental e das estruturas prestadoras de atenção à saúde.

A explicitação de áreas de importância para os investimentos sociais no II PND, no entanto, se evidenciou como uma alternativa à construção de projetos articuladores de algumas representações de trabalhadores no interior do Governo, criando espaço para a formulação de programas de extensão de cobertura, a exemplo do Programa de Interiorização da Saúde e Saneamento-PIASS, e uma conseqüente aproximação do Ministério da Saúde-MS com as Secretarias Estaduais de Saúde, na gestão desses Programas.

Ainda em 1971, uma experiência considerada exitosa em Diamantina, no Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais, serviu de embrião ao Projeto Montes Claros, no mesmo Estado, e adquiriu notoriedade pelo caráter inovador de suas propostas, notadamente aquelas relacionadas a *“um novo modelo de organização de serviços, novas práticas pedagógicas,*

³ O II Plano Nacional de Desenvolvimento-PND - foi anunciado pelo então Presidente Ernesto Geisel, em 10 de setembro de 1974, consubstanciando "metas tentativas" a serem alcançadas entre 1975 e 1979. Em sua 1ª parte o PND refere o Brasil como potência emergente e dentre outros temas, aborda uma estratégia de desenvolvimento social, onde estão tratados os temas de distribuição de renda, emprego e salários, valorização dos recursos humanos. No capítulo XIII discute o emprego e os recursos humanos vinculados às perspectivas de crescimento do país. O capítulo XIV aborda a Política Científica e Tecnológica (II PND - República Federativa do Brasil, 1974:69-74; 131-140).

transformação radical das relações no interior da equipe de saúde, participação cidadã da comunidade e dos servidores, práticas inovadoras no planejamento e gestão e autonomia e fortalecimento do nível local" (Fleury,1995:14).

As estratégias dos Programas de Extensão de Cobertura-PECs caracterizavam-se pela necessidade de incorporar grupos populacionais, até então excluídos do consumo de serviços de saúde, e foram parte integrante das conclusões da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas realizada em Santiago do Chile em 1972, quando se elaborou o Plano Decenal de Saúde das Américas (Teixeira,1982).

O PIASS se organizou com base nas propostas sugeridas para os PECs, sob a coordenação do Ministério da Saúde, e se implementou numa estratégia conjunta com o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde-PPREPS, com o apoio expressivo da Organização Pan-Americana da Saúde.⁴

A idéia de expansão de cobertura associada à medicina comunitária já vinha sendo discutida no interior das universidades brasileiras, sem no entanto, alcançar reconhecimento por parte do Governo, no sentido da incorporação do seu modelo.

A experiência inovadora que os seus técnicos realizariam, desenvolvida pelo Projeto Montes Claros, adotou, como estratégia política, uma intensa articulação com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e com outros espaços do sistema de saúde, receptivos às idéias de um programa de extensão de cobertura com essas características, assim definidas por Fleury: *"Como um laboratório de democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais"* (Fleury,1995:14). Os produtos desse trabalho passaram a ser divulgados, estrategicamente, através de visitas e seminários, criando condições para a sua experimentação e o debate em outras realidades.

Em março de 1974, assumiu o Ministério da Saúde o Ministro Paulo de Almeida Machado que convidou para compor a sua equipe um grupo de docentes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e adotou uma estratégia de aproximação com o projeto Montes Claros. Alguns membros dessa equipe atuaram no PIASS, então em processo de organização, vindo um deles a ocupar a Coordenação do Programa (Santos,1995; Ministério da Saúde,1997).

A dinâmica de implantação do PIASS propiciou o surgimento de um espaço de aglutinação em torno das idéias de expansão do sistema de saúde, por meio da problematização do modelo vigente. A sua associação com o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, favoreceu a discussão de elementos importantes da relação ensino-serviço. As políticas de recursos humanos assumiam nesse contexto um papel de destaque no âmbito do Ministério da Saúde, e o PPREPS foi implementado como um Programa que daria concretude às diretrizes do II

⁴ A experiência dos Programas de Extensão de Cobertura é originária da Medicina Comunitária e se expandiu através de políticas sociais dos países da América Latina, com *"o 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 multi-profissionais, a integração ensino - serviço, a utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária"* (Teixeira, apud Rosas,1982:52).

PND numa ação voltada para os serviços públicos, com o objetivo de reformular as práticas de gestão e de capacitação de recursos humanos, até então desenvolvidas, de forma dispersa, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública-F.SESP, no que se refere ao pessoal auxiliar, e pelas Universidades, nos seus respectivos programas de graduação e pós graduação.

O PPREPS foi desenvolvido por uma equipe composta por representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da OPAS, gerou um acordo interministerial e elegeu três grandes objetivos, assim definidos:

- *"preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e previstos, permitindo a extensão de cobertura e a melhoria dos serviços;*
- *apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente assistenciais para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes;*
- *apoio ao estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde em cada Estado da Federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivo"* (Teixeira,1982:65).

A implementação do PPREPS pelas estruturas de Governo foi mais uma experiência associada ao projeto expansionista e racionalizador do sistema público de saúde da época, que embora não tenha alterado a correlação de forças dada pelas definições dos papéis dos Ministérios da Saúde e da Previdência no plano governamental, tornou-se um instrumento importante de aglutinação de idéias das equipes dos serviços e das universidades que vinham exercendo a crítica ao modelo vigente.

A abertura programática do PPREPS referente à integração docente-assistencial favoreceu a aproximação de equipes dos ministérios envolvidos - MS/MPAS/OPAS, com as experiências em curso nas Universidades, ligadas à temática da Medicina Comunitária, traduzidas em projetos que já vinham discutindo alternativas de práticas para o Sistema de Saúde da época, entre os quais se destacavam:

- O Programa de Medicina Comunitária de Londrina-Paraná. Patrocinado pela Universidade de Londrina, em convênio com a Prefeitura Municipal - 1969;
- O Projeto de Saúde Comunitária da Unicamp (Campinas-SP), conhecido como Projeto Paulínea, financiado pela Fundação Kellogs, e que teve início entre 1971 e 1972;
- O Programa de Saúde Comunitária - Projeto Vitória - realizado pela Universidade Federal de Pernambuco em Vitória de Santo Antão, PE;
- O Projeto de Atuação Médica Simplificada, para uma área peri-urbana do estado do Rio de Janeiro. Patrocinado pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, em Nova Iguaçu, RJ;
- O Projeto de Área Programática para Serviços Integrados de Saúde - USP/DMP e Secretaria de Saúde de São Paulo (Santos,1995).

A relação entre a temática da formação de recursos humanos e a reestruturação do Sistema de Saúde estavam expressas nas ações previstas pelo PPREPS. A sua implantação conjunta com o PIASS facilitou a problematização do Projeto de Sistema de Saúde e permitiu avançar na busca de alternativas, também discutidas pelas Universidades e pelos serviços de saúde. Dessa forma, o PPREPS pode ser considerado *"um instrumento de intervenção estatal na área de formação de pessoal, visando contribuir para a implantação e o fortalecimento de um dado modelo de atenção à*

saúde, que se caracteriza por tomar como objeto as populações excluídas do consumo de serviços sob as modalidades dominantes de atenção. É assim, um elemento de um projeto político de setores avançados das instituições estatais, especialmente o Ministério da Saúde, que sob a influência das organizações internacionais buscavam 'modernizar' as formas de participação do Estado na organização das práticas de saúde." (Teixeira,1982:68).

A integração ensino-serviço, na perspectiva adotada pelo PIASS associado ao PPREPS, favoreceu à ampliação das experiências que se desenvolveriam de forma experimental, valorizando as iniciativas em andamento e ampliando o seu espectro no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva, através da idéia de Medicina Comunitária, conforme analisa Paim: "o movimento da Medicina Comunitária é inicialmente incorporado pelos Departamentos de Medicina Preventiva que passam a testar novas modalidades de treinamento de pessoal, articuladas a alguma experiência de organização de serviços de saúde. Tais iniciativas, originariamente limitadas e focais, vão sendo ampliadas tanto em nível dos serviços de saúde através dos programas de extensão de cobertura (PECS), como em nível do ensino mediante a integração docente-assistencial" (Paim,1986:111).

Vale ressaltar que a integração docente-assistencial foi também concebida "como um processo social, parte do processo global da sociedade, que exigia participação da comunidade, compreendia a formação de todas as categorias profissionais e um compromisso claro entre as instituições, mas com manutenção das individualidades delas. Defendia também um processo de ensino - aprendizagem mediante vivências de práticas na realidade concreta e participação do aluno no currículo e conteúdos acadêmicos, interação permanente entre ensino e serviços e não apenas o uso eventual dos serviços pelas faculdades" (Marsiglia,1995:31-32).⁵

Foi possível detectar que as estratégias implementadas pelo Governo nesse período produziram resultados no campo da capacitação de pessoal auxiliar e na gestão de recursos humanos e, por meio do PPREPS, foi possível desenvolver nas Secretarias de Estado, o entendimento das noções de planejamento de recursos humanos, ampliando assim as possibilidades de relação desses espaços burocráticos com as políticas de formação de sanitaristas, implementadas até então de forma centralizada, pela Escola de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A contribuição do PPREPS foi também expressiva na implementação de núcleos de recursos humanos nas Secretarias Estaduais, possibilitando "a formação de intelectuais orgânicos, não somente para um projeto racionalizador, mas também para o movimento de democratização da saúde" (Paim,1994:38).

A década de 70 mereceu atenção especial quanto aos processos concretos que foram desencadeados nos espaços de realização do trabalho das Escolas de Saúde Pública, ainda que nos limites da formação em saúde pública, na categoria de especialização. Vale mencionar também como

⁵ As idéias originárias da Medicina Comunitária se expandiram por muitas universidades brasileiras durante as décadas de 70 e 80 e "foram incorporadas pelos técnicos das instituições estatais do Brasil e encontram-se no bojo da série de iniciativas surgidas após a V Conferência Nacional de Saúde, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229 de 1975), do Programa Materno Infantil, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Programa Especial de Controle da Esquistossomose-PECE, o PIASS e finalmente o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-PREVSAÚDE, em 1980" (Teixeira,1982:52-53).

elementos significativos, as iniciativas de descentralização de cursos da ENSP iniciada em 1975, o Programa PESES/PEPPE - Programa de Estudos Econômicos e Sociais e Programa de Estudos Populacionais e de Pesquisas Epidemiológicas em 1976, a formação de sanitaristas para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em parceria com a Faculdade de Saúde Pública a partir de 1977 e a implantação da Residência em Medicina Preventiva e Social pela ENSP da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ 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.

No âmbito das políticas de saúde, na segunda metade da década de 70, se intensificaram as discussões em torno do Sistema Nacional de Saúde, trazendo para o âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde as propostas de "*atenção primária à saúde*".

A Conferência de Saúde, realizada em Alma-Ata, elegeu, em 1978, a atenção primária como foco de atenção especial dos sistemas nacionais de saúde, indicando que "*todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de saúde, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde, em coordenação com outros setores. Para esse fim, se faz necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis*" (OMS/UNICEF,1979: 4).

O Brasil acatou suas recomendações, quanto à regionalização dos serviços e à expansão de cobertura, reiterando posição anterior tomada por ocasião da III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972, no Chile, e registrada no Plano Decenal de Saúde para as Américas.

Em março de 1980 foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, tendo como tema central a "*Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos*". O relatório dos debates, ali travados, apontava os limites das propostas institucionais apresentadas, em função do real sistema de saúde brasileiro, que já se tornara complexo, e cuja concentração de recursos no Ministério da Previdência, limitava as possibilidades de desempenho do Ministério da Saúde, nas ações de sua competência (Anais da 7ª CNS,1980).

Esse debate mobilizou apoios e oposições a prováveis intervenções nas políticas de saúde pela via estatal, nascendo no interior do Governo, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-PREVSAÚDE⁶. O seu processo de formulação se caracterizou por uma polarização entre o que era considerado estatizante e privatizante, nas políticas de saúde, e propiciou um debate que incorporou profissionais do setor, dirigentes públicos e representantes de entidades profissionais. A reação contrária estava representada pelos empresários da saúde, principais beneficiários da política de privatização que vinha sendo implantada com o financiamento do Estado (Oliveira e Fleury,1986).

Em nível nacional, o PREVSAÚDE se referenciou nos resultados das experiências de atenção primária como a de Montes Claros, em Minas, e a do PIASS, no Nordeste, incorporando como pressupostos básicos: a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade; a cobertura em áreas carentes; a atenção primária como porta de entrada do paciente no sistema de saúde; a participação comunitária e as técnicas simplificadas; a integração dos

⁶ O Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde é um programa elaborado por um grupo de técnicos composto por representantes dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, com vistas à reestruturação e ampliação dos serviços de Saúde, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação (Fleury e Teixeira,1986:271).

serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade independente da sua vinculação enquanto público ou privado; e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (Oliveira e Fleury, 1986:271-272).

“Antes de vir oficialmente a público, o PREVSAÚDE foi alterado em sua essência, transformando-se em apenas um projeto de racionalização do modelo vigente, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária ” (Oliveira e Fleury, 1986:272), que foi editado a partir da criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária-CONASP. O seu conteúdo foi alvo de intensos debates por grupos representativos da sociedade civil, num momento de muita efervescência política na vida do país, e a sua implementação, nessa conjuntura, favoreceu o surgimento de outras alternativas que vieram a ser implementadas, culminando com o Sistema Único de Saúde.

A revisão histórica aqui contemplada não pode prescindir da menção à criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-CEBES, entidade que se organizou em torno de núcleos de profissionais de saúde nos estados, e que tinha a democratização da saúde como questão principal. Desde 1976, ano de sua criação, 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**, tendo como foco a organização do Sistema de Saúde do país.

Em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO, passando a desempenhar um papel primordial na articulação do ensino de Saúde Pública com as políticas de saúde. A sua dinâmica programática e política permitiu a aglutinação de docentes, pesquisadores e profissionais do serviço na discussão de temas contemporâneos que foram incorporados na dinâmica da formação dos profissionais de Saúde Pública, na década de 80.

Na primeira metade dos anos 80 ocorreu uma intensa pressão da sociedade civil por participação e por liberdades democráticas, marcando a insatisfação da sociedade com o prolongamento do regime ditatorial e os seus desdobramentos. Símbolo da efervescência dessa fase, o movimento das “diretas já” pela eleição de Presidente da República, aglutinou essas insatisfações com manifestações expressivas em todo o território nacional.

No âmbito da saúde, o Governo implantou, como experimental, a estratégia de Ações Integradas de Saúde-AIS, ampliada para todo o país em 1984. As AIS representavam um avanço em relação ao processo de gestão até então adotado pelo Sistema de Saúde, introduzindo a proposta de gestão colegiada de ações de saúde, envolvendo além do Ministério da Previdência e Assistência Social, os Ministérios da Educação e da Saúde, e expandindo-se pelos níveis federal, estadual e municipal (Paim, 1986).

“Embora de cunho eminentemente racionalizador, as AIS tiveram o mérito de abrir para estados e municípios a possibilidade de também se transformarem em atores da política nacional de saúde, seja como participantes dos fóruns de discussões oficiais (Comissão Interinstitucional/CIS, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/CIMS) ou não oficiais que então se abriam, ou como receptores de “novas”(mas na verdade antigas) responsabilidades no sistema de saúde” (Goulart, 1996:20).

O V Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara de Deputados, realizado em 1984 reforçou, em seu documento final, a estratégia das Ações Integradas de Saúde como um caminho

para o Sistema Único de Saúde, ampliando o espaço de negociação com o Programa de Governo da Transição Democrática (Paim,1986:191), base da formulação da política de saúde do que viria a ser o Governo de Tancredo Neves. O seu sucessor, o Presidente José Sarney, convocou posteriormente a 8ª Conferência Nacional de Saúde, dando continuidade a essa formulação.

Todo esse período de intensa movimentação da política de saúde foi também um período de fertilização das estratégias de formação em Saúde Pública. No início da década de 70, as Escolas de Saúde Pública contavam com uma estrutura determinada de formação para o sistema de saúde, e no decorrer do período estudado, se relacionaram com um campo fértil para produzir modificações, resultando na diversificação das modalidades de cursos e na revitalização das Escolas, que foram contempladas por esse trabalho.

Nesse contexto, intensificou-se, a partir da 2ª metade da década de 70, a implantação das Residências em Medicina Preventiva e Social, que se constituíram em importantes espaços de experimentação de novas práticas de ensino em saúde, e favoreceram a interação entre as instituições formadoras de sanitaristas no país, no seu próprio movimento de constituição.

A dinâmica interna ao movimento da formação em Saúde Pública diversificou também os modelos de Centros Escolares com o surgimento dos Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva com inserções variadas, porém mais concentrados no âmbito das Universidades.

Em março de 1986 realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores e de representações da sociedade civil organizada, diferente das anteriores, que só permitiam a participação de representantes de Governo. A Conferência realizada em Brasília foi antecedida de Conferências Estaduais, propiciando o debate ampliado de seus temas centrais assim definidos: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor Saúde.

Para dar continuidade aos resultados da 8ª Conferência duas vertentes se estabeleceram: um grupo de trabalho sob a coordenação do Ministério da Saúde, constituindo o que foi denominado de Comissão Nacional da Reforma Sanitária e uma outra de gestão junto ao Parlamento, tendo em vista o processo constituinte em andamento nesse período.

Pelo caráter estratégico do tema, a questão dos recursos humanos foi incluída entre as Conferências de temas específicos realizadas após a 8ª Conferência. Em sua programação, a I Conferência de Recursos Humanos destacou a capacitação após a graduação como um aspecto a ser observado, recomendando que *“a formação ulterior deve ser definida em função das necessidades do Sistema Único de Saúde de dispor de profissionais e equipes qualificadas para dar conta de modo eficiente (em termos de custo) e eficaz (em termos de resultados), de questões específicas referentes a problemas menos freqüentes”*. Estabeleceu também que *“a estruturação do sistema em níveis hierarquizados de atenção à saúde deve fornecer os critérios, conforme os quais as necessidades quantitativas e qualitativas de formação posterior à graduação devem ser atendidas”* (Ministério da Saúde,1986:30).

Do ponto de vista da formação de recursos humanos, vale destacar o papel desempenhado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, na identificação de nós críticos do Sistema de Saúde ligados ao tema, trazendo novas questões para o debate, no que diz respeito à preparação de quadros para o Sistema de Saúde.

Nesse contexto, surgiu uma nova linha de cursos, recortados por temáticas (de recursos

humanos, de planejamento, de vigilância sanitária). Também foram criados os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva, instituindo um novo ator social entre aqueles já existentes, e reconfigurando a capacidade de resposta, no plano local e nacional, às demandas que eram colocadas pelo Sistema de Saúde naquele momento.

Fruto da mobilização e da articulação dos segmentos do setor saúde que se identificavam com as idéias da Reforma Sanitária, e representando um avanço na estratégia intermediária das AIS, organiza-se, a partir de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, implantado por convênios entre o Governo Federal e os estados, configurando uma alteração significativa nas orientações do processo decisório até então vigente. Pelas novas regras, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS perdeu seu papel de prestador de serviços (tanto direto, quanto indireto) e, como referido por Muller:

1. *“torna-se basicamente um órgão controlador e co-financiador do sistema de saúde;*
2. *a prestação de serviços passa a ser efetuada de forma descentralizada pelos estados e municípios;*
3. *o planejamento passa também a ser realizado de forma descentralizada, visando evitar o paralelismo de iniciativas e buscando maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde;*
4. *a estrutura do INAMPS sofre modificações visando à eficácia do sistema de saúde a curto prazo”* (Muller,1992:51).

Os convênios com os estados assumiram formas variadas, *“contemplando diferentes níveis de transferência de funções bem como abarcando diferentes esferas descentralizadas de governo”,* indicando que *“a intenção dos dirigentes da Previdência Social em promover a descentralização acelerada, era testar, na prática, a alternativa que parecia mais viável de melhoria da prestação de serviços para o usuário”* (Muller,1992:51).

A implantação do SUDS não foi realizada sem resistência, em que pese o reconhecimento da legitimidade dos resultados da 8ª Conferência e a condução política dos dirigentes do INAMPS, que buscavam dar coerência aos princípios descentralizadores embutidos nas diretrizes do SUDS. O teste do modelo, referido por Müller, significava uma mudança radical nas formas de gestão até então existentes, de natureza privatista e centralizadora.

Esse processo político-social mobilizou enfrentamentos, que permitiram a problematização da realidade da prestação de serviços de saúde, e, em torno dele, aglutinaram-se forças representadas por instituições, entidades e pessoas, que apoiavam a idéia de criação do novo Sistema de Saúde.

Os embates políticos favoreceram a organização maior do movimento de trabalhadores, de parlamentares e de entidades representativas da sociedade, possibilitando a incorporação da saúde como um direito social na Constituição de 1988, que, em seu artigo 194 definiu os princípios fundamentais sobre os quais se assentaria o sistema de Seguridade Social, que incluía as ações *“destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”*. Os princípios são assim definidos: *“universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados”* (Ministério da Saúde,1993:9).

Somente em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo (Ministério da Saúde, 1993) e instituindo o Sistema Único de Saúde.

A partir da institucionalização do Sistema, a discussão sobre o “modelo assistencial” ganhou espaço nos processos acadêmicos, via projetos de pesquisa, na composição de disciplinas de cursos e em trabalhos de aproximação dos Centros Formadores com as instâncias gestoras do sistema, através de assessorias a instâncias descentralizadas do sistema de saúde.

Como um novo espaço de materialização das práticas de saúde, nasceu a proposta do distrito sanitário, que se apresentou como uma tentativa de desburocratização do sistema, situando-se na confluência entre as instâncias gestoras e de assistência, mas se propondo a reinterpretar os mecanismos de intervenção no espaço sanitário público. Nessa perspectiva, Vilaça situou o “*distrito sanitário como um microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder para construir viabilidade à situação objetivo que se deseja alcançar*” (Vilaça, 1994:94).

O avanço dessa reflexão instituiu uma nova perspectiva da descentralização, superando a idéia de desconcentração, que se caracterizava pela delegação de atribuições administrativas, sem a transferência do poder decisório. Dessa forma, ganhou espaço uma discussão que propunha a municipalização, entendida para além da sua dimensão tecnológica e cultural, com a introdução de novos atores na gestão, com definição de uma política social que pressupunha uma distribuição de recursos e que considerava o município em suas dimensões espaciais, mas também sociais (Vilaça, 1994).

Alguns fatos da política de saúde, aqui apresentados, exerceram influência na conformação da história recente da Saúde Pública, colocando-se como potenciais mobilizadores dos processos educativos contemplados por esse trabalho, dando-lhes um significado particular, enquanto contexto e enquanto possibilidade de construção de políticas de ensino e pesquisa.

Vale destacar que a dinâmica dessa interação favoreceu o surgimento de polêmicas no interior do campo da Saúde Pública, que passou a abrigar a diversificação do vocabulário da área integrando também as agendas de reuniões políticas ou técnico científicas. A polaridade entre vários conceitos como biológico x social; administração x planejamento; normativo x estratégico; coletivo x individual; conservador x progressista; público x privado; especialização x polivalência; vertical x horizontal, dentre outros, permitiram a construção de processos que passaram a compor as propostas do ensino e da pesquisa da área, mobilizando uma tensão produtiva na construção de programas, disciplinas e linhas de investigação, e conseqüentes processos de cooperação, de acordo com a identidade das equipes, suas respectivas formações e o pensamento representado pelas suas instituições e entidades (ABRASCO, 1982, 1983, 1984, 1986, 1988).

Na década de 70, que foi marcada pela luta política contra o regime ditatorial, os espaços acadêmicos se movimentaram na direção de um fortalecimento político ideológico, favorecendo a associação de grupos que se aproximavam por identidade em torno de métodos e conteúdos que se associavam à idéia de democracia. No processo interativo entre espaços acadêmicos, estruturas de governo e grupos organizados da sociedade, foi possível processar as mudanças que conformaram

as temáticas dos anos 80, num contexto de “*abertura lenta e gradual*”, arbitrada pelo regime político e que se reinterpretava no âmbito da saúde, por um movimento pela sua democratização.

Esses grandes eixos, permitiram a organização de inúmeras experiências de pesquisa e ensino, e, na dinâmica dos Centros formadores, favoreceram a formação de equipes, e a recriação de suas práticas acadêmicas, ainda que influenciadas por outros fatores, como a dinâmica das Instituições que abrigavam esses mesmos aparelhos formadores, e pelas possibilidades individuais e de grupos que compunham cada um dos Centros de formação.

Finalmente, vale ressaltar que a recuperação dos processos que conformaram as políticas de saúde e de educação, no período estudado, refletiu uma intensa atividade realizada nos espaços acadêmicos e de serviços, produzindo denúncias, críticas e movimentos de construção, que o processo dessa investigação se propôs desvelar.

II - PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS

PRESSUPOSTOS

A revisão preliminar da literatura possibilitou estabelecer os seguintes pressupostos:

1. Existe no Brasil um conjunto de Centros Escolares do campo da Saúde Pública, cuja expansão foi expressiva nas décadas de 70 e 80, que se organizaram na interação entre si, com outros parceiros, e com as correspondentes políticas de saúde, nas distintas conjunturas;
2. Esses Centros, dentre outras atividades ofereceram diferentes programas de formação de recursos humanos em nível de especialização, preparando pessoal para atuar de acordo com as políticas de saúde que estavam sendo implementadas na época;
3. As Escolas/Centros formadores foram protagonistas de um processo de formulação de políticas de Saúde Pública no período estudado;
4. A existência de alguns mecanismos de cooperação, dentre outros elementos, favoreceu o surgimento de uma rede de formação em Saúde Pública no Brasil.

O amadurecimento dessas questões, através da revisão de literatura, ampliou o entendimento das Escolas como espaços de construção dos processos de ensino que se constituíram como programas diversificados no período, levando à definição dos seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

Analisar elementos significativos da formação em Saúde Pública, interpretando o significado das Escolas de Saúde Pública como espaços privilegiados na formação *lato sensu*, para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, nas décadas de 70 e 80.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Proceder ao mapeamento dos conteúdos, do corpo docente e das clientelas dos cursos de especialização, oferecidos pelos Centros formadores em Saúde Pública, no período analisado;
2. Buscar relações entre as propostas do conteúdo, do perfil docente e das clientelas, com as políticas formuladas no período;
3. Analisar documentação específica que seja indicativa da capacidade de formulação de políticas, exercida por esses Centros de formação para a saúde coletiva;
4. Identificar mecanismos de interlocução entre as Escolas/Centros formadores, e delas com os organismos nacionais, que possam ter potencializado uma ação em rede.

III - QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

DO PODER DA INSTITUIÇÃO À INSTITUIÇÃO DO PODER

A noção de Centro Escolar nesse estudo, procurou refletir de um lado o formalismo que reveste a produção, o registro, a organização e a avaliação das atividades escolares em um dado momento, e de outro, os fenômenos políticos, econômicos e sociais produzidos nas conjunturas correspondentes.

Para compreender o período que orientou o estudo (1970 a 1989), no contexto do ensino da Saúde Pública brasileira, propusemos a discussão de Testa, sobre a dimensão de tempo histórico e tempo cronológico.

Em sua perspectiva, o autor adverte que *“um tempo que se acelera não é um tempo cronológico”*. Para ele *“o tempo histórico é incompreensível sem os aceleramentos e atrasos que lhe imprimem a ação humana e que o transformam assim em equivalente à transformação da contradição em conflito”*; e complementa que, *“essa transformação é equivalente à aceleração do tempo, o que em consequência não poderá deixar de ser histórico e transcorrer no espaço onde a história se constrói”* (Testa,1997:45).

Esse conceito se contrapõe ao de tempo cronológico, cujos ritmos estão ligados à reprodução cotidiana das instituições e também à produção de objetos (Testa, 1997). Nesse sentido, o que viabiliza o produto das instituições é também a síntese contraditória dos tempos históricos e cronológicos, orientando os processos de trabalho das equipes técnicas e administrativas, e as relações que se estabelecem com suas correspondentes estruturas regulatórias (conselhos de ensino, reitorias), contribuindo também para entender a formação dessas equipes e seus correspondentes graus de organização, traduzidos na qualidade de ensino do período.

O tempo histórico de Testa facilita a compreensão de processos institucionais que permitem o diálogo permanente entre as suas propostas e outros espaços da vida em sociedade, favorecendo a formulação de programas peculiares de ensino e de Escolas, enquanto *“espaço inacabado e em gestação permanente”* (Kononovich e Saidón,1991:39).

Ampliando a capacidade de compreensão necessária a um estudo dessa natureza, vale destacar como se referencia a concepção de Instituição, elegendo-a como categoria analítica privilegiada. Para Luz, *“em sua função de formar, a Instituição–Escola, Hospital, Caserna, Escritório– não reprime, molda... as técnicas de punição podem ser sutis ou ostensivas. Mas, da família à fábrica, da Escola ao Hospital, dispõe-se de uma escala bastante variável de mecanismos punitivos...o mais importante quanto aos efeitos políticos das instituições, vistas como núcleos específicos de poder, é verificar sua variação conjuntural.... em uma conjuntura política em que o poder do Estado está mais concentrado, mais repressivo, sua política institucional repercute mais diretamente sobre as políticas institucionais concretas”* (Luz,1981:38-39).

As reflexões parecem oportunas para analisar as conjunturas que conformam o período estudado, associando as contribuições de outros autores como Testa, que conceitua Instituições 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”* (Testa,1997:57). Com essa reflexão

Testa sugere ressignificar as idéias de instituído (existente) e instituinte (crítico do existente) propostas por Foucault, e avançar para o entendimento de que a *“Instituição se define mediante uma maneira de comportar-se segundo as normas institucionais, a ausência ou o desconhecimento delas, tanto que a organização é a forma de abrigar a estrutura das relações entre pessoas, para a realização de uma tarefa ou o cumprimento de uma função”* (Testa, 1997:57-58).

O autor destaca o processo de trabalho e o comportamento institucional como duas vertentes importantes, e interroga didaticamente qual dos dois componentes cumpre o papel de instituinte, para se posicionar afirmando que *“não há uma solução única para esse dilema, posto que não há dúvida que o instituinte (no imaginário cotidiano) é um comportamento crítico que é inerente à instituição, à organização do processo de trabalho (que em si mesmo é estabilizador como correspondente à noção de estrutura) que em muitas ocasiões é o que desempenha esse papel, que é uma das características mais mutáveis na sociedade atual, tanto assim que creio que é através dessas modificações que se produzem as mudanças sociais viáveis”* (Testa, 1997:58).

Nessa discussão o autor explora a noção de Organização, fazendo a crítica à interpretação de que a estrutura é o pólo conservador e que a organização apareceria sempre como crítica à Instituição, e contrapõe com a noção de que as estruturas são dinâmicas e dinamizadoras. Adverte, no entanto, que a contradição se estabelece entre o dinamismo da organização e a elasticidade da Instituição, cujo fundamento é mais a legalidade estabilizadora que a legitimidade justificadora de sua existência. *“Em consonância com isso devemos recordar que a legitimidade é precisamente, o que constrói o instituinte, enquanto que a legalidade é o que estabiliza o instituído”* (Testa, 1997:59-60).

A contribuição de Testa ao conceito de Instituição defende também que *“a legitimidade se constrói mediante um processo social, o que implica a atividade de atores que nele se conformam (não há atores legitimadores pré-formados), enquanto que a legalidade se adquire através de um ato pontual em que os atores formais existentes sancionam o status de legal”* (Testa, 1997:60). Para ele *“o conceito de legítimo recorda a “hegemonia” no pensamento do último Gramsci, o que corresponde a uma liderança política, intelectual e moral, elemento central da construção de viabilidade de um projeto”* (Testa, 1997). O autor conclui que nesse processo de construção dos projetos com base num pensamento crítico, se auto–constroem os sujeitos, que, no exercício da liderança se relacionam com trabalhadores, ou com os destinatários das idéias veiculadas pelos projetos e pelas instituições (Testa, 1997).

Uma outra vertente dessa discussão articula a relação da Instituição com saberes e estruturas, e está relacionada ao campo da análise institucional, que *“considera os saberes como instituições sem estabelecimento, sem espaço aparente ou manifesto”* e, na análise de sua dinâmica, propõe uma forma de realizar esse trabalho, *“questionando o lugar e o espaço do especialista”* e sugerindo atravessá-lo por outras práticas que segundo ele *“a especialização e as disciplinas intentam recortar e controlar fora de seu campo”* (Kononovich e Saidón, 1991:37). Esse conceito realiza a crítica da idéia formulada pela Psicologia Social de *“estabelecimento como o lugar que organiza as diferentes ações e intercâmbios dos membros de uma instituição”*, e aproxima-se da corrente sócio-analítica, concluindo que *“a analogia que se produz entre Estabelecimento e Instituição impede captar o sentido das forças instituintes que dão lugar ao instituído. A Instituição não se define mais como um lugar, mas como uma relação entre instituído e instituinte”* (Kononovich e Saidón, 1991:39).

A crítica dos autores à visão de instituição com características rígidas, aponta para uma formulação que lhe conforma como *“um espaço contraditório, atravessado por forças que escapam aos limites que estão fixados pela física do estabelecimento”* (Kononovich e Saidón, 1991:39).

A partir dessas formulações, entendemos as Instituições como espaços de construção e experimentação de práticas sociais, com segmentos abertos e fechados para a realização de inovações. São espaços de poder e campo de forças que estão distribuídos em estruturas flexíveis, capazes de dialogar com os campos relacionais, podendo abrigar ideologias diversas, assim como tensões em torno de idéias e projetos, portanto, um campo fértil para a criação.

Esse entendimento se relaciona com uma outra face da discussão desse trabalho, bastante articulada à anterior, que lança mão da categoria de Poder como fundamental para essa investigação.

Para Luz, o poder se apresenta *“como estrutura normalizante de relações sociais de subordinação”*, o que na consideração da autora *“não é como se apresenta em sua face de Ordem, organização integrada de práticas, unidade discursiva coerente. Seu discurso é composto de várias razões. Suas normas, a proposta de unificar interesses diversos, relações conflituosas”* (Luz,1981:32). Na esteira do que se configurou como “brechas”, espaços de movimentação das equipes que permearam os espaços políticos institucionais no período estudado, é importante considerar a existência de discursos *“de várias razões”* (Luz, 1981), permitindo o surgimento de múltiplas experiências traduzidas em práticas de Saúde Pública/Coletiva, passíveis de consideração, pelo que possam carregar de significado para o ensino e para os Centros Escolares dedicados à formação dos sanitaristas.

Essa discussão remete ao que analisa Testa quanto ao papel do Estado nas formações sociais capitalistas, em dois níveis de agregação: *“o que é caracterizado por seu funcionamento de conjunto homogêneo, e o que revela suas contradições internas, com diferentes graus de heterogeneidade. No primeiro desses níveis, o principal papel das Instituições de Estado é o de garantir a continuidade do sistema capitalista, e, na medida do possível, a relação das contradições geradas dentro dos grupos dominantes. No segundo nível de agregação, surgem elementos de heterogeneidade dentro das Instituições do Estado, que podem dar lugar a contradições que levam à criação de condições favoráveis ao desenvolvimento ou ao fortalecimento dos conflitos interclasses”* (Testa,1992:111-112).

Pela característica desse objeto de estudo, que se expressa na confluência das instituições de saúde e educação com seus respectivos processos de trabalho, parece importante considerar a existência de três poderes expressos nas práticas de saúde, assim referidos por Testa:

“Poder técnico – é a capacidade de gerar, aceder, lidar, com a informação de características diferentes.

Poder administrativo – a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos.

Poder político – a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses” (Testa,1992:118).

A convivência entre os poderes parece se colocar na raiz do processo de trabalho dos profissionais, nas relações entre si, e desses com a população. Ainda que a construção de Testa seja referida ao setor saúde, consideramos que ela representa ações de grupos e pessoas, imprimindo direcionalidade às idéias geradas no processo de construção do dia a dia das atividades de ensino

das Escolas, que, dessa forma, poderão se ver recortados por referências não convencionadas pela hierarquia. *“As maneiras como se combinam os tipos de poder e as formas assumidas, apontam para a possibilidade de transformação de uns tipos em outros e de umas formas em outras; isto é assinalam o caminho que se teria que percorrer, na constituição de um poder político de classe, isto é, de um poder político científico e hegemônico”* (Testa, 1992:125-126).

Essa visão de múltiplos poderes que nem sempre se expressam de forma organizada no interior das práticas institucionais, se coloca de forma mais ampla do que a noção de poder existente nas diversas representações das escalas hierárquicas, e por elas representadas nos organogramas das instituições, configurando uma outra face necessária a esse debate, que é o poder formal, que se expressava de forma significativa através das normas já referidas por Luz, no regime ditatorial, no interior do Governo.

Sobre esse tema, parece pertinente relacionar a história das instituições governamentais de saúde do Brasil, que, a partir do final da década de 60 e início dos anos 70 se constituíram em alvo da implantação de um discurso hegemônico na saúde, *“enquanto setor de Estado, cujo efeito político mais importante é o de excluir enquanto projeto político institucional alternativo, todo e qualquer outro discurso que não tenha a sua razão, sua racionalidade”* (Luz, 1981:15). Para alcançar esses objetivos, nesse período, o Governo processou a integração do discurso médico ao do desenvolvimento econômico, operou a centralização de órgãos e instituições de saúde e imprimiu o controle do poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional (Luz, 1981).

Essa mesma autora, no entanto, propõe *“analisar as relações do ponto de vista dialético, buscando no coração da ordem, aquilo que constantemente a ameaça”* (Luz,1981:32). E complementa, considerando que *“se só existe estrutura entendida como conjunto de regras mais ou menos rigidamente hierarquizadas, na medida em que ela é organização de relações sociais de poder, essas relações de poder são a prática de certas regras do jogo. São portanto, práticas institucionais. Enquanto prática que institui a dominação como ordem, a prática institucional tende a ser conflituosa (vista do ângulo das relações sociais) e contraditória (vista do ângulo da estrutura)”* (Luz,1981:35).

A fertilização de idéias que foram produzidas no âmbito das instituições de saúde no período estudado, impõe um questionamento quanto à capacidade de produzir inovações e viabilizar propostas nas instituições de governo, estruturadas pela lógica da *“dominação como ordem”* (Luz, 1981). Nesse sentido, parece pertinente recorrer mais uma vez ao pensamento de Testa, que identifica o processo de construção de viabilidade dos projetos com os processos de construção de sujeitos sociais (Testa,1997:24-25) e acrescenta que *“a transição da ditadura para a democracia determinou o aparecimento de uma institucionalidade e uma metodologia diferentes, para a realização dos novos propósitos”*. Nesse sentido o autor destaca *“a imaturidade das instituições estatais naquele momento, para determinar seus propósitos”* (Testa,1992:114), o que no nosso entendimento poderia ser um fator de ampliação do campo de possibilidades para o surgimento de inovações e para a construção de alianças entre grupos e instituições.

As considerações apresentadas pelos autores, num esforço de aproximação com o campo da saúde têm, nesse estudo, um caráter importante de exemplaridade, e enseja introduzir uma leitura no campo mais geral, trazida por Lukes, que aborda o poder nas visões unidimensional ou pluralista, bidimensional e tridimensional, cada uma delas com ênfases que lhes conferem especificidades.

A visão unidimensional, representada por Dahl, estabelece que *“A tem poder sobre B, na extensão que ele pode levar B a fazer algo, que B, doutro modo não faria”* (Lukes,1980:9). Os pluralistas dão ênfase ao comportamento, à tomada de decisão, às discussões e aos conflitos observáveis e abertos. Esse grupo estabelece uma diferença entre poder potencial e poder efetivo e entre posse e exercício de poder. O método de Dahl busca chegar aos participantes com maior número de sucessos, através da determinação de quais participantes iniciaram alternativas que foram finalmente adotadas, quais votaram alternativas iniciadas por outros, ou propuseram alternativas que foram recusadas (Lukes, 1980).

A visão bidimensional de Bachrach e Baratz faz uma crítica qualificada do foco do comportamento dos pluralistas, e enfatiza: a tomada de decisão e não tomada de decisão, as discussões e discussões em potencial, o conflito observável (aberto ou encoberto), os interesses (subjativos), vistos como queixas ou preferências de política. Essa visão cria uma tipologia que incorpora as categorias de coerção, influência, autoridade, força e manipulação. Considera que as decisões *“importantes”* ou *“chave”* podem ser reais, ou mais provavelmente, potenciais, valorizando tanto a tomada de decisão quanto a não tomada, concluindo que uma decisão *“é uma escolha entre modos alternativos de decisão”* (Lukes, 1980:14-15).

A visão tridimensional, avança em relação às anteriores quando *“incorpora à análise das relações de poder, a questão do controle sobre a agenda política e dos modos pelos quais as discussões potenciais são mantidas fora do processo político... seja através de forças sociais e práticas institucionais, ou mediante decisões individuais”* (Lukes, 1980:17-19).

A visão tridimensional considera inadequada a insistência com que a visão bidimensional trata a relação entre conflito real e poder, advertindo que dois tipos de poder talvez não envolvam tal conflito: a manipulação e a autorização. No reforço a essa visão, o autor argumenta que *“os líderes também formam preferências, e, de fato, quase toda a população adulta tem sido submetida a algum grau de doutrinação através das Escolas”* (Lukes, 1980:19).

A contribuição de Lukes vai além da abordagem das visões mencionadas, e procura superar o caráter avaliatório das três dimensões, trabalhando o conceito subjacente de poder.

O autor considera que o poder é um conceito *“inseparavelmente dependente de valor”*, um *“conceito essencialmente contestado”*... que inevitavelmente envolve infinitas disputas sobre seu uso próprio, por parte de seus usuários... e conclui por afirmar que *“engajar-se em tais disputas é engajar-se a si mesmo na política”* (Lukes, 1980:23).

Feitas essas ressalvas iniciais, Lukes considera necessário entender o poder, a partir de critérios de significação, buscando para isso, as contribuições de Parsons, Arendt, Giddens e John Rawls, num debate sobre as diferentes abordagens.

Em Parsons, *“o poder liga-se à autoridade, consenso e busca de metas coletivas, desassocia-se dos conflitos de interesse, e, em particular, da coerção e da força”* (Lukes, 1980:24). Assim, o poder depende da *“institucionalização da autoridade”* e é concebido *“enquanto meio generalizado de mobilizar engajamentos ou obrigações de efetiva ação coletiva”* (Parsons,1957, apud Lukes, 1980:24). Lukes critica a visão de Parsons, advertindo que *“a ligação do poder a decisões de autoridades e metas coletivas serve para reforçar sua teoria de integração social, como baseada no consenso avaliatório, ao esconder de vista o amplo alcance de problemas que preocuparam os chamados teóricos da coerção, precisamente sob a rubrica do poder”* (Lukes, 1980:25).

A visão de Arendt se fundamenta na idéia de que “o poder corresponde à capacidade humana de não só agir, porém de agir em conjunto” (Lukes, 1980:26). Sua idéia está baseada na compreensão que remonta a Atenas e Roma, segundo a qual a república está baseada no império da lei, que se fundamenta no poder do povo. Complementa ainda que “o poder é consensual e não necessita de justificação, sendo inerente à própria existência das comunidades políticas; do que ele precisa é de legitimação” (Lukes, 1980:26).

Anthony Giddens exerce a crítica a Parsons por considerar que ele “ignora que as metas coletivas, ou até os valores por trás delas, possam ser o resultado de uma “ordem negociada”, construída sobre os conflitos entre partidos que detêm poder diferencial” (Lukes, 1980:25). Arendt por sua vez sai em defesa de Parsons ressaltando que “em qualquer tipo de grupo, a existência de definidas posições de liderança, realmente geram poder, que pode ser usado para alcançar metas desejadas pela maioria dos membros do grupo” (Lukes, 1980:27).

Finalmente Lukes busca em John Rawls a noção de que “as várias concepções de justiça (como as visões do poder), são o produto de certas noções de sociedade contra o fundo de visões opostas das naturais necessidades e oportunidades da vida humana” (Lukes, 1980:29).

A relação entre poder e interesse finaliza a abordagem de Lukes como uma noção interpretada pelo autor como avaliatória e que está relacionada a julgamentos normativos de caráter moral e político. Lukes dá ênfase aos conceitos de liberal (aquele que relaciona seus interesses às preferências políticas), reformista (relaciona seus interesses ao que eles querem, mas permite que isso possa ser revelado de modo mais indireto ou sub-político) e radical (os próprios desejos humanos podem ser produtos que agem contra seus interesses) e aplica essa tipologia à leitura das visões unidimensional, bidimensional e tridimensional. Classifica a primeira como liberal, a segunda como reformista e a visão tridimensional como uma concepção radical (Lukes, 1980).

O debate apresentado pelos autores permite revelar as diversas conceituações que revestem o poder nas organizações e na sociedade, e que em nossa consideração, poderá ser representado pelo entendimento do exercício da autoridade, fruto de relações sociais, de natureza conflituosa e contraditória, capaz de impulsionar processos de coerção, força, manipulação e autorização, dentre outros, e cujo exercício implica em decisões entre modos alternativos de decisão.

Essa reflexão poderá contribuir para subsidiar o entendimento de fatos e processos da conjuntura estudada, movendo grupos e mobilizando investimentos e articulações que possam ter resultado em produtos e que contribuíssem para ressignificar o ensino da Saúde Pública no país.

DAS TEORIAS AOS ATOS: O FENÔMENO EDUCATIVO

O processo educacional também se constitui em uma vertente importante desse estudo, expressando-se em alternativas pedagógicas referidas aos Centros Formadores em suas relações internas e externas e às propostas de ensino formuladas ou reformuladas no período, demandando uma incursão nas teorias educacionais e seus desdobramentos, enquanto reflexão teórica do processo educativo.

Os estudos de Dermeval Saviani e Bárbara Freitag apresentam de forma ilustrativa, o tema das teorias educacionais, através das suas análises do fenômeno da marginalidade e da política educacional brasileira, respectivamente.

Saviani categoriza inicialmente em dois grupos, as teorias educacionais: a que entende a educação como *“instrumento de equalização social”* e uma segunda que interpreta a educação como um *“instrumento de discriminação social”*, ressaltando que ambos relacionam educação com sociedade (Saviani, 1994).

Na análise de Freitag, quase todos os autores que discutem a conceituação da educação e sua relação com o contexto social concordam em dois pontos: o de que *“a educação sempre expressa uma doutrina pedagógica, a qual implícita ou explicitamente se baseia em uma filosofia de vida, concepção de homem e sociedade; e um outro, indicativo de que “numa realidade social concreta, o processo educacional se dá através de Instituições específicas (família, igreja, escola, comunidade) que se tornam porta-vozes de uma determinada doutrina pedagógica”* (Freitag, 1980:15).

Saviani classifica as teorias da educação em não críticas, crítico-reprodutivistas e críticas. Entre as primeiras, estão a pedagogia tradicional, a pedagogia nova e a pedagogia tecnicista. Todas elas entendem a educação como um instrumento para *“converter súditos em cidadãos”* e lhe atribuem a função de *“equalização social”* (Saviani, 1994:15-18). Têm entre si diferenças que valem a pena ser destacadas, pela natureza das intervenções que propõem no processo educativo.

Na proposta tradicional, a Escola se organiza como *“agência centrada no professor, que transmite o acervo ao aluno segundo uma gradação lógica”* (Saviani, 1994:18). Os alunos são atentos, organizados em classes, cada uma com seu respectivo professor.

A Pedagogia Nova ou movimento escolanovismo propõe-se a superar a tradicional, *“deslocando o eixo da questão pedagógica, do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não diretivismo; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica, para uma pedagogia de inspiração experimental, baseada, principalmente, nas contribuições da biologia e da psicologia”* (Saviani, 1994:20).

Esta seria uma Escola alegre, colorida, barulhenta e movimentada, tendo no professor um grande estimulador da aprendizagem, que se relacionaria com um grupo pequeno de alunos. Suas bibliotecas seriam dotadas de materiais didáticos ricos (Saviani, 1994).

A pedagogia tecnicista aparece na metade do século XX quando as esperanças no escolanovismo foram frustradas. Aqui *“o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando professor e aluno posição secundária, relegados que são à condição de executores de um processo cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialistas supostamente habilitados, neutros, objetivos e imparciais”* (Saviani, 1994:24). A consequência na organização do trabalho é o crescente processo de burocratização, e um investimento maciço nas atividades meio em detrimento da atividade fim. Saviani elabora uma síntese das propostas pedagógicas, referindo-se à tradicional como o *“aprender”*, a pedagogia nova como *“aprender a aprender”* e a tecnicista seria o *“aprender a fazer”* (Saviani, 1994:25-26).

As teorias crítico-reprodutivistas representam aquelas que vinculam invariavelmente a educação à reprodução da sociedade de classes e ao reforço do modo de produção capitalista. Nesse bloco, estão as teorias do Sistema de Ensino enquanto Violência Simbólica (Bourdieu e Passeron), da Escola enquanto Aparelho Ideológico de Estado (Althusser) e Escola Dualista

(Baudelot e Establet). A Teoria do Sistema de Ensino enquanto Violência Simbólica, desenvolvida na obra de Bourdieu e Passeron em 1975, traduz a ação pedagógica *“como imposição arbitrária da cultura (também arbitrária) dos grupos ou classes dominantes aos grupos ou classes dominadas”* (Saviani, 1994:30). *“Uma das funções se manifesta no mundo das representações simbólicas (Bourdieu) ou ideologia, a outra atua na própria realidade social”*. Nas palavras de Bourdieu, *“o sistema educacional garante a transmissão hereditária do poder e dos privilégios, dissimulando sob a aparência da neutralidade, o cumprimento dessa função”* (Bourdieu et alii, 1975, apud Freitag, 1980:25).

Althusser desenvolve sua contribuição a essa discussão, partindo da existência de aparelhos repressivos e ideológicos de Estado, classifica entre os primeiros, o Governo, a administração, o exército, a polícia, os tribunais, as prisões, e entre os ideológicos inclui o religioso, escolar, familiar, jurídico, político, sindical, da informação e da cultura, e atribui à Escola, *“a função básica de reprodução das relações materiais e sociais de produção”* (Freitag, 1980:33) Para Saviani, Althusser *“chega mesmo a afirmar que os AIE podem ser não só o alvo, mas também o local da luta de classes”* (Saviani, 1994:35).

A Teoria da Escola Dualista elege *“a inculcação da ideologia burguesa”* (Saviani, 1994:37) como papel fundamental da Escola. Seus autores consideram que é aparente, a visão de escola unitária e unificadora, concluindo pela existência de duas redes de escolarização, correspondentes à divisão da sociedade capitalista em classes: a burguesia e o proletariado. Essas estariam representadas, segundo a teoria dualista, em *“rede secundária superior”* e *“rede primária profissional”*. Ainda que admita a Escola no quadro da luta de classes, a Teoria da Escola Dualista não a considera *“como palco e alvo”* dessa mesma luta (Saviani, 1994:35-39).

Freitag realiza uma leitura de vários autores que discutem o processo educacional, iniciando por Durkheim, que *“parte do homem egoísta, que precisa ser moldado para a vida societária”*, acreditando que *“novas gerações aprendem com gerações mais velhas, num processo educacional mediatizado pela família, mas também pela Escola e pela Universidade”* (Freitag, 1980:16). Talcott Parsons acrescenta a questão da socialização, afirmando que *“sem ela, o sistema social é incapaz de manter-se integrado, preservar sua ordem, seu equilíbrio e conservar seus limites”* (Parsons, 1964, apud Freitag, 1980:16).

Dewey e Mannheim criticam a visão da educação como um mecanismo de correção e ajustamento do indivíduo, e consideram que a estrutura poderá desempenhar um papel dinamizador, a partir do ato inovador do indivíduo (Freitag, 1980). Nessa proposta, segundo Dewey, a Escola deve assumir características de uma pequena comunidade democrática, onde a criança aprende as práticas da democracia pelas próprias vivências, *“habilitando-se a transferi-las, futuramente em sua vida adulta, à sociedade democrática como tal”* (Freitag, 1980:19). Freitag faz a crítica a Durkheim e Parsons, considerando que ambos negam a dimensão histórica, negam a dimensão inovadora e emancipatória da educação, expõem os conflitos e as contradições de seus modelos teóricos e postulam ser o sistema educacional o mecanismo de ajustamento por excelência, entre homem (indivíduo) e sociedade (Freitag, 1980).

Sobre Dewey e Mannheim, a crítica da autora ressalva que ambos compreendem a educação como um instrumento de mudança social, mas a coloca na mesma visão conservadora de Durkheim e Parsons uma vez que prevêem como objetivo final da educação, uma *“sociedade democrática*

harmoniosa, em que reina a ordem e tranqüilidade, onde conflitos e contradições encontram seus mecanismos de solução e canalização” (Freitag, 1980:24).

A revisão do pensamento dos autores realizada por Freitag se complementa com uma síntese de Bourdieu que atribui à Escola uma *“função de reprodução cultural e social”* que *“reproduz as relações sociais de produção da sociedade capitalista”* (Freitag, 1980:27), e cuja afirmação é assim questionada pela autora: *“mas seria isso somente? suas funções realmente se limitam à reprodução cultural e social das relações sociais? se assim fosse, como se justificariam as investidas e interferências das empresas e do Estado na esfera educacional, com a intenção de aprimorar recursos humanos, e refuncionalizar o sistema educacional?”* (Freitag, 1980:27).

As perguntas elaboradas por Freitag introduzem uma vertente da educação muito utilizada pelo campo da saúde desde o final da década de 70, que discute a formação de recursos humanos, vinculada a processos de expansão e requalificação do setor. Em sua dimensão reflexiva do processo de formação, a questão dos recursos humanos para a saúde está discutida por Paim como um tema complexo, para o sistema de saúde brasileiro, ligada às instituições educativas e de serviços, às corporações profissionais, aos movimentos populares, dentre outras (Paim,1994). Nas esferas educacionais, nos espaços de trabalho, ou na comunidade, a questão de recursos humanos merece ser entendida na sua dimensão teórica do ponto de vista da educação.

Recorrendo mais uma vez a Freitag, vamos encontrar a recuperação desse debate pelos autores como Becker, Schutz, Edding e Solow que, em suas respectivas obras, são os pais das disciplinas de planejamento educacional e economia da educação, que embasam muitas das propostas de organização do tema de recursos humanos nas organizações, no setor público ou privado. Para a autora, *“eles partem de uma constatação empírica que fundamenta suas reflexões teóricas: a alta correlação entre crescimento econômico e nível educacional dos membros de uma sociedade dada”* (Freitag, 1980:28).

Na busca de entendimento dessa questão, os formuladores dessa área se aproximaram da economia, valorizaram a discussão sobre a relação entre capital e trabalho, e através de Becker e Schutz formularam a hipótese da educação como taxa de crescimento excedente. Com essa hipótese como válida, os investimentos econômicos rentáveis seriam aqueles voltados para a população ativa. *“Desde então, se vem falando de recursos humanos, formação do capital humano e formação de manpower”* (Freitag, ibidem). Nessa concepção, *“o investimento é feito em nome da nação, produzindo uma taxa de crescimento que beneficia a todos” logo, “os cofres públicos podem e devem arcar com as despesas”* (Freitag, 1980:27-28).

Considerando que os gastos educacionais devem ser feitos com um mínimo de desperdício, a economia da educação recorre ao planejamento educacional, efetuando uma composição entre os dois modelos clássicos da Economia e da Educação: os modelos do investimento e da demanda, respectivamente.

As teorias da educação vinculadas à economia, foram alvo de análises críticas de inúmeros autores, dentre os quais se destaca Altvater que considera que *“há de fato uma socialização dos gastos educacionais mediatizada pelo estado, no interesse da empresa privada e do capital monopolístico”* (Freitag, 1980:28), mas adverte que os investimentos feitos para aprimorar a força de trabalho, sob a forma declarada de *“qualificação de mão de obra”* e *“aperfeiçoamento dos recursos humanos”* precisam ser vistos no contexto da produção capitalista” (Freitag, 1980). Nesse sentido,

“os investimentos educacionais vistos no contexto da reprodução ampliada precisam ser compreendidos como investimentos em capital variável, que tornará mais eficientes investimentos em capital constante, aumentando com isso a produtividade do processo de produção e reprodução capitalista” (Freitag, 1980:29).

As abordagens dos educadores, contempladas nessa retrospectiva, apresentam um caráter mais avaliatório, avançando na caracterização da política e na explicação dos fenômenos, em múltiplas dimensões. Em Paulo Freire, Cury e Saviani, vamos encontrar tentativas de superação desses limites, em suas respectivas formulações teóricas.

A partir da análise de que as teorias crítico reprodutivas estão empenhadas, apenas, em explicar o mecanismo de funcionamento da Escola tal como está constituída, Saviani avançou na construção de uma teoria crítica da educação, formulando para isso uma série de interrogações, vinculadas à temática da marginalidade: é possível articular a escola com os interesses dominados? é possível uma teoria da educação que capte criticamente a escola como um instrumento capaz de contribuir para a superação do problema da marginalidade?

Dessa forma, o autor conclui pela necessidade de superar *“tanto o poder ilusório (que caracteriza as teorias não críticas), como a impotência (decorrente das teorias crítico-reprodutivistas), colocando nas mãos dos educadores uma arma de luta capaz de permitir-lhes o exercício de um poder real, ainda que limitado”* (Saviani, 1994:41). Reconhecendo que esse é um caminho repleto de armadilhas, onde *“os mecanismos acionados periodicamente a partir dos interesses dominantes podem ser confundidos com os anseios da classe dominada”*, Saviani propõe que a educação mergulhe na sua especificidade, como um caminho que a *“levará à compreensão das complexas mediações pelas quais se dá a sua inserção contraditória na sociedade capitalista”* (Saviani, 1994:42).

Na dimensão formulativa, Paulo Freire propõe a educação problematizadora, a partir da crítica à “educação bancária” onde os conhecimentos são despejados do educando para o educador. Freire apresenta sua proposta como *“futuridade revolucionária”*, que se identifica como um *“movimento permanente em que se acham inscritos os homens, como seres que se sabem inconclusos”*; considera que *“o movimento é histórico e que tem o seu ponto de partida, o seu sujeito, o seu objetivo”*. Nessa concepção, *“os homens são entendidos como seres históricos,... como seres mais além de si mesmos - como “projetos” - como seres que caminham para a frente, que olham para frente; como seres a quem o imobilismo ameaça de morte; para quem o olhar para trás não deve ser uma forma nostálgica de querer voltar, mas um modo de melhor conhecer o que está sendo, para melhor construir o futuro.”* (Freire, 1979: 84).

Em Cury, vamos encontrar uma estreita vinculação da educação com o processo educativo, constituindo-se num terceiro modo de abordá-la no seu caráter mediador propositivo, e que reconhece os homens como agentes históricos e não como *“meros produtos sociais”* (Cury, 1995:53). Apresentando a educação com gênero e função específicas, o autor ressalva que ela *“é produto humano e conservará o caráter dialético dos fenômenos existentes na estrutura social”*, que por sua vez, *“geram novas exigências para a educação, que, ao captá-las, antecipa um modo de ser futuro, que determina tarefas para o presente”*. (Cury, 1995:54). Desse modo, *“as relações de dominação (e dentro delas a educação) só contribuem efetivamente para a reprodução das relações sociais e sua consolidação, caso se tornem elementos mediadores entre a estrutura econômica capitalista e a*

conquista de um espaço: o da consciência e do saber, ambos transformados em forças produtivas” (Cury, 1995:58).

Cury propõe superar a noção de causa pela de mediação, lembrando que as relações não têm uma direção determinística unidirecional, e acrescenta que *“se os modos de produção são mediados entre os homens, os homens mediados podem se converter em mediadores entre a estrutura econômica e um novo homem”* (Cury, 1995:65).

Essa é uma construção que estabelece um protagonismo para os homens como *“sujeitos de novas relações sociais, sujeitos que negam o existente e anunciam e produzem o novo, o que evidencia como negação da negação uma totalidade mais aberta, síntese superadora, porque contraditória”* (Cury, 1995:70).

A estreita relação entre educação e estrutura social e a sua interpretação como instrumento de mediação das relações sociais, remete à compreensão da educação como *“um saber sempre referido a um fazer”* e que *“se alimenta da tensão entre a melhoria da força de trabalho e o modo de realização dessa melhoria, inerente ao capitalismo”* (Cury, 1995:74).

Assim, no interior do processo de trabalho, estaria aberta uma perspectiva para a realização da função política da educação, possibilitada pela ação de sujeitos sociais, que no exercício do seu trabalho estão organicamente vinculados a uma classe, e no desempenho de sua tarefa, agregam elementos do econômico, do social e do político, realizando a função de porta-vozes através do seu trabalho.

Nessa perspectiva, merece ser mencionada a contribuição de Gramsci, vinculada ao exercício da hegemonia por uma determinada classe, em cuja atividade, lançaria mão dos seus respectivos intelectuais orgânicos. Sua contribuição está registrada na obra de Gruppi, assim apresentada: *“os intelectuais são os persuasores da classe dominante, são os funcionários da hegemonia da classe dominante....esses intelectuais não se limitam a ser os técnicos da produção, mas também emprestam à classe economicamente dominante, a consciência de si mesmo e de sua própria função, tanto no campo social quanto no campo político”* (Gruppi, 1980:80-81).

Essa contribuição parece fundamental para compreender a atuação de intelectuais, como educadores e organizadores, que, inseridos na estrutura governamental trabalham como funcionários da superestrutura nas organizações culturais, entre as quais estão situadas as Escolas e onde se desenvolvem os programas de ensino. Nesse sentido, adverte Cury *“eles atuam na formação e organização da consciência de classe o que lhe dá um contato real com a história e lhe possibilita o avanço na conquista de uma maturidade ideológica”* (Cury, 1995:85).

Sendo o ensino e a escola as principais referências dessa investigação, consideramos oportuno introduzir nesse quadro de referência algumas questões que embasam o fenômeno educativo, entendendo-o como um momento e um instrumento de tradução das propostas que se realizam através das programações escolares e que deve ser entendido como objetivação da produção intelectual dos grupos que conformam as instituições pedagógicas em um determinado momento, portanto, fruto de relações sociais.

É também em Cury que vamos encontrar um leitura do fenômeno educativo desenvolvida a partir da reflexão, de que é necessário avançar no modo próprio de compreender a educação, através de um conjunto de elementos, classificados pelo autor como *“dialeticamente complementares e contraditórios”* e que lhe conferem concretude, assim enunciados: idéias pedagógicas, instituições

pedagógicas, agentes pedagógicos, material pedagógico e ritual pedagógico (Cury, 1995:87).

As instituições pedagógicas são entendidas como *“organizações culturais (no seu sentido mais amplo), a serviço das ideologias que a veiculam através de instrumentos de difusão, entre os quais os agentes pedagógicos, o material pedagógico e o ritual pedagógico”* (Cury, 1995:95). Nessas instituições se realizam as idéias pedagógicas, em torno das quais convivem, dialeticamente, o caráter progressista com o conservador, o novo e o velho, o dominante e o dominado. As instituições pedagógicas são espaços em que as situações contraditórias são consideradas germes dos processos de criação, que devem contribuir para *“a desprovincialização da cultura e a superação de formas anacrônicas de se perceber o real”* (Cury, 1995).

Entre os materiais pedagógicos, destacam-se o currículo e o método, como meios importantes de construção das propostas pedagógicas. Na visão de Cury, esses elementos guardam um caráter de complementaridade entre si, e nas suas especificidades, é possível entender o currículo como instrumento mantenedor ou transformador da ação pedagógica, e o método, como *“uma ação em execução em que os fins explícitos ou implícitos são, ao mesmo tempo, condição e resultante da ação”* (Cury, 1995:111).

Os agentes pedagógicos, inseridos nas várias etapas do processo de trabalho no plano da educação estão representados pelos docentes, coordenadores, inspetores, orientadores, supervisores, sugeridos pela organização do trabalho, instalada nas organizações. Os agentes pedagógicos são *“os divulgadores mais imediatos da concepção de mundo que buscam o consentimento ativo e coletivo das classes sociais, em função do projeto hegemônico existente”* (Cury, 1995:113).

O ritual pedagógico completa o conjunto de referências da caracterização do processo pedagógico adotada por esse trabalho, abrangendo o pessoal, a organização burocrática, os controles e as provas. Esses elementos envolvem a organização burocrática da Escola (horários, tempos, normas de conformidade, calendários). Estão também contemplados nesse campo os programas e os conteúdos, que, ao lado dos sistemas de avaliação, são possibilidades de veiculação de uma linguagem não verbal que se expressa *“por meio de comportamentos sociais manifestos, transmite valores e confirma relações estabelecidas”*. (Cury, 1995:120). Como os outros elementos, os rituais pedagógicos devem ser compreendidos na dimensão de Escola, como espaço de reprodução ou recriação de práticas, sofrendo, eles mesmos, as influências do processo social ao qual ela está submetida.

Nessa instituição, a experiência de vida de uma classe está valorizada como um momento pedagógico de intensa significação, denominado por Cury de *“instituição pedagógica elementar”, implicando a realização da tarefa pedagógica em uma oportunidade para “elevá-la, transformando-a, em conhecimento, capaz de gerar, além do pensamento, uma ação política organizada”* (Cury, 1995:97-98).

Essa perspectiva de escola considera também que a sua maior ou menor importância no plano social está relacionada à sua *“situação e historicização, no contexto de uma formação social específica”*, o que poderá ser refletido através do *“grau de elaboração de um pensamento político que ela veicula”*, e no potencial de *“obstaculização e facilitação da transformação social.”* (Cury, 1995:104).

Como estruturas dinâmicas do processo social, e à luz desse referencial teórico, as Escolas e

os cursos focalizados pelo estudo, devem ser entendidos como parte de um processo educativo mais ampliado, no campo da formação em Saúde Pública/Coletiva, e com ele se relacionando nas sucessivas conjunturas, na produção de propostas ligadas à preparação da força de trabalho e à formulação de políticas de saúde, o que pode ter lhes conformado um perfil determinado no conjunto de Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva do país.

No espaço ampliado, a possibilidade de realização de suas práticas, pode ultrapassar os limites das salas de aula, ou mesmo dos espaços tradicionais de configuração de sua estrutura, enquanto escola local. Nessa perspectiva, se expande também o potencial de interlocução de suas propostas no interior do campo da saúde e na relação com outros campos de interface, referidas às suas características de Escola, o que lhe confere a possibilidade de recriação de práticas, e lhe agrega um potencial de colaboração com outras instituições de ensino ou de serviço, inseridas nas conjunturas determinadas.

DA TENSÃO DO CAMPO ÀS POSSIBILIDADES DA REDE

Para compreender a dinâmica dos processos associativos e de colaboração, na dimensão pedagógica apontada, tomamos inicialmente o ensino da Saúde Pública no Brasil como o nosso campo de referência maior, para a partir dele, investigar a existência de relações formais ou informais de associação, no seu interior, considerando as Escolas em apreço. Recorremos aqui aos conceitos de Campo e Rede identificando os elementos teóricos que possam contribuir para a recuperação de fenômenos presentes ou subjacentes à realidade estudada.

O conceito de campo está muito identificado com o pensamento de Bourdieu. Em sua obra o autor considera que a adoção do conceito de campo permite romper com vagas referências comumente adotadas para o mundo social, como “*contexto*”, “*meio*”, “*fundo social*”, dentre outras expressões, permitindo a convivência de dominantes e dominados, com suas respectivas vanguardas, suas lutas subversivas e seus mecanismos de reprodução (Bourdieu, 1990:169).

A questão do poder, se expressa através de práticas comuns ao campo científico, como o poder de publicar ou de recusar publicação, de transferir poder dos mais velhos para os mais jovens, através de comentários elogiosos, dos prefácios, dentre outras práticas que foram traduzidas por Bourdieu como “*poder de acumular capital*”, o que abrigaria portanto, relações de força, estratégias, interesses, etc. (Bourdieu, 1990). Nesse caso, o campo aparece como o lugar de relação de força que se impõe a todos os agentes que nele penetram.

No interior do campo, “*cada um dos agentes investe a força (o capital) que adquiriu pelas lutas anteriores, em estratégias que dependem, quanto à orientação, da posição desse agente nas relações de força, isto é, do seu capital específico*” (Bourdieu, 1990:171-172), opondo vanguardas renascentes a vanguardas consagradas.

O movimento que se organiza no interior do campo pode favorecer o poder de nomear, até mesmo “*o inominável, o que ainda não foi percebido ou que está recalçado*”. As palavras fazem com que “*sejam vistas ou previstas coisas que só existiam no estado implícito, confuso, quando não recalçado*” (Bourdieu, 1990:179).

Para efeito de melhor compreensão Bourdieu estabeleceu o que chamou de leis gerais dos

campos que expressam características de fenômenos do seu funcionamento assim sumarizadas:

- *“campos diferentes possuem leis de funcionamento invariantes, permitindo avançar o conhecimento sobre os mecanismos universais dos campos, que se especificam em variáveis secundárias; um campo se define através dos objetos de disputas e dos interesses específicos que são irredutíveis aos objetos de disputas e aos interesses próprios de outros campos e que não são percebidos por quem não foi formado para entrar nesse campo;*
- *a estrutura do campo é um estado da relação de força entre os agentes e as instituições em torno dos quais, o capital específico acumulado nas lutas anteriores permite a orientação de estratégias ulteriores;*
- *todas as pessoas que estão engajadas num campo têm um certo número de interesses fundamentais em comum, daí a cumplicidade subjacente a todos os antagonismos;*
- *os recém-chegados no jogo que se estabelece no interior do campo devem reconhecer o valor do jogo e os princípios de funcionamento desse mesmo jogo. Nesse sentido, as estratégias de subversão empreendidas pelos que se propõem a realizar revoluções no campo se mantêm dentro de certos limites, e de outro modo também, buscam no passado, suas referências, para jogar no presente;*
- *o habitus de profissional previamente ajustado às exigências do campo vai funcionar como um instrumento de tradução”⁷ (Bourdieu, 1983:89-93).*

A par dessas características que nos permitem compreender a configuração dos campos, é possível depreender a existência de um movimento de articulação entre elas, que se traduz no jogo de poder. Nele, a ortodoxia se relaciona com a entrada de novos atores com menos capital, dispostos a subverter a ordem para construir uma ruptura crítica. Esse processo *“está freqüentemente ligado à crise, e, juntamente com a doxa, faz com que os dominantes saiam de seu silêncio, impondo-lhes a produção do discurso defensivo da ortodoxia, visando a restaurar o equivalente da adesão silenciosa da doxa”* (Bourdieu, 1983:90).

Assim, tomamos como referência o conceito de campo que expressa um espaço de relação de idéias, pessoas e instituições, onde interagem novos e velhos atores com suas respectivas contribuições, e onde são empreendidos esforços de renovação, na luta entre o passado e o futuro, entre a heresia e a ortodoxia, que são mediados pela relação de seus membros, numa convivência onde se misturam conflitos e cumplicidades, num sistema de esquemas geradores de estratégias.

A capacidade de interlocução desenvolvida no interior do campo da Saúde Coletiva no Brasil se apresenta com uma expressão importante na literatura. Para entender as conexões que se estabeleceram entre grupos, projetos e instituições, optamos pelos estudos de laboratório que utilizam a noção de rede, partindo da compreensão de sua dinâmica para, a partir dela, conformar as redes de produção da ciência e da tecnologia, em contextos sociais determinados^{2*}. Pela expressão e atualidade dos estudos efetuados nessa área, consideramos uma referência importante para facilitar a compreensão de alguns processos associativos empreendidos pela Saúde Pública/Coletiva no período estudado.

⁷ A teoria do habitus visa fundar a possibilidade de uma ciência das práticas que escape à alternativa do finalismo ou mecanicismo (Bourdieu, 1983:93).

^{2*} Ver Callon - Introdução à Ciência e suas Redes, as noções do laboratório restrito e extenso.

Callon entende o laboratório envolvido numa “cadeia de mediadores” que conforma uma “cascata de porta-vozes”, capaz 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” (Callon, 1989:21). Sua contribuição se inscreve na produção recente da Sociologia da Ciência, que enfatiza a noção de parceria e de espaços ampliados na produção da tecnociência. Para embasar essa perspectiva, o autor define o laboratório extenso em oposição ao laboratório restrito, justificando no primeiro, a inclusão de interlocutores e parceiros na composição da sua força de trabalho, pelo papel que desempenham na definição dos conteúdos das pesquisas, na orientação dos programas e mesmo na avaliação dos resultados. No laboratório restrito estariam apenas os seus membros oficiais (Callon, 1989).

Essa vertente da discussão tem permitido refletir sobre novas formas de organização do trabalho nos laboratórios e compõe um corpo de conhecimentos que embasa a noção de redes sociotécnicas, entendidas como “uma associação de elementos de ordem técnica, econômica, jurídica e política que permitem viabilizar a produção de conhecimentos” (Teixeira, 1994:13).

A aplicação desses conceitos nas diversas áreas, tem ampliado essa discussão, a exemplo das redes de cooperação apresentadas por Vinck, como uma alternativa de cooperação entre projetos colaborativos (Vinck,1992: 88). Para esse autor, “o laboratório não é necessariamente associado a um lugar fixo; ele é antes de tudo um dispositivo capaz de importar e deslocar fenômenos, assim como exportar e deslocar produtos científicos” (Vinck, 1992:97).

Os estudos de Vinck sobre o tema, apontam para a valorização dos conceitos de densidade e centralidade. A densidade está referida à frequência das relações entre indivíduos e grupos, determinando a sua identidade e coerência enquanto grupo. A sua adoção, enquanto critério de gestão dos processos em rede, permite “acompanhar as transformações dos grupos, sua emergência, extensão, fusão, cisão, germinação, recessão e dissolução” (Vinck, 1992:88). A centralidade fornece a medida das relações de um indivíduo ou de um grupo com outros indivíduos, por referência a um grupo considerado como central.

A reinterpretação desses conceitos, à luz dos estudos de rede, nesse sentido, supera a visão de rede de relações, como algo que se processa espontaneamente. Essa conceituação introduz a idéia de monitoramento, aumentando a capacidade de gestão dos seus processos internos, e portanto de recriação de suas práticas associativas, que se dão a partir da rede de cooperação.

Uma outra dimensão dos estudos de rede diz respeito à dinâmica dos seus atores e à diferenciação de alguns papéis no interior dos grupos. A relação interna ou externa implica no aparecimento de posturas diferenciadas, tomadas por atores que ampliam a capacidade de diálogo daquele grupo, e dele recebe a delegação para representá-lo em algumas situações. Nesse caso, “o representado é a fonte de poder que anima o representante” (Teixeira, 1994:20).

Callon discute assim a vinculação da noção de porta-voz à idéia de representação: “todos os bens sobre os quais um laboratório age, mobiliza, transforma e fabrica, constituem, qualquer que seja a categoria à qual ele pertença, porta-vozes ou representantes que, logo que são mobilizados, mobilizam com eles todos os atores humanos ou não humanos que eles representam” (Callon, 1989:16); nessa perspectiva, o laboratório é o lugar onde interagem “redes inteiras que são permanentemente mobilizadas por um punhado de porta-vozes” (Callon, 1989:22).

Teixeira detalha o conceito de porta-voz, incluindo os artefatos tecnológicos, as inscrições

tecnocientíficas, as competências e as verbas, e propõe o seu “*esquartejamento*” como “*um mero artifício metodológico*”, ressaltando que nunca o encontraremos atuando isoladamente. “*Eles necessariamente mesclam-se para viabilizarem a continuidade do fluxo de informações, homens e coisas pela rede*” (Teixeira, 1994:15-19). A autora toma um Centro de Pesquisa como local de referência para concretização desse conceito e adota a seguinte classificação: os artefatos, elementos não humanos (equipamentos, materiais e substâncias); as notas, tabelas, gráficos, relatórios e artigos estariam entre as inscrições tecnocientíficas; as competências estariam representadas pelos pesquisadores, técnicos, pelo corpo administrativo e pelo conjunto de informações, assim como os textos produzidos pelas equipes; e as verbas viabilizariam a compra de equipamentos, a contratação de pesquisadores e técnicos, como também o investimento na qualificação de pessoal interno (Teixeira, 1994).

A interação desses elementos passa a ser essencial na construção e consolidação de projetos em parceria, no interior de um campo, e “*traduz-se por uma sucessão de negociações que envolvem aliados e opositores, em um campo nem sempre favorável*” (Nunes e Teixeira, 1996:211). O desenvolvimento dos projetos está assim associado a uma seqüência de negociações, que começa com a problematização e envolve os elementos dos diversos grupos, dando início a uma seqüência de operações de tradução, ao longo das quais os objetos e produtos se redefinem, até constituírem o produto final. (Vinck, 1992).

Os campos onde se processam as elaborações e reelaborações de projetos, palco portanto das sucessivas negociações, reúnem atores heterogêneos, que vivenciam relações assimétricas; o avanço das negociações demanda um esforço importante de alguns atores que atuam no monitoramento dos projetos. É nessa perspectiva que se insere o ator-rede, que se diferencia dos demais pela sua condição de firmar posições em seu campo de relação/atuação, articulando aliados e desarticulando oponentes (Nunes e Teixeira, 1996).

A noção de ator-rede tem sido considerada importante no debate da sociologia da ciência, por abrigar uma gama de fenômenos que facilita a compreensão de espaços que se ampliam. Pela densidade das suas contribuições ao campo com o qual se relacionam e interagem; esses “*espaços*” estariam representados por um conjunto constituído de elementos heterogêneos, incorporando cientistas ou não cientistas envolvidos por uma determinada tarefa comum, denominada de concepção estendida de redes sociais (Vinck, 1992). O ator-rede, desempenha um papel ativo na relação entre laboratório restrito e laboratório ampliado, emprestando sua densidade e mobilidade à dinâmica dessas relações. Para Oliveira “*o conceito de ator-rede permite operar deslocamentos de simples análises locais para questões macro sociais 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*” (Oliveira, 1997:26).

No interior da rede, “*o ator em si é uma rede, pela qual circulam uma ampla diversidade de elementos, visões de mundo e modos de conduta...a partir dos exercícios de mobilização e enredamento os atores constroem redes complexas de relações, marcadas pela heterogeneidade, as quais sustentam o processo de construção de tecnologias, que se estende para além dos limites físicos dos laboratórios restritos*” (Teixeira, 1997:10-11). Conseqüentemente, a noção de laboratório extenso expressa essa rede complexa e extremamente heterogênea de atores humanos e não humanos, articulada e mobilizada por um ator-rede

Esse debate reúne uma bibliografia extensa com múltiplas aplicações e retrata a capacidade de renovação da discussão da associação entre pessoas, projetos, idéias e instituições. Vale a pena ressaltar a importância dos elementos aqui apresentados, como referentes que poderão facilitar a compreensão de fenômenos de aproximação entre pessoas e grupos, mediadas por conexões entre projetos e instituições, em sucessivas operações de tradução que vão moldando estratégias de parceria peculiares a cada contexto e a cada grupo considerado, revelando atores que atuam na dinâmica dessas operações.

Esse quadro de referência faz um convite a uma reflexão sobre os contextos onde se desenvolveram as “cenas” que permitiram a construção de uma ambiência na realidade brasileira, onde se incluiu o objeto dessa investigação. A efervescência gerada pelas dificuldades que se estabeleciam nos espaços de convivência da sociedade naquele momento, parecem ter se construído em contraposição aos limites estabelecidos no plano formal das instituições possibilitando o surgimento de “novos personagens”, novos sujeitos sociais entraram em cena (Sader, 1988).

A obra de Sader, sobre esse tema, contempla parte de um período coincidente com aquele estabelecido por essa investigação e resgatou um movimento onde a ação coletiva e organizada de trabalhadores, permitiu o deslocamento da cena para o polo da prática política, estabelecendo a vivência de um novo cotidiano, que se renovou no interior do sindicalismo, nas relações com a Igreja e na crítica à inércia da esquerda, e que foram três pilares fundamentais do seu trabalho. Analisando a conjunção desses fatores, o autor concluiu que “*a autonomia dos movimentos rompeu com a tradição política da tutela e da cooptação, e, por isso mesmo, fazendo a política criar novos lugares para exercitar-se*” (Sader, 1998:11).

Eder Sader reviveu os movimentos sociais populares da região de São Paulo, “*que puseram novos personagens na cena histórica brasileira, entre 70 e 80, criando condições para o exercício da democracia*” (Sader, 1998:10). Essa contribuição evidenciou o que Marilena Chauí denominou de “*fio condutor desse trabalho*”, no prefácio do livro de Sader, traduzindo esses movimentos como lócus coletivo então privilegiado para a “*criação de um novo sujeito social e histórico*”, assim caracterizado pela autora: novo, porque criado pelos próprios movimentos sociais populares do período, e não designados por teorias prévias; porque se trata de um sujeito coletivo e descentralizado; porque é um sujeito que, embora coletivo, não se apresenta como portador da universalidade definida a partir de uma organização determinada que operaria como centro, vetor e telas das ações sócio políticas e para a qual não haveria propriamente sujeitos, mas objetos ou engrenagens da máquina organizadora (Sader, 1988).

Nesse sentido, “*o novo sujeito social são os próprios movimentos sociais populares, em cujo interior, indivíduos, até então dispersos e privatizados, passam a definir-se, a reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas*” (Sader, 1988).

Sader justificou as suas conclusões pelo exame da crise da Igreja, que teve como consequência a reformulação de seu discurso, a crise das esquerdas configurada por derrotas anteriores e impasses internacionais com a matriz discursiva marxista e a crise do sindicalismo que, para ele, resultou numa renovação da “*matriz discursiva do novo sindicalismo*”, vindo a ocupar um lugar institucional cuja eficácia foi decisiva para “*alargar a percepção dos antagonismos que regem a sociedade de classes*” (Sader, 1998:11).

A noção de “sujeito coletivo” então é indicada “para representar uma coletividade onde se elabora uma identidade e onde se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas” (Sader, 1998:12). Dessa forma, o sentido do novo favoreceu o rompimento do silêncio dos grupos organizados, e se estruturou por sinais de resistência que foram se constituindo em “pequenas vitórias” (Sader, 1998).

Esse era um momento de “desconfiança dos sujeitos com relação às instituições políticas e com os sistemas políticos de mediações”, mas, em lugar de apatia, ocorreu a valorização das diferenças entre os movimentos, e a busca de sua autonomia (Sader, 1988); os espaços políticos foram recriados com a revalorização do espaço público, no interior dos clubes de mães, das comissões de saúde, das oposições sindicais e os sujeitos dos movimentos passaram a falar em “conscientização”, “reflexão crítica” e “socialização do saber”, nos correspondentes espaços da Igreja, da esquerda e no sindicato, e os movimentos sociais passaram a operar como “fontes populares de informação, aprendizado e conhecimento políticos, que tendem a ser ampliados e redefinidos pela sua própria prática e dinâmica” (Sader, 1998:12-13).

A opção pela contextualização aqui apresentada não pretende aprofundar sociologicamente as teses do autor sobre os movimentos sociais da época, mas trazê-las, para considerá-las relacionadas com as questões abordadas por esse trabalho. “Quando Novos Personagens Entraram Em Cena” é uma obra que discute as experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo na década de 70 e que consideramos importante resgatar, para examinar possíveis relações entre a concepção de “novos personagens” trazida pelo autor, e o contexto onde se desenvolveu o ensino da Saúde Pública/Coletiva no período estudado. Como as equipes, os projetos e as instituições se relacionaram com um novo sujeito coletivo, e com ele, exercitaram formas de criação, cujos produtos merecem ser analisados.

IV - METODOLOGIA

OPTANDO POR UM MÉTODO

A escolha do objeto dessa investigação permitiu revisitar um momento em que a formação em Saúde Pública adquiriu significado no Brasil, merecendo ser compreendida na sua relação com o processo de construção da própria Saúde Pública contemporânea.

As primeiras aproximações permitiram contornar o problema, nas suas dimensões de relação com o cotidiano de formação nessa área, envolvendo inúmeros fatores de interface, onde o *ensino* e as *escolas* se ofereceram como fatores de concretude no interior do objeto, e ponto de partida para outras descobertas.

A eleição dessa associação Escola-Ensino, através de sucessivas revisões bibliográficas, permitiu o adensamento das reflexões teóricas em torno do tema, guiou o levantamento de questões relevantes que constituíram o caminho da formação e o movimento das Escolas nesse período,

indicando pistas para encontrar peculiaridades, na realidade expressa em dados empíricos.

O movimento de busca pela melhor forma de abordar o objeto desse estudo ensejou a retomada dos seus pressupostos, para estabelecer os recortes por eles apontados, extraindo elementos fundamentais ao desenho da estratégia, buscando orientações para a construção dos dados mais adequados à abordagem de ensino eleita por esse trabalho.

A expansão dos Centros Escolares nas décadas de 70 e 80 e sua dinâmica de relação entre si e com as conjunturas da época; os diferentes programas de formação de recursos humanos oferecidos no período; a relação entre os centros de formação e as políticas de saúde e o possível surgimento de uma rede de formação em Saúde Coletiva, foram pontos assinalados nos pressupostos considerados fundamentais na definição do método e das técnicas utilizadas.

Uma referência mais ampla foi parte integrante de todo o processo de reflexão sobre o objeto. Trata-se da valorização do conceito de Representações Sociais, que, nessa investigação adquiriu uma grande importância. O contexto e os fatos, já se apresentavam na revisão bibliográfica preliminar, marcados por manifestações de atores, cuja atuação de natureza técnica ou política, permitiu a ampliação dos espaços de construção das políticas de saúde, criando condições para o surgimento de múltiplas alternativas para a realização do ensino da Saúde Pública.

As representações sociais se constituem em uma referência vital e indispensável à pesquisa social, fonte de recuperação de processos sociais constitutivos de uma determinada realidade, manifestando-se através de condutas, idéias, imagens e visões de mundo dos atores sociais. Expressam-se através da linguagem do senso comum, e *“devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais”* (Minayo,1992:173). São *“ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras”*. Embora consideradas matérias primas importantes para análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, *“as representações sociais não conformam a realidade e seria outra ilusão tomá-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela”* (Minayo, 1999:174).

A escolha da *hermenêutica dialética* como método, pareceu-nos a mais coerente com o objeto definido, para dar relevância à práxis, observando o que adverte Minayo: *“a hermenêutica e a dialética não devem ser “encurtadas” através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação”* (Minayo, 1992:219).

A escolha está vinculada à incessante busca que acompanha todo esse trabalho, de entender o significado, mais do que de reconstruir processos que se organizaram de forma seqüenciada, para, nesse caminho, buscar na linguagem da práxis a compreensão do sentido dos fatos que compuseram a dinâmica do ensino no período.

Assim, a relação entre o visível e o invisível, o manifesto e o não manifesto, do contexto indicado, foi aqui referenciado como parte de um processo em permanente construção, cuja expressão do que se evidenciou como visível e repetitivo, foi tomado como um referente expresso em palavras, e que deveria retratar o caminho que pautou a opção pelas estratégias da época, fruto, portanto, das contradições daquele momento, em que, muitos espaços estavam impregnados por movimentos dos atores identificados e considerados no processo de produção da pesquisa.

A contradição, enquanto conceito, fez parte da compreensão da relação entre o visível e o

invisível, orientando a busca, nessa direção.

Vale ressaltar que essa compreensão considerou que *“o universo do homem primitivo encontra-se aparentemente bipartido entre o visível e funcional e o modelar, mas o visível e funcional é inteiramente dotado de significação, porque concebido como repetição de um acto mítico. É justamente este significado, este caráter repetitivo, que assegura, aos olhos do homem, a realidade e duração de todo o existente, seja o que ele constrói (casa, cidade, templo, utensílio), seja a própria natureza”* (Santo Agostinho et alii, 1984:7).

Minayo tomou como referência o conceito de Gadamer, que apresenta a hermenêutica como *“a busca de compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos”,* onde *“a linguagem ocupa um ponto no tempo e no espaço”,* conceito que é complementado pela autora quando ressalta que ao *“ampliar os horizontes da comunicação e da compreensão, nunca escapamos da história, fazemos parte dela e sofremos os preconceitos de nosso tempo”* (Minayo, 1992:220).

O resgate das experiências, a recuperação dos fatos e os levantamentos exaustivamente efetuados de uma determinada época foram aos poucos reconstituindo um determinado contexto, que, no entanto, está *“sempre passível de compreensão; é ao mesmo tempo questionável, e potencialmente incompreensível. A experiência hermenêutica balança entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e o rompimento da possibilidade de compreensão”* (Minayo, 1992)

A hermenêutica destaca a importância da compreensão e dos registros através da escrita, daí resultando a sua enorme contribuição à História e à Literatura. Ela *“nasceu do antagonismo entre as diversas formas de interpretar obras essenciais e da necessidade conseqüente da fundamentação das regras. É a arte de interpretar os monumentos escritos”* (Santo Agostinho et alii, 1984). Na hermenêutica é importante *“compreender e registrar”,* suscitando desse processo, a ordenação do pensamento.

Esse mesmo autor ressalta que o sujeito vive e olha para trás; *“o significado surge no processo de sua compreensão e arrasta consigo a conexão, como forma categorial. Na medida em que, na História, se apresentam conexões, utilizamos simplesmente o conceito de significado. Trata-se de aplicar o conceito de significado em toda a liberdade da realidade. Onde ocorreu a vida e essa vida é compreendida, temos História”* (Santo Agostinho et alii, 1984:178).

A dialética, por sua vez, no seu sentido metodológico, estabelece *“a relação entre o objeto construído por uma ciência, o método empregado e o objeto real visado por essa ciência”* (De Bruyne, 1977:65).

Como características comuns às abordagens dialéticas é possível identificar que:

- a) *“ela visa simultaneamente os conjuntos e seus elementos constitutivos, as totalidades e suas partes, é ao mesmo tempo análise e síntese, é movimento reflexivo do todo às partes e reciprocamente;*
- b) *é sempre negação, porque nega as leis da lógica formal (identidade, não contradição, terceiro excluído) na medida em que as hipóteses e os fatos que esta permite analisar são abstraídos do conjunto concreto. Recusa tudo o que está submetido a etapas de um percurso;*
- c) *é um abalo de todo conhecimento rígido, de todo conceito mumificado, mostra que todos os elementos do mesmo conjunto condicionam-se reciprocamente numa infinidade de graus*

intermediários entre os termos opostos” (De Bruyne, 1977:65-66).

A análise dialética *“visa um conjunto objetivo que determina o sentido do desenvolvimento histórico (leis dialéticas da história); as leis por sua vez revelam o sentido objetivo de um conjunto histórico, e propõe assim uma espécie de hermenêutica do sentido objetivo da História” (De Bruyne, 1977:67).*

Minayo sugere a associação da hermenêutica com a dialética, por entender que essa é uma complementaridade possível, a partir da própria realidade, destacando que *“a reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento, o ser que compreende e aquilo que é compreendido” (Minayo, 1992:221).*

Para a autora, *“enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura do sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade do sentido” (Minayo, 1992:227).*

A complementaridade entre a hermenêutica e a dialética está assim comentada por Stein: *“ambas trazem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, da linguagem, e de qualquer trabalho do pensamento; ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial nem há ponto de vista fora do homem e fora da história; ambas ultrapassam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento. São modos pelos quais o pensamento possui racionalidade, contrapondo-se aos métodos das ciências positivistas que se colocam como exteriores e isentos do trabalho da razão; ambas questionam o tecnicismo presente nos métodos das Ciências Sociais, para descobrir o fundo filosófico que as diversas técnicas metodológicas tendem a negar. Finalmente, ambas estão referidas à práxis e mostram, no campo das Ciências Sociais que seu domínio objetivo está preestruturado pela tradição e pelos percalços da história” (Stein, 1987, apud Minayo, 1992:227).*

A escolha da hermenêutica dialética para referenciar e guiar essa investigação deve-se portanto à afinidade das suas construções com a abordagem que pretendemos realizar, buscando *“entender o texto, a fala, o depoimento, como resultante de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto, é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político” (Minayo, 1992:227).*

CONTORNANDO O ESTUDO E DEFININDO OS PERÍODOS

Uma extensa revisão bibliográfica realizada no início desse trabalho permitiu um conhecimento amplo de múltiplas experiências, em diferentes períodos deste século, sobre o ensino da Saúde Pública no Brasil, apontando características peculiares a cada uma delas, de acordo com os contextos onde se desenvolveram.

A importância do *“contexto”* na escolha do recorte escolhido foi um aprendizado dessa

primeira tarefa, que foi sequenciada por um segundo momento, de aprofundamento das leituras, tomando como referência as décadas de 70 e 80, onde os documentos revisados permitiram visualizar um contexto onde ocorreu uma concentração significativa de fatos e eventos no âmbito das políticas de saúde e que sugeriram uma análise sistemática, quanto ao seu significado para o ensino da Saúde Pública brasileira.

A etapa seguinte buscou estabelecer alguns elementos fundamentais à delimitação do objeto de estudo. A relação ensino-serviço foi a primeira característica considerada, vindo em seguida uma reflexão sobre os cursos lato sensu que se constituíram em alternativas para a formação do sanitaristas dos serviços de saúde.

Os Cursos de Saúde Pública e as Residências, em suas várias formas de expressão, foram escolhidos inicialmente. A Epidemiologia e o Planejamento e Administração passaram a compor também o elenco de cursos considerados para o estudo, pela sua relevância como áreas importantes de capacitação para os serviços de saúde no período.

Como Centros Formadores, foram selecionadas a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP, pelo papel de destaque que desempenharam na capacitação para os Serviços, com expressão importante na revisão bibliográfica, efetuada inicialmente.

Foram ainda consideradas para a coleta de dados, as programações dos cursos de Saúde Pública, Residência em Medicina Preventiva e Social ou Saúde Pública e os Cursos de Especialização em Epidemiologia e Planejamento, dos anos de 1970, 1975, 1980, 1985 e 1989, perfazendo 20 anos de estudo. A referência temporal utilizada para a localização dos cursos analisados, elegeu um intervalo de 5 em 5 anos, a contar do início de cada uma das décadas.

A par dessa definição, para efeito de análise foram eleitos 3 períodos assim constituídos:

- 1º período - de 1970 a 1975;
- 2º período - de 1976 a 1980;
- 3º período - de 1981 a 1989.

A periodização tomou como referência os estudos de contexto, onde foi possível identificar fatos e movimentos, que se expressaram como tendências no interior de cada período. O 1º período iniciado em 1970 se prolongou até 1975 e seu final coincidiu com o primeiro ano após a publicação do II Plano Nacional de Desenvolvimento-PND, cujos desdobramentos se processam na segunda metade da década, com a “*abertura lenta e gradual*”. A ação que resultou desse processo, cunhado para interpretar a ação política conduzida pelo Governo Geisel, instalou uma gama de possibilidades no âmbito das políticas públicas, favorecendo a uma concentração significativa de eventos no campo da saúde e da educação, no período 1976 a 1980 (segundo período eleito por esse trabalho).

De 1981 a 1989 foi possível observar uma aglutinação de esforços no sentido da reconstrução da democracia que se entrelaçaram com os passos, rumo ao Sistema Único de Saúde.

DOS INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E DADOS

Dois caminhos foram estabelecidos para a coleta de dados relativos aos cursos e às Escolas. Sobre os cursos, os dados incluíram o título, local de realização, clientela, programa, disciplinas,

equipe docente e bibliografia. Através dos projetos e/ou relatórios desses mesmos cursos, constantes dos arquivos das Escolas respectivas, foi realizado um rastreamento de documentos, procurando identificar possíveis relações dessas programações e demandas dos serviços, ou outros fenômenos internos de organização dos grupos ou das Escolas, nessa direção.

Toda esta etapa foi realizada no sentido de buscar elementos que facilitassem a identificação de conceitos subjacentes, ideologias, conflitos, material que pudesse expressar os fenômenos e movimentos que afloraram e dialogaram com as conjunturas respectivas, e que contribuíram para conferir significado às Escolas e aos processos de formação em Saúde Pública naquele período.

Nesse momento foi fundamental tomar como referência a abordagem de Minayo sobre o significado a partir da contribuição de alguns autores como Husserl, Dilthey e Weber que expressaram que *“os atos sociais envolvem uma propriedade que não está presente nos outros setores do universo, abarcados pelas ciências naturais: o significado”*. Schutz, um representante expressivo do pensamento fenomenológico destacou que *“o propósito do cientista social é revelar os significados subjetivos implícitos, que penetram no universo dos atores sociais”* (Minayo, 1992:55). Vale a pena ressaltar que a corrente fenomenológica é criticada pela autora, dada a ausência de discussão sobre as questões do poder, da dominação, da força, da estratificação social, aliado a um certo desconhecimento dos fenômenos estruturais.

Mas foi no marxismo que fomos encontrar o conceito adotado por essa investigação, dadas as características da realidade estudada. Essa concepção está traduzida pelo reconhecimento de alguns autores da *“autoria do sujeito social, cuja hipótese fundamental é de que nada existe eterno, fixo e absoluto. Não há nem idéias nem Instituições e nem categorias estáticas. Toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é percebível e por isso, toda construção social é histórica”* (Minayo, 1992:67).

Considerando a importância dos *“atores”* nas experiências consideradas nesse trabalho, foi adotado o recurso da entrevista, para buscar, através de informantes chave, a recuperação de dados dos contextos, considerados os limites e possibilidades dessa opção. A concepção de informante chave adotada nesse trabalho, baseou-se nas idéias formuladas por Minayo que os considera como *“informantes particularmente estratégicos para revelar os segredos do grupo”* (Minayo, 1992:118).

O processo de preparação e de realização das entrevistas balizou-se pela indicação dessa mesma autora, que *“chama atenção de um lado para a importância de se pesquisar as idéias como parte da realidade social, e de outro, para a necessidade de se compreender a que instâncias do social, determinado fato deve sua maior dependência. Porém, a base de seu raciocínio é de que, em qualquer caso, a ação humana é significativa, e assim deve ser investigada”* (Minayo 1992:163).

Optou-se por uma entrevista estruturada, realizada mediante instrumento elaborado para esse fim (Anexo XXI). Foram selecionados 07 informantes chave escolhidos entre os quadros dirigentes das Escolas no período, e entre os docentes com experiência significativa na elaboração e na gestão de projetos de reformulação do ensino, e na difusão de suas produções através de ações de natureza técnica ou política, constantes da documentação.

A elaboração do roteiro de entrevista foi um processo de enriquecimento em torno do tema, e de sucessivas aproximações com os elementos que passaram a compor o elenco de questões apresentadas aos informantes-chave.

Para identificar elementos históricos importantes e confrontá-los com a literatura, foram

realizadas inicialmente duas entrevistas livres, com professores da ENSP das áreas de Epidemiologia e Planejamento, que vivenciaram experiências de formação nas diversas modalidades de cursos, durante grande parte das duas décadas em estudo, sendo um exercício de recomposição de fatos relevantes, que serviram de base para a eleição de projetos estratégicos implementados nesse período.

Uma revisão exaustiva de cinco Coletâneas da ABRASCO, publicadas entre 1982 e 1988, permitiu o resgate de experiências de avaliações de cursos e processos relacionados ao ensino da Saúde Pública e às avaliações de projetos de pesquisa, resgatando documentos que registraram alguns embates políticos em torno dos programas de ensino da Saúde Pública. Essa fonte passou a ser considerada privilegiada, pelo caráter informativo dos seus textos no tema em estudo e pelo período coberto pelas análises efetuadas no seu interior (ABRASCO, 1982, 1983, 1984, 1986 e 1988).

A coleta de dados junto às instâncias acadêmicas das duas Escolas permitiu realizar inicialmente um mapeamento geral dos cursos, em variadas áreas, facilitando a identificação de tendências organizadoras do campo da Saúde Pública. Esse trabalho permitiu também recuperar dados do processo de profissionalização, através das modalidades oferecidas nas áreas respectivas.

É importante ressaltar que os dados referem-se a uma época em que o registro de informações era precário, e em muitos casos, dependente do perfil do coordenador do curso. São, portanto, frutos do mesmo contexto retratado pela própria pesquisa, onde o sistema de produção e registro dos dados estava em construção, e dispunha de poucos recursos tecnológicos, em relação àqueles atualmente disponíveis para tal fim.

Vale ressaltar que o período de realização desse estudo coincidiu também com uma ampla reforma dos arquivos mais antigos da Faculdade de Saúde Pública, onde o processo de “*recuperação de materiais*” tornou difícil o acesso a alguns documentos. Um outro caminho foi buscado para recuperar dados de cursos, nas respectivas modalidades, através de documentos como listas de alunos, relações de cursos elaboradas para determinados fins e alguns processos acadêmicos, com registro de reconhecimento de cursos entre esta Escola e a Reitoria.

Ressalvamos que a apreensão dos dados privilegiou apenas a identificação de tendências, sendo portanto passíveis de complementação, superadas as dificuldades colocadas pelo processo de restauração do arquivo, o que não seria possível dentro do prazo de realização dessa pesquisa.

A aproximação com os dados de cursos de ambas as Escolas e as entrevistas livres preliminares, forneceram elementos para definir os eixos principais da entrevista aos informantes chave, e, a partir deles, caracterizar as especificidades dos projetos considerados “*dinamizadores*” do ensino no período, e, portanto, portadores de fatos a serem resgatados.

O roteiro de entrevistas foi composto por questões gerais para as duas Escolas, e questões dedicadas à recuperação de projetos específicos das mesmas, sempre referidos à relação com a formação *lato sensu* para os serviços de saúde.

Entre os informantes-chave foram escolhidos 06 docentes das Escolas, sendo 04 da ENSP, 02 da Faculdade de Saúde Pública e 01 ex-Secretário de Saúde de São Paulo, todos com papéis relevantes em relação aos projetos selecionados como enfoques principais a serem explorados.

Vale destacar que a entrevista com o ex-Secretário de Saúde de São Paulo foi realizada a partir de um roteiro mínimo de 03 perguntas bem gerais, sendo-lhe dada a liberdade de uma fala

livre, sobre a sua experiência na relação com a Faculdade de Saúde Pública, enquanto Secretário de Saúde. Em que pesem essas observações, a entrevista revelou uma enorme riqueza de dados, facilitando a recuperação de idéias e experiências importantes do contexto.

O levantamento de dados de cursos e alunos junto às duas Escolas permitiu organizar uma relação dos cursos ministrados no período, a partir da qual chegou-se aos cursos das categorias e anos eleitos. A organização dessa relação foi possível, pela recuperação de documentos da Assessoria Acadêmica da Faculdade de Saúde Pública, como: relações de cursos e alunos, projetos de cursos e processos relativos a fatos relevantes que ocorreram no período.

Na ENSP, os dados foram resgatados, inicialmente, através de um levantamento realizado pela Secretaria Acadêmica daquela Escola, contendo alunos inscritos e formados e os Cursos realizados, ano a ano. Posteriormente, foram examinados os projetos e os relatórios de cada um dos cursos, das categorias e anos eleitos, constantes dos arquivos.

O processo de descentralização dos cursos foi alvo de um tratamento diferenciado, e considerados os anos de 1975 (1º ano do Programa de Cursos Descentralizados), 1980, 1985 e 1989, tomando por referência os Cursos de Saúde Pública e aqueles de Especialização em Epidemiologia e Planejamento.

A coleta de dados revelou um tratamento diferenciado dado pela Faculdade de Saúde Pública a dois grupos de cursos, com relação à descentralização. Com base nessa observação, consideramos “*cursos descentralizados*” aqueles que buscaram construir parcerias locais e “*cursos fora da sede*”, aqueles oferecidos pontualmente para atender demandas externas fora de São Paulo.

Nesta fase, procuramos ordenar os dados, para chegar à totalidade, explorando as possibilidades que se criaram com os produtos da fase anterior. “*Do ponto de vista histórico, a postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais, sempre como resultados e efeitos da atividade criadora, ...e toma como centro da análise, a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis*” (Minayo, 1992:232).

Nessa primeira ordenação dos dados contidos nas entrevistas, do levantamento efetuado nos arquivos de cursos das duas Escolas e dos documentos examinados, foi possível resgatar informações essenciais à análise das relações estimadas nos pressupostos, utilizando a hermenêutica dialética, através dos passos sugeridos por Minayo (1992) para a fase de análise:

Ordenação dos dados das entrevistas, dos cursos e dos processos relativos a projetos de ensino das duas Escolas. Essa ordenação deu origem a um “*mapa horizontal das descobertas*” de campo, nascendo dessa etapa, as primeiras pistas, para uma caracterização dos períodos para exposição dos dados e análise.

Na etapa seguinte foi iniciada a classificação dos dados, com uma leitura exaustiva dos textos, buscando “*apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos chave de sua existência*” (Minayo, 1992:235). Esse material empírico foi submetido a perguntas formuladas a partir das referências teóricas, permitindo a construção dos dados. Nesse momento foi realizada uma primeira classificação por tópicos de informação, revelando-se alguns temas importantes como: mercado de trabalho, relação ensino/serviço, qualificação para o trabalho, dentre outros. Revelaram-se também os momentos chave, e o contorno dos projetos que organizaram a formação em Saúde Pública no interior dos

períodos.

Desse processo, nasceram os temas mais relevantes, destacando-se os projetos que lhes deram vida no interior das Escolas, tomando como referência fundamental, a relação com os serviços de saúde, e a formação para os serviços. Esse trabalho forneceu elementos para finalmente precisar os períodos, em torno dos quais foram organizados os resultados.

A análise final procurou captar a expressão da visão social de mundo que pautou a ação dos atores, nas conjunturas definidas, e que influenciaram a conformação das experiências em questão. No início dessa etapa foram identificadas duas tendências que orientaram os movimentos dos atores, sendo tomadas como guias complementares da análise.

Nessa etapa, configurou-se numa ida e volta entre o concreto e o abstrato, e o particular e o geral, num *“verdadeiro movimento dialético, visando ao concreto pensado”* (Minayo, 1992:236), e dando origem à análise final.

Vale ressaltar, que durante o processo de ordenação e análise dos dados, tomamos a decisão de dar mais destaque aos depoimentos e à revisão documental, do que aos dados dos cursos, pelos problemas de registros que os mesmos apresentavam. Dessa forma, eles passaram a ser considerados, elementos complementares da análise.

V - RESULTADOS

Qualificar para o trabalho e/ou contribuir para uma nova Saúde Pública para o Brasil. Este nos pareceu ser o desafio que acompanhou a trajetória do ensino da Saúde Pública nos anos considerados por esse 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.

Revisitar o ensino da Saúde Pública nas décadas de 70 e 80, através de dados, documentos, depoimentos, registros e anotações sobre cursos e Escolas significou rever uma realidade recortada por uma intensa atividade de reformulação dos setores de saúde e educação, num contexto adverso, do ponto de vista político, onde se tornou possível a construção de experiências inovadoras no campo da formação em Saúde Pública para os serviços de saúde.

PERÍODO DE 1970 A 1975:

AS REFORMAS DO GOVERNO E A REORGANIZAÇÃO DA LÓGICA UNIVERSITÁRIA

Dois fatos ocorridos no final da década de 60 se revelaram importantes, como referências, para balizar a formação dos profissionais de Saúde Pública, no início da década de 70: o decreto lei 200, de 1967, e a Lei 5.540, de 1968, que passaram a regulamentar o funcionamento do Setor Público e das Universidades, respectivamente. Com a sua publicação, os decretos passaram a produzir demandas para a capacitação de servidores e para orientar a reorganização universitária, que mereceram ser analisadas.

Na segunda metade dos anos 60, o país viveu um forte controle do Estado sobre setores organizados da sociedade, que se manifestavam contrários à condução política, social e econômica do Governo. Nesse contexto, as reformas em questão, instauravam uma “nova ordem” para os espaços públicos, e forneciam as bases que passariam a compor o cotidiano do trabalho nas instituições.

Nesse sentido, a Reforma Administrativa regulamentada pelo Decreto Lei 200 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 expandiram-se para outras instituições vinculadas a diferentes poderes.⁸ 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.⁹

⁸ O Decreto Lei 200 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” (Decreto Lei 200, capítulo III).

⁹ A Lei 6.229 de 17 de julho de 1975 organiza o Sistema Nacional de Saúde e dispõe no seu Artigo 1º que: “O

A Lei 5.540/68, da Reforma Universitária, fixava as normas de organização e funcionamento do ensino superior, “respondendo a uma necessidade reconhecida pelo Grupo de Trabalho para a Reforma Universitária- GTRU”, que recomendou uma ação de “expansão desse nível de ensino” e ao mesmo tempo, sugeriu modificações na estrutura interna da Universidade no que se refere à “departamentalização, à matrícula por disciplina, ao curso básico e a institucionalização da pós-graduação” (Ribeiro, 1991:168-169).

Para as Escolas de Saúde Pública, as reformas aportaram desafios diferentes. Enquanto o Decreto Lei 200 estabelecia as regras administrativas que viriam a sugerir alterações nas atividades dos serviços públicos, produzindo demandas para a capacitação de técnicos na área da saúde, a Reforma Universitária incidia sobre a lógica de realização da atividade docente, criando Institutos e alterando 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.

O início da década de 70 foi, portanto, um momento de implementação 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).

MUDANÇAS NOS CURSOS E NAS ESCOLAS

Na ENSP, como na Faculdade de Saúde Pública, a nova lógica de formação de sanitaristas estava 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 200.¹⁰ Desde o final da década de 60, a ENSP vinha procurando aproximar o perfil desse profissional do serviço de saúde, como comentou um dos entrevistados,

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).

¹⁰ 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

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 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” (Entrevista nº 06 de 09/04/1998).

Na Faculdade de Saúde Pública, além do perfil estabelecido pelas diretrizes governamentais da época, estava colocada a necessidade de mudança dos professores das Ciências Básicas, para o Instituto de Ciências da Saúde, o que deslocaria parte do conhecimento acumulado por pesquisas e atividades de ensino, da Escola, para uma outra esfera da Universidade, esvaziando a Saúde Pública dessas contribuições, nas formulações de programas.

“A Reforma Universitária, especialmente em São Paulo, cria os Institutos e centraliza na cidade universitária. Tira isso da Escola (Microbiologia, Bacteriologia, Parasitologia, Virologia, etc) e passa para outro lugar. A Escola não vai atrás do Instituto e fica com seus professores aqui” (Entrevista nº 04 de 07/04/1998).

A atitude de permanecer no espaço da Faculdade de Saúde Pública, mais do que uma desobediência ao que se instituiu como novo na estrutura universitária, colaborava para a manutenção de um modelo onde se evidenciava o protagonismo das 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 (Anexo I, pág. 1).

No decorrer do período de 1970 a 1975, essas disciplinas foram se associando a outros conteúdos como Saneamento do Meio (Bacteriologia), Laboratório de Saúde Pública, Higiene, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Endemias Parasitárias (Anexo I, pág. 5), conformando associações que qualificaram o ensino, mas estabeleceram diferenças em relação ao modelo adotado pela ENSP, na formação desse profissional (Anexo II, págs.1 e 2).

A Escola Nacional de Saúde Pública 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, a disciplina de administração compunha a área 3, com o Planejamento e as Ciências Sociais, num total de 285 horas. No Curso de Saúde Pública de 1975, integraram o 2º 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 (Relatório SECA-ENSP).

Dessa forma, foi possível observar uma diferença entre o que era pretendido pelos alunos em 1968 e a proposta de formação para viabilizar a lógica racional de organização das Unidades de Saúde, pretendida pelo Governo. 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:

“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” (Entrevista nº 06 de 09/04/1998).

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 Faculdade de Saúde Pública da 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 73, um Curso de Administração Hospitalar em Brasília, patrocinado pela Faculdade (Anexo III).

No âmbito estadual, essa articulação resultou na abertura de espaços internos para a construção de propostas que deveriam se diferenciar das tradicionais, o que provocaria uma alteração da lógica de planejamento adotada pelos cursos, que até então 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” (Entrevista nº 3 de 07/04/1998).

A aproximação da Secretaria de Saúde com a Faculdade intensificou-se nesse período, e formalizou-se pelo convite do Secretário Leser a um dos seus docentes para compor o seu quadro diretivo na administração estadual, e que, ao retornar à Faculdade procurou entender melhor a contribuição dessa Escola para as necessidades diagnosticadas por ele no exercício de sua função executiva, resultando numa mobilização para propor alternativas concretas, sem sucesso naquele momento, assim descrita pelo próprio docente:

“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-nausea 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. Mascarenhas, o curso curto para essa Faculdade. Ele encaminhou o projeto e quase apanhou” (Entrevista nº 04 de 07/04/1998).

Dentre outros aspectos contemplados, a tese de doutorado referida pelo entrevistado concluiu pela 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”*. Recomendou ainda que se promovesse *“uma pesquisa, ainda que exploratória, da demanda presumível de pessoal para seus cursos”* (Seixas, 1972:110-112).

As recomendações da tese de doutorado 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 (Seixas, 1972).

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 (Anexo II, pág. 1). O curso da Faculdade de Saúde Pública 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 do planejamento local (Anexo I, pág. 1).

A ENSP, que vinha oferecendo o Curso de Planejamento do Setor Saúde até 1971, interrompeu entre 1972 e 1975, retomando em 1976, como uma etapa do Curso de Especialização em Saúde Pública, complementar ao Básico.¹¹ (Anexo VI, pág. 1).

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 uma acumulação de experiências e favorecendo o surgimento de inovações em outras etapas do período estudado.

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 SESP, 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.

QUADRO I - Origem dos alunos dos Cursos de Saúde Pública da ENSP e da Faculdade de Saúde Pública/USP - 1970:

Escola	Origem dos Alunos
ENSP	FSESP; IPASE; Serv. de Tuberculose; INPS; Ministério do Exército; Departamento Nacional de Saúde; Secretarias

¹¹ 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. (Relatório SECA-ENSP).

	Estaduais de Saúde
Fac. Saúde Pública - USP	Secretarias Estaduais de Saúde; Órgãos federais; Universidades; OPAS; Prefeitura de São Paulo

Fonte: Pesquisa de campo - 1998

Na ENSP, a procura pelo Curso de Saúde Pública passou de 48 inscritos em 1970, para 144 em 1975 em cursos multiprofissionais, e na Faculdade de Saúde Pública 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).

TABELA I - Número de alunos, inscritos para seleção e concluintes, dos Cursos de Saúde Pública da ENSP e da FSP/USP - 1970 e 1975

ESCOLAS	Nº de alunos inscritos para seleção			Nº de alunos concluintes		
	1970	1975	%	1970	1975	%
ENSP	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: Pesquisa de campo - 1998

O aumento significativo da procura ao Curso de Saúde Pública da ENSP pode ser atribuído a dois fatores: o fato dos cursos serem multiprofissionais, e 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.

“Vários setores faziam demandas específicas à Escola. Existia no SESP um plus em salário, que os funcionários recebiam por especialização” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

“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.” (Entrevista nº 06 de 09/04/1998).

Também em São Paulo, a tomada de consciência da necessidade de um profissional sanitarista pela Secretaria de Saúde do Estado, influenciou a organização do mercado de trabalho. Mais do que realizar o diagnóstico, a Secretaria resolveu interferir no ciclo de formação x utilização, tomando a iniciativa de criar a carreira de médico sanitarista, mesmo se defrontando com o número limitado das vagas no curso tradicional da Faculdade, em relação às necessidades da Secretaria, assim ilustrada pelo Secretário da época:

“As vagas da Faculdade eram em número muito pequeno e absorvia candidatos de outros

Estados e outros países. Baixei um ato que qualquer vaga só seria preenchida por sanitaria. O fato é que terminou essa gestão e eu tinha um número pequeno de sanitarias para prover aqueles cargos” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

Vale a pena ressaltar que, o Secretário defendia a idéia de uma “*equipe multiprofissional*”, que deveria atuar em serviços, reivindicando que esses serviços fizessem parte dessa formação (Entrevista nº 04 de 07/04/1998).

“Ele criou cargos, antes mesmo da disponibilização no mercado, desses profissionais. E dentro de uma tese de que a matéria prima existia que eram os médicos formados, e em grande número, para permitir que tivessem 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” (Entrevista nº 04 de 07/04/1998).

Segundo o entrevistado, o projeto de um curso de Saúde Pública menos extenso e que suprisse as necessidades do mercado a curto prazo foi apresentado nesse período, à Faculdade de Saúde Pública pelo Dr. Mascarenhas. Não foi aprovado, expressando segundo o entrevistado, uma “*visão romântica*”, presente na cultura universitária da época, que impedia os professores de enxergarem que o mercado mudaria a Universidade, visão que no passado, também tinha contaminado o próprio proponente do projeto inovador dos anos 70, que relata assim 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” (Entrevista nº 04 de 07/04/1998).

Dessa forma, a carreira foi criada pela Secretaria, mas não pôde ser avaliada nessa oportunidade, porque não havia número suficiente de sanitarias no curso tradicional da Faculdade de Saúde Pública, para as demandas da época.

“Essa primeira tentativa não deu certo. A 1ª administração do Dr. Leser foi encerrada em 1971 e os cargos não foram suficientemente preenchidos” (Entrevista nº 04 de 07/04/1998).

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 sanitaria. Afirmava 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.

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 administrativo, 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 essa 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, Dr. 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.

“ 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” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

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

“Cada especialização era um “feudo”; criança era um bicho, Serviço de Tisiologia, Oftalmologia... havia 20 pessoas para despachar direto com o Secretário. Percebi que se alguém quisesse fazer sozinho aquela reforma estava liquidado” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

Como perseguia o objetivo de modernizar a Secretaria de Saúde, o Dr. 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, dedicados à reforma.

“O Secretário mandou a Evelin 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” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

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 Comunitária, entre as quais a do município de Montes Claros, 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, 1995:35).¹²

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 teórica 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 (Santos, 1995:44-45).

“O modelo previa uma estrutura hierarquizada, em quatro níveis: domiciliar, local, de área

¹² Por referência aos grupos engajados no Projeto Montes Claros, Santos ressalta: “como tais grupos dispunham de poucos espaços institucionais para seus experimentos, encontraram na prática da implantação do Projeto

programática e de região, e os serviços distribuídos hierarquicamente entre os quatro níveis” (Santos, 1995:45), compondo um estudo de descentralização que contou com a colaboração do Centro Regional de Montes Claros.

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 III Conferência Nacional de Saúde que deveriam ser implementadas 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).*

Os comentários aqui efetuados sobre essas experiências estaduais, estão longe de expressar o conjunto de insatisfações daquele momento, quanto à organização dos serviços públicos de saúde, mas são exemplos marcantes que se constituíram em embriões de outras propostas, que revelaram um potencial de mudança que existia nas Instituições e em algumas equipes técnicas, e que plantaram as bases para que essas e outras Instituições vivenciassem, com elementos novos, a conjuntura seguinte.

Também nesse período, no âmbito federal, começam a ser gestados alguns planos, com vistas a intervir na disponibilidade de recursos humanos para a saúde. Fruto desse esforço surgiu o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde-PPREPS, em 1975, através de um Acordo entre os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana de Saúde, que se propunha a *“adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de saúde com cobertura máxima possível e integral, regionalizado e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta” (Teixeira, 1982:63).* 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. Os desdobramentos desses programas serão contemplados na fase seguinte.

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 resgatar outras especificidades da área de ensino que valem a pena ser destacadas, pelo que possam ter influenciado as práticas docentes e a conformação de diferentes modelos no âmbito da formação em Saúde Coletiva. Elas se evidenciaram pelo lugar institucional ocupado pelas Escolas, na priorização das linhas de formação, na organização dos currículos, na definição de clientelas e nas práticas pedagógicas desses mesmos cursos, que no

Montes Claros o espaço próprio e adequado para desenvolvê-las" (Santos, 1995:36).

interior das Escolas se relacionavam com as conjunturas.

A posição institucional das Escolas no Ministério da Saúde ou na Universidade de São Paulo-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, o professor *“entrava, tinha tempo para fazer mestrado, doutorado e livre docência. Entre a entrada e a chegada no topo da carreira eram 5 concursos, depois reduzido para 4.....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”* (Entrevista nº 03 de 07/04/1998).

A dificuldade para o engajamento dos 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 enquanto obrigatórias gerais e específicas. Suas características pareciam indicar que as primeiras, cumpriam um papel de profissionalização do sanitarista, enquanto as obrigatórias específicas apresentavam características mais aproximadas 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 Faculdade de Saúde Pública, que queriam manter uma relação mais próxima com as demandas sociais dessa área, e que assim se expressava: 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 e a suas promoções e a valorização de outros processos de reconhecimento acadêmico, cujos fatores não estavam ponderados pelos cursos de especialização.

A ENSP tinha também uma regra de convivência estabelecida com o Ministério da Saúde, nesse período, onde 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.

“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” (Entrevista nº 06 de 09/04/1998).

Os depoimentos revelaram uma relação importante entre o processo de programação de cursos e o cotidiano das Escolas. Expressaram critérios de demandas estabelecidas por profissionais e instituições ligadas à prestação de serviços de saúde (clientelas), que atingiam tanto a ENSP, quanto a Faculdade de Saúde Pública. De uma outra natureza, evidenciaram as necessidades impostas pela carreira universitária da USP, considerados os valores instituídos para o reconhecimento dessa atividade na carreira dos docentes.

Vale ressaltar que a natureza do trabalho escolar, notadamente da pós-graduação, requer que se valorize a formação de grupos e a definição de linhas de pesquisa, que, independente da

exigência institucional, possam representar um caminho de aprofundamento das temáticas que envolvem a problemática dos serviços. Essa dimensão diferencia as Escolas, dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos, e 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. A relação entre os cursos e esses alunos agregou à Escola uma possibilidade de interferência no processo de transformação desses serviços, retornando, como reconhecimento do seu papel, com encaminhamento de novas solicitações.

Um outro fator que mereceu destaque foi a organização curricular e de clientela dos cursos das duas Escolas, refletindo mais uma vez, duas tendências diferentes, que iam se configurando no interior do 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, que na Faculdade de Saúde Pública 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 (Anexo I, págs. 2, 3 e 4).

Na ENSP, nesse período os cursos foram multiprofissionais reunindo alunos de todas as categorias profissionais num mesmo espaço de aprendizagem, durante todo o curso (Anexo II, pág. 1).

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, ligada à Faculdade de Saúde Pública, 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. E uma segunda tendência, representada pelo modelo da ENSP, que aglutinava profissionais de diferentes áreas numa mesma experiência de aprendizagem, nos seus Cursos de Saúde Pública multiprofissionais.

Essa diferença vai influenciar o debate da formação durante um longo período, a partir de uma concepção organizativa do processo de trabalho. 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 integravam 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 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.

Nesse sentido, 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.

Esse debate apareceu recorrente na literatura, carecendo de aprofundamento quanto às múltiplas interfaces que ele envolve, e pelo seu grau de importância para a constituição do campo da Saúde Coletiva. 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 enquanto *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 reconheceu a multiprofissionalidade “*como alternativa organizacional dos serviços*” considerando que essa prática deveria contribuir para romper o “*monopólio da prática*” e para a definição de um “*espaço de afirmação da Saúde Coletiva*”. No terreno da produção de conhecimento o mesmo documento sugeriu 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).

Numa 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 um dos entrevistados 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.*” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

A análise dos relatórios desses cursos da ENSP permitiu visualizar uma dinâmica importante da equipe docente com a questão metodológica, em que pese 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.¹³

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 desenvolve em 4 períodos, um dos quais dedicado à discussão de problemas enfocados pelas disciplinas. O último período corresponde a um Seminário sobre Políticas de Saúde (Anexo II, Pág. 1).

¹³ Após a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Rio de Janeiro, onde a ENSP desempenhou um papel relevante, o Governo demitiu o Diretor da Escola criando uma crise interna que levou à demissão de muitos docentes. Os que sobreviveram se auto-denominaram “os dezoito do Forte” (Entrevista nº 02 de 05/04/98).

Seguindo uma tendência que se implantava no interior do Governo, no sentido de formar “administradores de saúde”, os coordenadores desse curso convidaram 9 professores da Fundação Getúlio Vargas, para ministrar os temas de Administração e Planejamento (Relatório SECA-ENSP).

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. Esse curso manteve a tradição de participação de professores externos, contando, nessa oportunidade com 18 convidados, sendo cada disciplina coordenada por um professor da Escola (Relatório SECA-ENSP).

AS DIRETRIZES DE GOVERNO E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

O final desse período coincidiu com a implantação das metas previstas no II PND. Mantendo o controle político, o Governo incorporou uma nova postura na relação com as políticas públicas. Essa orientação atingiu também a área de saúde, merecendo de um dos entrevistados essas observações:

“Em 1974 foi a posse do Geisel e foi um momento em que o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada começou a se preocupar com a perda do salário mínimo, com os resultados do “milagre brasileiro”, e com o aumento da mortalidade infantil em São Paulo. Geisel deu uma orientada para que as estruturas de Governo assimilassem essas questões, e colocou em marcha alguma abertura em relação à Imprensa, que já noticiava que havia Leishmaniose no Rio Grande do Sul, dentre outras coisas. E foi quando conceberam que o Ministério da Saúde deveria ser dirigido por um sanitarista, indo buscar em São Paulo, o Paulo de Almeida Machado” (Entrevista nº 06 de 09/04/1998).

O Ministro Almeida Machado cumpriu mandato entre março de 1974 a março de 1979, convidando, para o Cargo de Secretário Geral, o Dr. José Carlos Seixas, professor da Faculdade de Saúde Pública. Em 1975, voltou à função de Secretário de Saúde de São Paulo o Dr. Valter Leser, permanecendo até 1979, com o Governador Paulo Egydio Martins, e, nessa oportunidade, retomou suas convicções quanto à necessidade de profissionais de Saúde Pública para alguns postos de trabalho da Secretaria de Saúde, procurando uma nova estratégia que iria pautar a sua ação junto à Faculdade de Saúde Pública, nesse novo período de Governo.

Coerente com o peso que representava o pensamento de planejamento nas estruturas burocráticas, a partir de 1974, o Governo Geisel também valorizou a Secretaria de Planejamento da Presidência da República, apoiando ações voltadas para o fortalecimento das políticas públicas, abrindo espaços, no interior do Governo para a formulação de projetos, que a partir de 1975 começaram a ser viabilizados (Brasil, 1974)

Os anos de 1974 e 1975 foram de intensa atividade para o setor saúde. No período de 05 a 09 de agosto de 1975, realizou-se a 5ª Conferência Nacional de Saúde, quando ocorre com clareza a mudança do discurso de Governo em relação às questões de Saúde e Educação, incorporando as preocupações com o indivíduo e com a formação de recursos humanos de qualidade. A conferência proferida pelo Dr. Edson Machado, representante do Ministério da Educação. Naquela oportunidade, destacou alguns pontos que merecem ser referidos, pela forma com que estavam traduzidas as mensagens de Governo, no plano educacional, na relação com a saúde:

“A formulação de uma política de educação numa sociedade que vem atravessando profundas transformações em sua paisagem sócio-política-econômica e cultural não é tarefa fácil,

principalmente se levarmos em conta que a educação é simultaneamente, um meio e um fim. É meio quando considera apenas os aspectos produtivos, de preparação de mão de obra para o atendimento à demanda e da manutenção do “steady state” entre o sistema formador de recursos humanos e o sistema utilizador desses recursos. De outro lado, não se pode perder de vista, que a educação é também um fim, é consumo, é a melhor forma de proporcionar ao indivíduo a sua auto-realização. Sob esse aspecto, uma política de educação pressupõe uma filosofia da educação, edificada fundamentalmente sob as bases vivas e caracteres contingentes da coletividade, auscultando mesmo as mínimas vibrações sociais, num comportamento “de baixo para cima” a fim de incorporar as grandes linhas de preocupação dessa coletividade” (Ministério da Saúde, 1993:67).

O pensamento expresso pelo Dr. Edson Machado, naquela oportunidade, também se traduzia na postura que algumas instâncias de Governo passaram a adotar, sob a orientação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, como órgão de assessoramento ao Presidente da República (Brasil, 1974:71), abrindo espaços para a revitalização das instituições de Ciência e Tecnologia, entre as quais estava a Fundação Instituto Oswaldo Cruz. A sua fala também alertava para a necessidade de formular programas que abrigassem propostas de capacitação de uma mão de obra com formação sólida, avançando em relação à visão instrumental, até então existente.

A visão defendida por Machado, funcionava como retórica de governo, uma vez que os avanços previstos pela implementação do II PND não pretendiam mudar a direção das questões sociais, como ressalta Teixeira: *“a valorização dos recursos humanos enquanto força de trabalho do país, fundamenta-se nas idéias que embasam o planejamento social originário do pós-guerra: os gastos com “capital humano” que contribuem para o próprio desenvolvimento econômico”*; trata-se de *“promover a incorporação das chamadas “populações de baixa renda” à dinâmica da produção capitalista, seja como produtor direto, seja como consumidor”*. Para ela, *“a ênfase na política de emprego e salário, além do componente econômico tem também um conteúdo retórico, utilizado pelo Governo para legitimar-se frente às classes sobre as quais recaiu os efeitos perversos do modelo”* (Teixeira, 1982:51). Nesse sentido, *“saúde e educação são consumos específicos, que implicam na qualificação da força de trabalho - ou seja, na ótica economicista: investimento em capital humano - ao tempo em que contribuem para atenuar tensões - sob a ideologia de favorecer a ascensão social”* (Teixeira, 1982:51).

Essa percepção de dupla face que aparecia nas políticas de governo, permitiu o surgimento de iniciativas no interior de suas equipes que se organizaram através de projetos que passaram a compor um certo caminho de modernização do Estado, nessa fase, incorporando dimensões do social não contempladas pelo I PND (1972/1974).¹⁴ Essa perspectiva se fundamentava no item relativo à Política de Valorização de Recursos Humanos, o qual estabelecia que *“nas áreas de Saúde Pública e Assistência Médica da Previdência, cuidar-se-á da reforma de estruturas, para dar capacidade gerencial a esses setores, a exemplo do que já se vem fazendo na Educação, especialmente quanto às Universidades”* (Brasil, 1974:72).

¹⁴ O I PND enfoca a Política Tecnológica Nacional na implantação de Centros de Tecnologia em áreas de infraestrutura e Indústrias Básicas, como sejam Energia Elétrica, Tecnologia Nuclear, Petróleo, Telecomunicações, Siderurgia, Pesquisa Mineral, Pesquisa Espacial, e se reformulará a carreira de pesquisador, para assegurar-lhe condições de trabalho satisfatórias. Texto correspondente ao publicado no Suplemento do Diário Oficial de 17 de dezembro de 1971, I PND, 72/74, pág. 8.

Ainda no seu capítulo XIV, da Ciência e Tecnologia, o Plano estabelecia que seria *“necessário atuar na base de projetos bem definidos e com orçamento delimitado”*, recomendando, para a área de tecnologias de áreas sociais, a ênfase na saúde e educação, assim definida: *“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”* (Brasil, 1974:137).

Para atender a essas recomendações, o Governo impulsionou o desenvolvimento da pesquisa, transformando o Conselho Nacional de Pesquisas, em Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, e propondo a execução do II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-PBDCT. Consubstanciando os programas e projetos prioritários do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, nas áreas dos diferentes Ministérios, através do PBDCT, o Governo disponibilizou recursos financeiros de 1975 a 1980 (Brasil, 1974:137-138).

Essas definições criaram condições favoráveis ao surgimento de projetos importantes no interior do Governo, com ações de intervenção na assistência à saúde, impactando as Instituições de Saúde e de Ciência e Tecnologia. Fruto desse contexto, e cumprindo diretrizes governamentais, constantes do II PND, a Secretaria de Planejamento da Presidência da República investiu no reforço das instituições como a Fundação Instituto Oswaldo Cruz e a Financiadora de Estudos e Projetos-FINEP, resultando na formulação do Programa de Estudos Sócio Econômicos em Saúde-PESES e Programa de Estudos e Projetos Populacionais e Epidemiológicos-PEPPE, financiados pela FINEP e executado pela Escola Nacional de Saúde Pública e que também comporão a análise do próximo período (PESES, 1978).

OS PRIMEIROS PASSOS DA DESCENTRALIZAÇÃO: O PRINCÍPIO DA ESCOLA NACIONAL

A finalização desse período coincidiu com o início do Programa de Cursos Descentralizados implantado pela ENSP, em 1975, para os 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 num contexto sóciopolítico favorável à modernização das instituições públicas, quando a formação de recursos humanos ganhava relevância. No plano interno da ENSP, o surgimento do projeto reuniu algumas justificativas que merecem ser consideradas.

Estava recém criada a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. *“o Ossanay então, vai dirigir a Escola e um dia ele veio à ENSP discutir sobre os seus cursos. 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 porque a Epidemiologia local não podia ser igual à outra”* (Entrevista nº 06 de 09/04/1998).

“Trabalhamos pensando que o que estávamos fazendo tinha a ver com o peão da fazenda do meu pai, e dissemos que tínhamos de trabalhar em cima disso. Tínhamos que fazer um curso em que as pessoas fossem capazes de aprender e intervir no seu local de trabalho” (Entrevista 02 de

05/04/1998).

Os depoimentos recuperaram algumas discussões que antecederam a implantação do Programas de Cursos Descentralizados, realizadas por professores da Escola Nacional de Saúde Pública e que, ao lado de outras avaliações, acumularam dados que indicavam a necessidade de rever a estratégia até então utilizada pela ENSP, para formar sanitaristas para os mais variados Estados do país.

“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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

“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, também com Elisa, no Pará. Ela tomou a descentralização dos cursos como algo seu também” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

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”*. Sabíamos 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 (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

A opção pela descentralização possibilitou a mudança de *“um perfil de Escola que até então absorvia gente do país inteiro, para uma Escola que “vira nacional”*. *“É aí que ela adquire a idéia de escola de formação de pensamento e dimensão ideológica”* (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

A dimensão desse projeto para a educação em Saúde Pública no Brasil será analisada no interior dos próximos períodos.

PERÍODO DE 1976 A 1980:

A DIVERSIFICAÇÃO DOS CURSOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE.

A diversificação dos cursos em relação ao período anterior foi uma tônica desse período e ocorreu em ambas as Escolas. As propostas de reforma que surgiram no contexto do Governo Geisel ganharam apoio de organizações internacionais e favoreceram o surgimento de um ambiente favorável a projetos inovadores, no período de 1976 a 1980, 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 por esse trabalho.

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. Numa 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 propostas 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 2 cursos em 1975, para 4 em 1976 e incorporando os Estados do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Bahia, perfazendo um total de 15 cursos, em 1980 (Anexo IV).

É possível observar, pelos depoimentos, que algumas inovações na ENSP e na Faculdade de Saúde Pública foram frutos de propostas negociadas interna e externamente no período anterior e, nessa fase, concretizadas enquanto 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 criar as condições para a recuperação do direito de oferecer a pós-graduação *stricto sensu*, perdido pela ENSP em 1971.¹⁵ As características da negociação interna, foram assim relatadas por um professor 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 dessa parada saiu 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 Saúde Pública, que começaria no início do ano; o Curso de Saúde Pública começaria no meio do ano. Haveria um segundo período de 5 meses para quem fosse fazer o mestrado. Eram múltiplas entradas e múltiplas saídas. Em 2 anos fariam as duas coisas. Daí saiu a divisão dos cursos, em básico e especialização” (Entrevista nº 06 de 09/04/1998).

A proposta de divisão do Curso de Saúde Pública em Curso Básico e Especializações de Planejamento e Epidemiologia, surgiu nesse período. Ao longo da década de 80 essa divisão configurou-se com mais nitidez, dando origem a sub-áreas de profissionalização dos sanitaristas como áreas importantes de qualificação para o serviço de saúde. Essa experiência, se diversificou em outras modalidades de cursos, mas manteve uma concepção que persistiu na ENSP, durante

¹⁵ O Ministro da Saúde, Dr. Rocha Lagoa assinou Portaria Ministerial nº GB-145 de 20.04.72 com a seguinte decisão: 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 nº 374 de 31 de dezembro de 1970. Coutinho, Ulisses. A Pós Graduação na ENSP, dez/1980 (Súmula).

todo o período: uma formação inicial para o sanitarista, de caráter mais abrangente, nucleada¹⁶ ou seguida de especializações, conformadas em sub-áreas 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*"¹⁷ 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 (Anexo V, págs. 2, 3 e 4).

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,¹⁸ e que durou apenas dois anos, sendo sucedido pela Residência em Medicina Preventiva e Social implantada em 79, como uma alternativa para os recém-formados, apoiada pelo INAMPS. Todos os programas referidos tiveram clientela multiprofissional.

A Faculdade de Saúde Pública permaneceu até 1975 com a oferta de Cursos de Saúde Pública no modelo tradicional. Em 1976, o Secretário de Saúde, Dr. 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.

“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 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” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

É possível nesse depoimento observar alguns fatores de indução pela positividade, facilitando a procura pela carreira como: 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 através das normas anunciadas pelo Secretário, que incluíam a

¹⁶ A expressão "nucleada", nesse caso, significa a existência da especialização, que não tem como pré-requisito o curso de formação mais geral.

¹⁷ 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.

¹⁸ “O Treinamento Avançado em Serviço foi uma inovação pedagógica, que se caracterizava por uma formação em cima da prática. Era uma concepção nova, diferente do básico. O TAS foi um embrião da Residência porque privilegiava a experiência e a problematização da prática. Depois mais teórico, mas não vingou” (Entrevista nº 01 de 28.03.98).

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 do Estado, o Ministério da Saúde e a Faculdade de Saúde Pública, 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 6 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” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

A observação contida na argumentação do Dr. 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, dessa forma, uma carreira dinâmica, num campo emergente, onde os desafios do cotidiano e a atualização da produção de conhecimento demandaria esforços complementares, que poderiam se constituir em futuros projetos de desenvolvimento desses alunos. Suas observações desse processo 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” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

A programação dos Cursos de Saúde Pública para nível local/área medicina, permaneceu na Faculdade de Saúde Pública entre 76 e 82, com 2 turmas a cada ano, num total de 13 turmas. Durante todo esse período, manteve-se paralelo, o Curso de Saúde Pública, nos moldes tradicionais da Faculdade, com um módulo comum inicial, seguido de disciplinas específicas, por categoria profissional.

Nesse período se observa uma regularidade na programação de Cursos de Planejamento nas duas Escolas, mantendo-se na Faculdade de Saúde Pública o Curso de Planejamento do Setor Saúde, que chegou à sua 13ª edição, em 1980 (Anexo VI, pág. 2).

Observando o depoimento do Dr. Leser, é possível imaginar que o Curso de Planejamento do Setor Saúde da Faculdade de Saúde Pública, oferecido regularmente, deveria estar cumprindo um papel de retaguarda à formação avançada, requerida pelos sanitaristas dirigentes da carreira da Secretaria de Saúde. Embora essa 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 uma linha de treinamentos na área de endemias durante esse período e integrou uma das áreas de concentração do TAS, em 1977 (TAS-II). Em 1980, a Escola Nacional de Saúde Pública ofereceu um Curso de Especialização em Epidemiologia.

Também em 1980, a ENSP participou em Washington do *“Taller del PAI para Escuelas de Salud Pública”*, engajando-se na 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, promovido pela OPAS em colaboração com a Secretaria Nacional de Ações Básicas. A base de multiplicação desse trabalho no país, pela Escola Nacional de Saúde Pública foi o Programa de Cursos de Saúde Pública Descentralizados (Ministério da Saúde, 1981).

A Faculdade de Saúde Pública manteve nesse período o Curso de Especialização em Epidemiologia Entomológica (Anexo VII, pág. 2).

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-PAMs, 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 um dos entrevistados:

“Na segunda metade da década de 70, o INAMPS contou com uma Diretoria que resolveu inovar, criando 10 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” (Entrevista nº 01 de 28/03/1998)

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 desse período, que se iniciou após a constituição formal do Sistema Nacional de Saúde (Lei 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, se aproximaram desse movimento de reforma do setor.

Na busca de alternativas para a atualização de seus modelos de assistência, o Governo brasileiro optou pela via dos programas de assistência comunitária, com o apoio da OPAS, tendo a extensão de cobertura como eixo condutor de inúmeras experiências e, 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, e essa tarefa tornou-se 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, onde as ações de assistência médica estavam sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, ficando 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, o Ministério da Saúde atribuiu importância à formação de recursos humanos e criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, estabelecendo, através dele, uma linha de atuação junto às Secretarias 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 no interior das Faculdades de Medicina, e que buscavam testar novos modelos de formação do médico, no interior do movimento preventivista.

Através do Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde-PPREPS, foram definidas algumas ações de Governo dirigidas à formação dos recursos humanos para a saúde, associadas aos PECs, onde 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 à 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 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 organizados pela OPAS. A proposta tinha *“como finalidade a orientação dos alunos em Programas médicos-sociais de higiene e prevenção”*, e que, segundo Marsiglia, procurou *“preencher, de forma mais atualizada, os “espaços curriculares”, que a antiga disciplina de higiene ocupara entre as décadas de 20 e 40”* (Marsiglia, 1995:25).

A experiência iniciada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto posteriormente foi difundida para outras Faculdades de Medicina do país como: Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal da Bahia, Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Faculdade de Medicina da USP (Paim, 1986:32).

“As atividades desenvolvidas por esses Departamentos giraram em torno de medidas de prevenção, busca de ações integradas de prevenção e cura, e fundamentalmente foram responsáveis por todo um conjunto de ações “extramuros”, isto é fora do hospital de ensino, nas

quais se envolveram estudantes, docentes de medicina preventiva, criando-se “campi avançados” de treinamento, programas de assistência domiciliar e familiar” (Marsiglia, 1995:25).

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, que em sua vertente ideológica o movimento buscava reorientar a prática médica a partir de *“uma nova atitude”*, de caráter integral, preventivo e social (Paim, 1986:31) e enquanto 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 PIASS se tornou o carro chefe (ABRASCO, 1983:28-31).

Como parte do esforço empreendido para a expansão da cobertura de serviços, alguns países, estiveram reunidos em Alma Ata, na União Soviética, de 06 a 12 de setembro de 1978, para a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, quando 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 que estavam em andamento, com aplicação dessa temática (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, a relação com outros setores afins. Fez também recomendações relativas 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 (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 PREVSAÚDE, com todos os seus desdobramentos de marchas e contramarchas no interior do Governo.

“A Faculdade 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” (Entrevista nº 03 de 07/04/1998).

“Na 7ª Conferência a Escola não teve protagonismo especial. O protagonista foi o Carlyle” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília em março de 1980, tendo como tema central: “A Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos de Saúde” (Ministério da Saúde, 1980).

Em sua organização, observou-se o 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.

Os temas dos painéis 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 contemplados 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 (Ministério da Saúde, 1980).

O aprofundamento das discussões travadas na Conferência, pelos técnicos que foram autorizados a participar,¹⁹ compuseram um conjunto de idéias que embasaram a formulação do PREVSAÚDE, programa discutido no interior do Governo, que não chegou a obter a adesão necessária à sua aprovação.

“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 PREVSAÚDE, 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” (Rodrigues Neto, 1997:67).

Em 1982, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, criado em 02 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, por portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982 (Cordeiro, 1991:30-31).

A APROXIMAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA COM A MEDICINA SOCIAL

Na segunda metade da década de 70, se processou uma reorientação de Governo quanto

¹⁹ A 7ª Conferência foi organizada prevendo apenas a participação de profissionais indicados pelas Instituições convidadas pelo Ministério da Saúde. Participaram desse evento 402 participantes (Ministério da Saúde, Anais, págs. 257-280).

aos recursos financeiros dirigidos às instituições de Ciência e Tecnologia, resultando no apoio da FINEP à Fundação Oswaldo Cruz, através da Escola Nacional de Saúde Pública, tornando viável os Programas de Estudos Econômicos e Sociais e de Estudos Epidemiológicos-PESES/PEPPE.

“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” (Entrevista n° 06 de 09/04/1998).

O depoimento expressa uma vontade que estava latente entre alguns professores da ENSP, no sentido de desenvolver atividades que fossem além dos cursos ministrados para preparar sanitaristas. A fala do entrevistado expressa também 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.

Ocorre que essa necessidade 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-Financiadora de Estudos e Projetos, 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 organiza uma equipe que passa 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: eu estou sendo contratado para trabalhar na FINEP para ser responsável pela área de Saúde lá. - Queria que você me assessorasse, mas 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” (Entrevista n° 06 de 09/04/1998).

“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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

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, na elaboração de teses, na conformação de novas disciplinas, favorecendo a recomposição da pós-graduação *stricto sensu* e a incorporação de professores, dentre outros.

Assim, 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*”, 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 (Anexo II).

É possível observar também que, a partir de 1980, se introduziu a disciplina Saúde Pública com Prática Social no Curso de Saúde Pública, enquanto 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 de 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 (Anexo I, pág. 3).

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 sanitário 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 e a sua contribuição para a renovação do ensino nessa área, através do tratamento da relação entre as Ciências Sociais e o Planejamento de Saúde, funcionando como ponto fundamental de revitalização da ENSP, através da relação da pesquisa com o ensino.

“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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

Parece claro, pelos depoimentos dos docentes que estavam na ENSP desde o início dos anos 70, o 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 desses docentes, revelam a existência de uma inquietação que se tornou produtiva com alguns aportes financeiros que foram captados através dos projetos apresentados à FINEP.

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.

“Até 1975 eu estava em Campinas no Departamento de Medicina Preventiva, com um grupo onde o 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 Garcia e Zé

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” (Entrevista nº 07 de 11/04/1998).

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 Donangelo 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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

Essa diferença veio se manifestar no cotidiano, para pautar a construção das oportunidades que iam se expressando na dinâmica da própria produção dos grupos, aqui considerados antigos e novos. Os relatos são indicativos que a relação de tensão entre o novo e o velho, (os que vieram de Campinas e os que estavam na Escola), foi trabalhada pelo grupo, de modo a proceder a uma transição, que foi relatada por alguns dos seus membros, com visões diferentes, desse mesmo processo. Suas manifestações refletem o modo como cada grupo vivenciou essa transição, até a construção de uma nova alternativa.

“ 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. Joir e Elsa Paim seguraram as barras todas. O Joir, 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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

“ 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” (Entrevista nº 07 de 11/04/1998).

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 (PESES, 1978:1). Esse grupo 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).

“Participávamos também de um projeto de esquerda na América Latina que tinha como centro a discussão teórica de 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” (Entrevista nº 07 de 11/04/1998).

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 a curto prazo, possibilitou um aprofundamento crítico das questões da saúde pública e da atenção médica e 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 um dos professores da época faz uma síntese das mudanças trazidas pelo PESES para a ENSP, no aspecto técnico-conceitual e administrativo, assim referidas:

“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” (Entrevista nº 01 de 28/03/1998).

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 desse 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.

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:

“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 Cornelis Van Stralen, levou para Montes Claros pesquisadores e estudantes universitários interessados na experiência” (Santos, 1995:52).

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 (Entrevista nº 07 de 11/04/1998).

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 são colocados pelo cotidiano das políticas de saúde.

Enquanto 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, 1983:32).

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 Escola Nacional de Saúde Pública, sem a mesma dimensão na Faculdade de Saúde Pública da USP.

O Programa de Cursos Descentralizados iniciado pela ENSP, em 1975, adquire, 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 ao nível 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.²⁰

O contexto de reformas que atingia o setor público da saúde e que avançava, através da implementação das atividades do PIASS e do PPREPS junto às Secretarias Estaduais, gerava demandas de reorganização do Sistema requerendo a ampliação e qualificação das equipes, e o Curso de Saúde Pública era o caminho que dava acesso a essa formação.

Dessa forma, a procura crescente expressa pela entrada de novos cursos, ano a ano (Anexo IV), 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, nesses primeiros cinco anos, os instrumentos legais e os mecanismos de gestão do programa, destacados por Uchoa e Paim e sintetizados a seguir:

- instrumento convenial 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;
- trabalho sistemático de divulgação, para facilitar a inscrição de candidatos e de algumas atividades docentes realizadas nos Estados satélites.²¹ (ABRASCO, 1982).

O número de cursos descentralizados passou de 02 em 1975, para 04 em 1976, e 15 em 1980 (Anexo IV, págs. 1 e 2). 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 (Anexo IV, pág 1). *“A criação do Estado do Mato Grosso do Sul, em 1979, favoreceu à 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

²⁰ 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, 1982:40).

²¹ Nos primeiros anos do Programa foram estabelecidos como estados-satélite: 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).

âmbito interno, 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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

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: *“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”* (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

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 vinham traduzindo essas relações.

O primeiro aspecto ressaltado foi o papel dos 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 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 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” (Entrevista nº 01 de 28/03/1998).

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, onde os alunos retornavam aos serviços para realizar seus trabalhos do cotidiano, e para preparar a etapa seguinte do curso. Em 1980, optaram por essa modalidade os cursos de João Pessoa, Maceió, Belo Horizonte, Recife e Salvador (ABRASCO, 1982:28).

A aparente polêmica metodológica aparece superada no interior do Seminário, onde 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 a seguir:

- 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 levantar alguns aspectos que se tornaram relevantes na relação entre Escola Nacional de Saúde Pública e os Sistemas Estaduais de Saúde, nesse período, onde 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 Faculdade de Saúde Pública da USP, no período.

A RESIDÊNCIA DE 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. A Faculdade de Saúde Pública não ofereceu essa modalidade de curso, no período estudado.

Na ENSP, 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 na extinção do TAS a partir de 1980, e na absorção da nova modalidade de formação, em caráter permanente.

“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)” (Entrevista nº 01 de 28/03/1998).

O programa de Residência da ENSP em 1980, refletia os primeiros níveis 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 (Anexo II, pág. 3).

Os primeiros anos do Programa da 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 (Anexo V, pág. 3).

“Nós éramos realmente empurrados e pressionados a ampliar as leituras, os autores, o espectro teórico. Éramos levados a buscar um outro espaço do conhecimento. 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” (Entrevista nº 01 de 28/03/1998).

As condições de funcionamento do programa, segundo o coordenador das duas primeiras turmas, 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 um certo percentual para a docência, também para outros Centros Formadores” (Entrevista nº 01 de 28.03/1998).

Nesse sentido é exemplar a turma de 1980; dos 10 alunos médicos matriculados, 07 foram absorvidos como docentes (Relatório SECA-ENSP).

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 sua 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 seu momento inicial o Programa seja fruto da necessidade de formar quadros

recém graduados, e de aproximação da formação do sanitarista da prática dos serviços de saúde, é possível observar que os seus resultados foram muito mais amplos para a formação em Saúde Pública. Ocorre que, em seu processo de implementação, os objetivos iniciais foram tomados apenas como ponto de partida para um processo político desencadeado pelos grupos envolvidos, favorecendo a uma ampliação do número de programas em todo o país e à 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 PAR-Programa de Apoio à Residência de Medicina Preventiva e Social 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 a nível 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, Rio de Janeiro, 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 10 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 10 Programas (Anexo XX), que tiveram uma atuação em grupo, sendo posteriormente absorvido pela ABRASCO (2ª fase). Foram considerados resultados positivos dessa fase:

- 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).

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

A dificuldade de participação dos profissionais da assistência é um tema polêmico, sempre que se instalam programas dessa natureza, no interior do serviço, uma vez que, a integração de trabalhadores contratados para atividades finalísticas de natureza diversa, está na base da sua

concepção. A construção dessa prática mobiliza, portanto, reivindicações de ambas as partes, a depender do deslocamento efetuado. A administração da tensão gerada pela inovação, passa 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 de que o adicional de trabalho deva ser correspondido por uma remuneração complementar, àquele que se desloca.

Alguns outros aspectos foram levantados no interior do 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, situados nos diversos Estados, 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 (ABRASCO, 1982).

A experiência colegiada favoreceu a criação de quatro novas Residências, em 1980, quando também foram ampliadas vagas em 6 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 por esse Programa. A revisão de literatura revela que o processo técnico e político de construção da Residência em Medicina Preventiva e Social marca 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, onde o processo de formação não considerava a existência de grandes contradições entre o campo do saber e o campo da prática, o que impedia de avançar na formulação de alternativas críticas, ao que vigorava enquanto práticas, no interior dos serviços. Essa formação “era, portanto, orgânica a uma dada estruturação das práticas de saúde” (Paim, 1986:108).

A adoção dessa primeira perspectiva de análise, estabelecida por Paim, parece contribuir para compreender uma certa evolução desse processo, na visão desse mesmo autor, para chegar à forma com que foi concebido o Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil.

O rompimento com esse modelo de formação de sanitaristas durante as décadas de 60 e 70 se realizou de forma diversa no interior das Faculdades de Medicina e das 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 (Paim, 1986:109).

A década de 70 se tornou palco de outras possibilidades, conformando o que foi denominado de “*tendência racionalizadora*”, que “*buscava dar conta das demandas geradas pela conjuntura política de saúde*” (Paim, 1986:111), tendo uma expressão marcante nos cursos regionalizados de Saúde Pública.

A dinâmica absorvida pela Residência, e as relações estabelecidas com os contextos, permitiu o surgimento do que foi considerado, por Paim, como tendência teórico crítica, o que para esse autor, 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 ENSP, 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 PRÓXIMA DÉCADA

Dessa forma, o período de 1975 a 1980 se apresentou para o ensino de Saúde Pública como uma etapa onde 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 dessa Escola com as temáticas dos serviços de saúde, que também se diversificaram a partir dessa experiência.

Também nesse período, o ensino dessa área conviveu com um ambiente de mudanças na condução das políticas de saúde, em sua versão pública, materializadas pela condução da política de extensão de cobertura, o que também favoreceu uma problematização das outras estratégias de financiamento e gestão do setor saúde, coordenadas pelo Ministério da Previdência 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 Faculdade de Saúde Pública da USP, favorecendo um diálogo daquela Escola com os serviços de saúde, provocando mudanças na programação oferecida para esse grupo.

Na esteira da revitalização das instituições de Ciência e Tecnologia, foi possível, através da ENSP, avançar no campo da pesquisa em Saúde Pública, destacando o efeito potencializador dessa experiência na formação para os serviços de saúde, numa 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 dessa Escola.

Na revisão documental e nos depoimentos não foi encontrada evidência de influência da

formação para os serviços na organização da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

A Residência em Medicina Preventiva e Social se expandiu para 10 Estados, a partir do apoio do PAR-Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva e Social. Estabeleceram-se as primeiras áreas temáticas e o Programa se afirmou como uma possibilidade de formação crítica para recém-formados.

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).

Finalmente, vale destacar que dois atores políticos surgiram no final desse período, o CEBES (1976) e a ABRASCO (1979). Sua atuação será analisada a partir do próximo período, 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

O terceiro e último período, contemplado pela análise desse trabalho, permite visualizar uma fase em que se aprofundaram os consensos para a construção do Sistema Único de Saúde-SUS, em torno do qual se mobilizaram forças de apoio ou oposição, favorecendo a construção de estratégias, que conduziram à reformulação da proposta anterior de Sistema de Saúde, com a assinatura da Lei 8.080 de 1990, de criação do Sistema Único de Saúde.

As acumulações produzidas na relação ensino x serviço pela via da formação em Saúde Pública revelam-se também nessa fase, resultando numa conformação de ensino da Saúde Pública, cuja expressão dos dois pólos procuraremos recuperar, tomando os contextos, os documentos e os depoimentos como referências fundamentais.

No início da década, frustraram-se com o PREVSAÚDE, as expectativas que se acumularam a partir das conclusões da 7ª Conferência, quanto a uma possível renovação do Sistema de Saúde, pactuada entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. A pressão exercida no interior do processo de construção do PREVSAÚDE pelos atores das negociações encerradas sem êxito, somada às dificuldades financeiras da Previdência²², resultaram na elaboração do Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, divulgado pelo CONASP-Conselho Consultivo da Administração de Saúde da Previdência e aprovado em 23.08.82 pela

²² A chamada crise financeira da Previdência Social caracterizou-se pela existência de um déficit crescente a partir de 1980, atingindo neste ano os 40 bilhões de cruzeiros, sendo que, no início de 1981, no ápice da crise, já superava a casa dos 150 bilhões. A esta época, as projeções existentes previam a elevação do déficit a mais de 200 bilhões até o final de 1981, representando 1/6 do orçamento total para 1981, e mais de 400 bilhões para fins de 1982 (Oliveira e Fleury, 1986:276).

Portaria nº 3.062.²³

O Plano apontou para a definição de parâmetros de cobertura e de concentração de serviços hospitalares, ambulatoriais e complementares de diagnóstico e tratamento para disciplinar o atendimento dos serviços vinculados ao INAMPS (Portaria MPAS nº 3.046/82); para a reordenação burocrático gerencial de hierarquização das consultas médicas e serviços complementares, em linhas de atendimento, através do projeto de racionalização ambulatorial, que era limitado aos ambulatórios privados; e para a adoção de procedimentos normativos, vinculados às internações no setor privado aos leitos contratados pelo INAMPS e limitando o abuso de expansões crescentes das internações nesse setor (Cordeiro, 1991).

As considerações aqui efetuadas são ilustrativas do que se passava nesse momento, no âmbito da Previdência Social, caracterizando uma crise que vinha se evidenciando em múltiplas facetas, desde a década de 60, tornando cada vez mais clara a inviabilidade do modelo de assistência e de financiamento do sistema de saúde, nos moldes estabelecidos.

O aprofundamento das questões abordadas fugiria às finalidades desse trabalho, mas apresentam alguns dados do contexto, onde foi possível avançar para a implantação da estratégia das Ações Integradas de Saúde-AIS, que surgiram também no âmbito da Previdência e Assistência Social e que se tornou um caminho que possibilitava a construção de alianças entre os Ministérios envolvidos com a Saúde, o mesmo ocorrendo com as suas correspondentes estruturas estaduais e municipais.

Para Cordeiro, as Ações Integradas de Saúde *“representavam o início da incorporação dos setores público e privado, nas atividades de planejamento que romperiam com a concepção dominante da dicotomia entre serviços/ações preventivas e curativas, ainda que o enfoque do planejamento se vinculasse estritamente à capacidade instalada de assistência individual”* (Cordeiro, 1991:36).

A proposta das Ações Integradas de Saúde-AIS incorporou uma visão de gestão colegiada que se expressava em Comissões localizadas nos vários níveis do sistema. No plano federal a CIPLAN envolvia os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, e Educação e Cultura, incorporando, posteriormente, o Ministério do Trabalho. As CIS, CRIS e CIMs, eram as comissões interinstitucionais estaduais, regionais e locais de saúde, respectivamente, concepção que permitia a formalização de espaços de troca (Cordeiro, 1991). Ainda que as decisões dependessem da aprovação das instâncias centrais, estava instalado através desse mecanismo, um processo de gestão colegiada que lançaria as bases de outras mudanças, que passariam a defender a democratização, como prática inerente ao processo de planejamento e gestão das instituições. Ressalte-se que a associação entre democratização e saúde já estava disseminada no interior do

²³ O Conselho, foi “criado em 02.09.81, através do decreto nº 86.329 do Presidente da República como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a competência de operar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para esse fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social” (Oliveira e Fleury, 1986:291). O documento apresentado pelo CONASP propôs medidas quanto ao modelo vigente de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social, reorientando a assistência à saúde previdenciária e definindo também as estratégias para sua implementação (Oliveira e Fleury, 1986:293).

movimento sanitário e representava a marca registrada das produções do CEBES, desde a sua criação em 1976.

Ambas as propostas sinalizavam que a luta empreendida até então, para reformular o sistema de saúde e construir uma nova relação do Estado com a sociedade através da saúde, se deslocava do Ministério da Saúde, palco das inovações ocorridas na 2ª metade da década de 70, para o Ministério da Previdência e Assistência Social, até então fortalecido enquanto estrutura de recursos e de poder, mas que resistia através de mecanismos formais, às mudanças que aos poucos vinham sendo debatidas nos fóruns que se sucediam. *“As AIS proporcionavam uma base técnica e princípios estratégicos para os momentos posteriores da Reforma Sanitária, mas estavam longe de ser, na prática, uma política de saúde assumida pelo Governo”* (Cordeiro, 1991:37).

O avanço do processo de implantação das Ações Integradas de Saúde-AIS favoreceu à criação de comissões com participantes que representavam pensamentos políticos variados e ideologicamente divergentes em relação às concepções de Sistema de Saúde, o que também favoreceu a manutenção de um debate permanente em torno dessas questões, permitindo o envolvimento de grupos representativos que buscavam a reatualização das propostas relativas às políticas de saúde. Os fóruns contam com a participação das Instituições Universitárias, CEBES, ABRASCO, Comissões de Saúde dos Partidos Políticos, entidades de profissionais de saúde, de trabalhadores urbanos e rurais e pelo movimento da reforma sanitária (Cordeiro, 1991).

Com essa perspectiva, vale destacar a realização de duas reuniões, durante o ano de 1984, promovidas pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e pelo CEBES e ABRASCO, em Brasília e Curitiba, respectivamente. No Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, que contou com a participação de representantes do movimento sanitário e de entidades privadas prestadoras de serviços *“só houve consenso quanto ao diagnóstico de que era necessário ampliar as dotações para a saúde”* (Cordeiro, 1991:39)

A reunião do CEBES e ABRASCO realizada em Curitiba, *“reforçou a posição do movimento sanitário no sentido de promover a unificação do sistema de saúde, a descentralização, a participação da população nas decisões e a fiscalização”*, reconhecendo as Ações Integradas de Saúde-AIS *“como uma etapa ou momento estratégico para preparar a base técnica e gerencial do setor público para as reformas”* (Cordeiro, 1991:39).

Na direção municipal, as Ações Integradas de Saúde-AIS também permitiam aprofundar mecanismos necessários à construção do Sistema Único. O compromisso com o Sistema Único de Saúde por parte dos Secretários Municipais manifestou-se através da carta de Montes Claros, apelidada de *“Muda Saúde”*, fruto da Reunião de Secretários Municipais, ali realizada em janeiro de 1985, onde manifestaram também sua confiança no processo de municipalização (Goulart, 1996:21). Nesse sentido é exemplar o depoimento de Goulart, então Secretário Municipal de Saúde: *“As AIS foram mais do que a abertura possível. Foram um espaço em que nós, Secretários Municipais de Saúde, entramos como convidados, a princípio, mas logo percebemos que era um foco de luta e de conquista... fomos construindo uma rede de contatos que, até então, não existia. Em pouco tempo já estávamos empolgados com as novas possibilidades do novo Sistema”* (Goulart, 1996:20).

Aos poucos, a estratégia das Ações Integradas de Saúde ia permitindo a ampliação dos grupos envolvidos com os conteúdos críticos do sistema de saúde em vigor, e proporcionando um espaço público de discussão das políticas de saúde.

Em palestra proferida durante o III Congresso Médico Social da Bahia, em novembro de 1985, sobre a *“Reorganização dos Serviços de Saúde e Ações Integradas de Saúde-AIS”*, Paim teve oportunidade de apresentar dez motivos para apostar nessa estratégia, assim mencionados:

- *“princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde;*
 - *planejamento e administração descentralizados;*
 - *instâncias deliberativas permeáveis à negociação política;*
 - *possibilidade concreta de participação popular organizada;*
 - *percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde;*
 - *respeito ao princípio federativo;*
 - *respaldo de forças sociais atuantes no setor;*
 - *perspectivas mais concretas de viabilidade;*
 - *incorporação do planejamento à prática institucional;*
 - *e responsabilidade das Universidades na formulação e implementação de políticas de saúde.”*
- (Paim, 1986:193-198).

O debate em torno das AIS deu origem a alguns documentos propositivos que foram encaminhados ao Presidente Tancredo Neves, com uma *“convergência doutrinária informada pelo movimento sanitário e pela idéia do Sistema Único de Saúde”* (Rodrigues Neto, 1997:68). Segundo o autor, dois documentos se destacaram pela identidade nos pontos essenciais. O documento do COPAG-Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves, que contou com a participação de vários integrantes do movimento sanitário, e o segundo, apresentado por um grupo de parlamentares do Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB, que *“tinha uma clara intenção de disputar um espaço, assumindo a condução da política de saúde”* (Rodrigues Neto, 1997:69).

Os documentos eram cautelosos quanto aos prestadores privados de serviços de saúde, *“não indo além das propostas do CONASP e das intenções de dar prioridade ao setor público e às entidades filantrópicas”* (Cordeiro, 1991:40).

“Com o advento da Nova República dois baianos ocuparam a Saúde e a Previdência: Carlos Santana e Waldir Pires. Hésio 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 Sarney não fez a passagem. 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” (Entrevista nº 07 de 11/04/1998).

Dessa forma é possível entender a conjuntura dos primeiros anos da década de 80, como um momento estratégico de 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 CEBES E A ABRASCO NO ENSINO DA SAÚDE PÚBLICA

Ao completar 20 anos de existência em 1996, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-CEBES organizou uma coletânea de textos com o título “Saúde e Democracia: a luta do CEBES”. Sua justificativa era *“comemorar esta data de uma maneira que mantivesse o mesmo espírito ceiliano: a abertura de um diálogo, através de uma publicação que pudesse socializar a polêmica desenvolvida por alguns autores, acerca das questões”* que os inquietam atualmente. *“Para tanto, seria necessário resgatar a dialética relação entre produção do conhecimento e orientação da prática política, que tão bem caracterizou a trajetória do CEBES”* (Fleury, 1997:07).

Foi assim desde o começo. 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”* (Fleury, 1997:07).

A reconstrução da história do CEBES não faz parte do objetivo desse trabalho, mas a revisão de literatura é farta de elementos que indicam a estreita relação das suas atividades no campo da Saúde Pública em que o seu papel, esteve relacionado ao ensino, seja de uma forma mais direta, através da sua produção editorial, seja problematizando os projetos de Governo e as Políticas de Saúde, numa ação associada à renovação do ensino.

Vale a pena destacar que, ainda em 79, 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 e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supra mencionadas”* (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 a suas linha 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, 1992:02).

Para Fleury, 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”* (Fleury, 1997:08).

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

A ABRASCO-Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva 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 Organização Pan-Americana de Saúde. A idéia de uma Associação com essas características surgiu em dezembro de 1978, por ocasião da Reunião da Associação Latino Americana de Escolas de Saúde Pública-ALAESP, realizada em Ribeirão Preto, quando *“sentiu-se 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 e está presente na literatura, intimamente ligada ao objeto dessa investigação, pela forma de expressão do trabalho político e acadêmico desenvolvido por essa entidade, no diálogo com as políticas e os serviços de saúde e nas atividades de reorganização do ensino e da pesquisa em Saúde Pública.

As revistas *“Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil”* publicadas entre 1981 e 1988, que foram fontes de dados privilegiadas nessa investigação, apresentam artigos de caracterização de situações, com cortes temporais, e que resgatam elementos e dados sobre o ensino e a pesquisa, com informações que alcançam principalmente as décadas de 70 e 80 (Anexo XIX, págs. 2-3).

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 (Anexo XIX, pág. 4).

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 sub-áreas da Saúde Pública. Dois eventos nesse período, abordam especificamente a relação ensino x serviço, no *“Seminário Sobre Perspectivas da Epidemiologia Frente à Reorganização dos Serviços de Saúde”* em 1986 e

“*Encontro Nacional de Pós Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária*” em 1987 (Anexo XIX, pág. 5).

A compreensão do papel da ABRASCO, em relação ao ensino da Saúde Pública, na década de 80 demonstra através desse conjunto, uma atuação sistemática de capacitação do ensino e dos docentes, tendo 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 I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, dando início a uma série de eventos dessa natureza (Rodrigues Neto, 1997:70).

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 das 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 perspectiva crítica, suprindo-se de material analítico de seus associados para esse exercício político, e disponibilizando dados e análises para a atuação desses atores. Destacam-se como participações: 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 (Rodrigues Neto, 1997:70-79). A promoção da Reunião de Avaliação das Ações Integradas de Saúde-AIS em 1984, no Paraná, foi assim referida por Cordeiro: “*Desde novembro de 1984 vinham sendo reatualizadas 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*” (Cordeiro, 1991:39).

Foi possível observar na revisão de literatura, durante todo o 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.

AS ESCOLAS E OS CURSOS NO 3º PERÍODO

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. Ambas as Escolas reciclaram suas áreas temáticas, ainda que mantendo perfis diferenciados em relação às renovações.

Na Faculdade de Saúde Pública, 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 aparecem algumas versões para a retirada dos Cursos de Saúde Pública de nível local, da programação. 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, com responsabilidades atribuídas em setores considerados fundamentais.

Fazendo um paralelo com o sucesso da Campanha de Varíola efetuada em 1970, a partir da liderança do Dr. Rui Soares, o Dr. Leser também avaliou o que se passou na Campanha da Meningite, na sua segunda gestão:

“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 perguntou se assumiria. Organizou-se uma Campanha, mas foi muito mais fácil. Em cada região você tinha um sanitarista. Podia dar um suporte fantástico” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

A absorção dos quadros formados na Faculdade de Saúde Pública pela estrutura da Secretaria, segundo o Secretário, já produzia uma mudança muito grande no tratamento das questões de saúde, pelo combate ferrenho contra o clientelismo político que ele desenvolvia, desde o seu primeiro mandato.

“Quando me perguntavam como fazer, eu respondia: impedir a intromissão política. Isso depende do responsável pela saúde ter suporte do Governador. O 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.” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

O aprofundamento do modelo de absorção de sanitaristas pela Secretaria de São Paulo também não 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. E os que estão, eu gostaria de ter mais. Perguntou-me se eu sabia a responsabilidade que estava assumindo. E eu respondi que assumi a Secretaria era uma responsabilidade muito maior. Ele saiu, batendo a porta” (Entrevista nº 5 de 07/04/1998).

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, discutida na 7ª Conferência Nacional de Saúde, e em processo de discussão no interior dos Ministérios da área. O Dr. 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 porque 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 apresentaram (Guedes, Pedrinho Dimitrov e Seixas) 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 outra alternativa. Qual a retaguarda do médico de família? periga ter médico de família apoiado no hospital” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

A avaliação do Secretário em relação ao que se sucedeu 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” (Entrevista nº 05 de 07/04/1998).

A discussão encaminhada nos depoimentos do Dr. Leser têm uma relação com a 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. Permanece 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 desse curso, pela Faculdade de Saúde Pública, no entanto, não interferiu na oferta das Especializações em Saúde Pública e de Planejamento do Setor, 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 no entanto, a estrutura disciplinar do modelo anterior. Em 1989, eles voltaram a se estruturar em disciplinas obrigatórias gerais e obrigatórias específicas (Anexo I, págs. 14 e 18).

No que se refere aos conteúdos do Curso de Especialização em Saúde Pública, observa-se a incorporação do conteúdo de Demografia, e a saída das Doenças Transmissíveis e da Vigilância Epidemiológica, enquanto disciplina, passando a compor o bloco da Epidemiologia com a denominação de Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Sistema de Vigilância Epidemiológica. Três áreas tornaram-se expansivas nesse período, compondo os grupos das disciplinas ou módulos

correspondentes às obrigatórias específicas, a saber: 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 seu 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 (Anexo I, pág. 21).

Na área da Epidemiologia, observa-se que nesse período, a Faculdade suspendeu sua série de cursos de Entomologia Epidemiológica, passando a realizar Cursos de Extensão Universitária de Epidemiologia Clínica (Anexo VII, págs. 1 e 2).

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 e o Setor, a Economia da Saúde e um vasto conteúdo do campo da Administração. Uma parte do Curso dedicava-se ao estudo do *“Planejamento na Secretaria de Saúde de São Paulo”*.

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 enquanto modelo inovador na formação para o serviço, ao envolvimento da Escola com um movimento de renovação da Saúde Pública que se tornou concreto a partir do CEBES e da ABRASCO, e por algumas mudanças metodológicas, de conteúdos e de clientela dos seus cursos, e da 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, a natureza das temáticas, o enfoque pedagógico e a clientela (Relatório SECA-ENSP).

A organização das disciplinas foi orientada para temáticas que presidiam a concepção do bloco, guardando uma certa identidade com os cursos modulares que vinham sendo realizados pelo Programa dos Cursos Descentralizados. No V Seminário de Avaliação desses cursos, foi recomendada 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 seu eixo orientador, com atividades desenvolvidas ao longo do curso (Anexo II, pág. 5).

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, onde a análise dos dados revela uma 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, desse Estado, sendo que desses, 24 são de Niterói, indicando uma movimentação especial no sentido da municipalização da Saúde no Rio de Janeiro. Em 1980, o Curso de Especialização em Saúde Pública teve 96 candidatos, dos quais apenas 02 eram vinculados à Secretaria Municipal de Niterói.(Relatório SECA/ENSP). 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 se refere aos conteúdos, observa-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, que aprofunda a discussão desse tema no Rio de Janeiro.

O bloco relativo ao Planejamento/Programação já absorve a discussão de planejamento normativo x planejamento estratégico, e busca oferecer conhecimentos sobre instrumentos gerenciais.

“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 x doença e suas intervenções. Incorporaram-se novas categorias analíticas. Passou a incorporar história e sociologia para a pesquisa e a intervenção” (Entrevista nº 01 de 29/02/1998).

Durante todo o 3º período, houve uma tendência à organização de cursos por blocos e áreas temáticas, que ensaiavam o recorte de temas por uma lógica interdisciplinar, ainda que se observe que as disciplinas continuaram sendo a unidade programática até o final do período (Anexo II, págs. 3-8).

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 (Anexo II, pág. 8).

Quanto à clientela, manteve-se uma tendência de candidatos com origem municipal, com representantes de municípios como: Barra do Piraí, São João do Meriti, Duque de Caxias, Niterói, Petrópolis, Barra Mansa, Miguel Pereira e Volta Redonda no Rio de Janeiro, e São João del Rei, Paracatu, Januária e S.Francisco - Minas Gerais; Arapiraca e Coruripe -Alagoas; Barreiras - Bahia; São Luís - Maranhão; Olivença - São Paulo; Manaus - Amazonas; e Natal -Rio Grande do Norte (Relatório SECA-ENSP).

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, 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 (Anexo II, pág. 9).

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 (Anexo II, pág. 8).

OS CURSOS DESCENTRALIZADOS E A ABRASCO: A EVOLUÇÃO COM AVALIAÇÃO

Nos primeiros anos da década de 80 a Escola Nacional de Saúde Pública recuperou sua condição de Escola que havia sido perdida no período anterior, quando passou à categoria de Departamento de Recursos Humanos (Coutinho, 1980).

“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, Guilaro estava na Presidência, tinha sido Vice-Presidente de Vinicius com uma boa relação com a Escola. Ele trouxe o Ernani que intermediava uma relação favorável, com o Ministério” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

O Programa de Cursos Descentralizados da ENSP se expandiu para muitos Estados do Brasil (Anexo IV), 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 (Anexo IX)²⁴. 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 (Rodrigues Neto, 1997), além da difusão técnico-científica e política, das produções elaboradas pela área, já analisada 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 dessas com os docentes da ENSP e de outros Centros Formadores convidados, criando dessa forma uma perspectiva favorável ao aperfeiçoamento do sistema de formação em expansão (Anexo XIX, págs. 5 e 6).

O Programa de Cursos Descentralizados realizou nesse período, três Seminários de Avaliação, contando com a colaboração da ABRASCO, e que promoveram uma discussão fundamental, ora sobre as questões metodológicas e administrativas dos cursos, ora sobre a sua relevância para as políticas de saúde, ou ainda, comentando sobre fenômenos provocados pela inserção dos seus egressos na estrutura do Estado (Anexo XIX, págs. 5 e 6).

O V Seminário que corresponde ao período de 1980 e 1981, já abordado por esse 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).

²⁴ 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, 1982:112-114).

No VI Seminário, realizado em outubro de 1983, aflora uma tensão entre o comando da ENSP e os Estados, dadas as características de fortalecimento de algumas coordenações. Também nesse período o questionamento da centralização era uma bandeira dos Estados, no contexto da administração pública. 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 buscado através do processo de gestão dos cursos (ABRASCO, 1984).

“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 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 “ (Entrevista nº 07 de 11/04/1998).

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 sanitário nos correspondentes Estados, assim expressos nessa oportunidade:

O representante da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul sugere uma proximidade maior do sanitário 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).

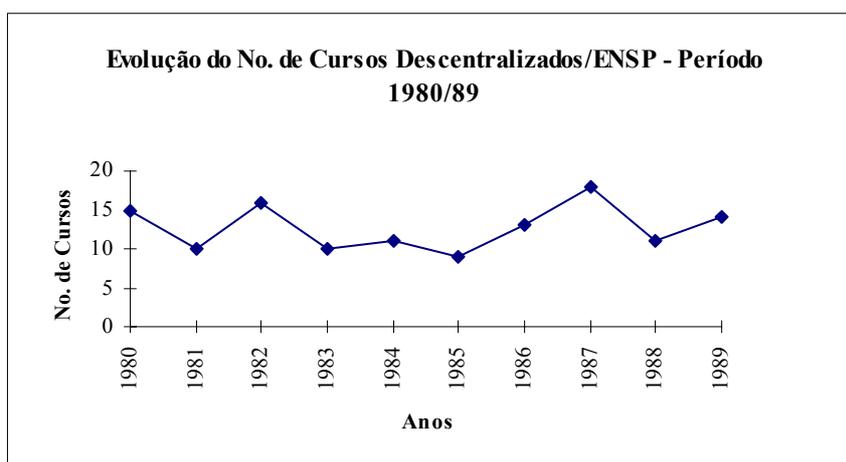
A representação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais apresenta um estudo de egressos, depois de destacar a importância dos cursos para a expansão dos serviços, naquele Estado, ressaltando entre os seus comentários, que a base de todos os seus questionamentos é o *“desentrosamento entre as 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”* e 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, refere-se ao Curso de Saúde Pública Descentralizado, como fator de integração com o INAMPS e a Universidade. Destaca que o curso influencia e é influenciado pela rede de serviços, lamenta não dispor de uma avaliação organizada de forma sistemática, e ressalta que esse profissional tem *“um alto grau de compromisso social com o trabalho que se lhe apresenta, que influencia, grandemente, o nível diferencial de desenvolvimento das diversas unidades”.* Finalmente, o Secretário considera a importância do trabalho do sanitário 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 refletir sobre o conflito entre teoria e prática evidenciados pelos representantes do Rio Grande do Sul e representado por Minas Gerais como desentrosamento entre as Escolas e os Serviços, que já persiste desde o Seminário de 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, valendo apenas ressaltar, 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.

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 09 cursos. Esses números voltaram a crescer em 1986, com 13 cursos, chegando a 18 em 1987.



Fonte: Pesquisa de campo - 1988

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), processo que surgiu acompanhado de um debate sobre o Sistema Nacional de Saúde já comentado nesse período, e 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 cursos, 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 de uma “crise”, fazendo supor que alguns problemas aconteceram que não foram relatados pelos Seminários. Observa-se, no entanto, a saída dos cursos da Bahia, Piauí e Ceará, em 1983, e 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 um dos entrevistados que atribuiu à sua habilidade, a manutenção desse programa.

“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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

Ainda em 1982, se iniciou 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 (Anexo IV).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizou-se em Brasília em março de 1986, ano em que foi retomado o crescimento do número de cursos descentralizados da ENSP, que chegaram a 13 nesse mesmo ano, passando a 18, em 1987.

Vale destacar que a preparação e realização da 8ª Conferência se deu através de um processo onde 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 (Ministério da Saúde, 1986). Acresce-se a esse fato, a realização de Conferências específicas por temas estratégicos, também precedidas de pré-conferências.

“A ENSP participou da 8ª Conferência com teorização e organização das pré-conferências; os professores viajavam e documentos básicos eram preparados” (Entrevista nº 07 de 11/04/1998).

Um fato novo surgiu no processo de descentralização, que se refere à possibilidade de que um novo ator, além da ENSP, passe a desempenhar um papel de cooperação com a formação de sanitaristas para os serviços de saúde, de forma descentralizada. Ocorre que, por solicitação do Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos, em 1987, a Faculdade de Saúde Pública aprovou o *“Curso de Saúde Pública Regionalizado”* (Processo 127/87-AAFSP) e realizou dois cursos nesse município, nos anos de 1987 e 1989.

Vale destacar que o Secretário de Saúde 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 Faculdade de Saúde Pública da USP, onde seu pedido (ofício - 291/87/SMS) 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”*. 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 ao desafio do momento histórico, que atravessamos”* (Processo FSP - nº 127/87). Sugeriu também a organização de uma comissão interdepartamental, que passou a ser responsável pelo curso no interior da Faculdade. As suas prescrições foram posteriormente aprovadas pela coordenação de ensino dessa 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 Ações Integradas de Saúde (ABRASCO, 1988:144).

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 (Anexo II).

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-AIS, 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, em ascensão.

No âmbito da relação ENSP x Estados, foi apresentado no interior da reunião, pela Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados da ENSP, um documento, propondo uma retração do papel coordenador dessa Escola, com a valorização de outros centros que poderiam passar a dar um apoio técnico aos cursos que ainda precisassem, passando a ENSP a realizar outros papéis como o de capacitação docente. Os participantes rejeitaram essa proposta e propuseram, inclusive, a sua ampliação (ABRASCO, 1988: 148-149).

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

Nessa oportunidade, 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 “*um 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 ENSP e Estados, deveria incluir como parceiros privilegiados a CIPLAN, o 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, 1988:134).

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, enquanto 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 nesse 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 à participação e o desenvolvimento dos docentes, nas questões relacionadas à pesquisa em Saúde Pública.

O ENCONTRO ENTRE O ENSINO E OS SERVIÇOS: MUDA O SISTEMA DE SAÚDE E MUDA A FORMAÇÃO

Qualificar para o trabalho e/ou contribuir para uma nova Saúde Pública para o Brasil. Essa questão esteve presente em toda a tarefa de sistematização dos dados, informando cada período, e orientando os eixos de análise dessa investigação.

No início da década de 70, as duas 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 Departamento 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 Faculdade de Saúde Pública da USP, mantendo os Departamento de Ciências Básicas no mesmo espaço de educação para a Saúde Pública, configurando nessa Faculdade um perfil de sanitarista diferenciado daquele ministrado pela ENSP.

A reforma administrativa se expressou através do Decreto Lei 200, 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 Escola de Saúde Pública-ENSP e a Faculdade de Saúde Pública-FSP, 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 Faculdade de Saúde Pública 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 enquanto programação, 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 sobreviventes da crise, incluíam-se sanitaristas com experiência ligada aos serviços de saúde e solidez de conhecimento nessa área, e jovens docentes, com quem 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 duas décadas.

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, na área de Medicina Social, o que permitiu a reconfiguração do grupo original.

O grupo absorvido pela ENSP apresentava características de formação e experiência na área de pesquisa, e sua absorção se deu num contexto em que o Governo brasileiro decidia apoiar a Ciência e a Tecnologia, favorecendo a aproximação da Fundação Oswaldo Cruz com a FINEP e a liberação de um 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, e, principalmente, a 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 formação para os serviços de saúde. 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 Faculdade de Saúde Pública, estabeleceu-se uma aliança com a Secretaria de Saúde do Estado, com a colaboração decisiva do Ministério da Saúde, em torno da formação em massa de sanitaristas que deveriam atuar em nível local, nas Unidades de Saúde de São Paulo, o que, na prática, 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 daquele Estado. Entusiasta do fortalecimento dos serviços básicos e da carreira de sanitaristas como base de uma reforma que privilegiaria essa porta de entrada, o Secretário de Saúde, por duas gestões, induziu, com instrumentos legais, a ampliação do mercado de trabalho, fortaleceu e ampliou a relação da Secretaria com a Faculdade de Saúde Pública, retraindo-se, na década de 80, após o encerramento da programação de Cursos de Especialização em Saúde Pública para Nível Local.

O modelo de atenção à saúde do Brasil seguiu, por toda a década de 70, concentrando poder

e recursos financeiros no Ministério da Previdência e Assistência Social, no que se refere à assistência à saúde, enquanto o Ministério da Saúde estimulou experiências inovadoras, pela via da atenção primária, e por esse caminho, estabeleceu 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 2ª metade da década de 70, resultou na realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, no início da década de 80, ensaiando a discussão de mudanças no Sistema de Saúde pelo fortalecimento do setor público através da atenção básica.

No plano político, a efervescência que se estabeleceu nas políticas de saúde, com o acirramento das contradições do modelo de assistência à saúde, defendido pelo governo militar, mobilizou parte do movimento docente com o apoio de profissionais dos serviços que também problematizavam essas questões, a se organizarem em torno de duas entidades, o CEBES e a ABRASCO. Com características diferentes, mas complementares, elas passaram a atuar no encaminhamento político de questões interrogativas ao andamento das políticas de saúde e 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 sujeitos 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, através dos cursos descentralizados, que por sua vez associaram-se através de convênios a Universidades locais, para a realização de programas de capacitação de recursos humanos, e, através dessa articulação, os cursos passaram a ter acesso aos produtos das pesquisas realizadas por esses centros, 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, que nasceu da 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, deu origem à formulação do PREVSAÚDE, amplamente debatido por representações sindicais, associativas e patronais, mas não conseguiu sua aprovação no interior do Governo; a tensão se estabeleceu pela discussão entre estatização e privatização da assistência. Pelo amplo debate que se estabeleceu em torno do PREVSAÚDE, não aprovado, o Governo editou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do CONASP, recomendando medidas racionalizadoras, também debatidas nos programas de ensino, no meio sindical e associativo.

As Ações Integradas de Saúde-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 Ações Integradas de Saúde-AIS também possibilitaram uma discussão sobre planejamento integrado de recursos, o que a médio e longo prazo, permitia que, no interior dos colegiados, CIPLAN, CIS, CIMS e CLIs 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 técnico-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, funcionando a partir de 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 (Anexos I e II).

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 (Anexos I e II).

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 (Anexo I).

Um movimento político-acadêmico se estabeleceu através da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-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*.

No interior da ABRASCO, os Cursos de Especialização em Saúde Pública e a Residência de Medicina Preventiva e Social asseguraram seu espaço próprio, 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 (Anexo XIX, pág. 5-6).

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 Social e outras especializações, que configuram as sub-áreas da Saúde Pública (Anexo VI: 2-3).

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 (Ministério da Saúde, 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, relatorias 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 técnico-política que conformava o cotidiano dos serviços de saúde.

“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” (Entrevista nº 01 de 28/03/1998).

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.

“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. 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” (Entrevista nº 02 de 05/04/1998).

Ainda em 1987, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, como uma continuidade à estratégia até então adotada pelas Ações Integradas de Saúde-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), adotando a proposta de estratégia-ponte, sugerida por Paim, enquanto durassem os trabalhos da Constituinte e de elaboração da legislação ordinária sobre o assunto (Paim, 1990). 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 enquanto estratégia-ponte*” (Cordeiro, 1991:94), entre a 8ª Conferência e a aprovação definitiva do SUS em 1990.

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 que foi aprovado pela Lei 8080, em 1990.

VI - ANÁLISE E CONCLUSÕES

A retrospectiva que se configura nos resultados desse trabalho organiza um número significativo de contribuições e reflexões que recuperam parte da história do ensino da Saúde Pública no Brasil.

Em cada uma das etapas, estiveram presentes as diferenças de natureza político-ideológicas entre grupos de poder que atuavam no interior das instituições, influenciando a definição de políticas de saúde, com 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 em 1990 não representou apenas a conquista de uma Saúde Pública democrática e de qualidade, e 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, e que através de estratégias variadas, foram capazes de gerar alternativas de crescimento de ambos os setores, articuladas a essa luta maior.

As diferentes posições desses atores, quanto à relação do ensino com o serviço, estabeleceram condições mais ou menos amplas para que a ENSP e a Faculdade de Saúde Pública se engajassem num movimento de renovação, que teria diferentes formas de expressão, na disponibilização do seu potencial formativo, para a renovação de estratégias comprometidas com as demandas do Estado e da Sociedade, dadas as características de cada uma das Escolas.

Os processos aqui analisados configuram um movimento que não pode ser considerado apenas setorial. Estava em andamento um movimento 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, articulados a essa dimensão política mais ampla.

Os mesmos atores circulavam no interior do campo político, engendrando projetos de identidade com a questão da saúde e da democracia, beneficiando-se do campo reformista para buscar novos espaços de conceituação que se concretizavam nas estratégias de cursos e nas articulações de projetos de ambas as Escolas, com expressões peculiares, dadas as características de cada um dos grupos.

Os momentos políticos que recortaram as décadas parecem sugerir desafios e possibilidades aos movimentos de atores, no interior do ensino da Saúde Pública, configurando experiências que evoluíram para alguns processos associativos, e que se traduziram 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.

No primeiro período (1970 a 1975), na ENSP, o potencial associativo parece estar mais presente 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 (Fundação Getúlio Vargas), adquirindo em 1975 uma característica mais expansiva e politicamente diferenciada, quando se implantou o Programa de Cursos Descentralizados. Nesse período, os movimentos da Faculdade de Saúde Pública foram mais voltados para sua programação interna, com exceção de um curso que se realizou 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, onde cresceram as insatisfações da sociedade com a condução política e econômica do Governo, favorecendo à politização das questões da saúde, e estimulando o questionamento às políticas do setor, principalmente aquelas relacionadas à Previdência Social.

Esse 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 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; e as Escolas, através dessas programações, passaram a ser reconhecidas como espaços de poder técnico e político.

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, que passaram a considerar a existência dessas conexões²⁵, para traçar estratégias e incorporar novos atores.

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, se ligarem, e estabelecerem conexões, organizando-se em torno de objetivos comuns, na concordância, na colaboração ou na ação ativa, para a obtenção de resultados concretos.

Nessa perspectiva, merecem destaque, pelo ensino: O Curso de Saúde Pública da ENSP de 1970 com a Fundação Getúlio Vargas, em parceria estabelecida na disciplina de Administração, o Programa de Cursos Descentralizados instalado em 1975 pela ENSP, os Cursos Descentralizados de São José dos Campos, realizados em 1987 e 1989 pela Faculdade de Saúde Pública, e 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 Faculdade de Saúde Pública, 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). Pela pesquisa, o Programa de Estudos Econômicos e Sociais-PESES, na relação com outras Universidades, no sub-projeto sobre os Departamentos de Medicina Preventiva (década de 70).

No âmbito dos serviços, o Projeto Montes Claros, na articulação com a ENSP, com a 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 Ações Integradas de Saúde-AIS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, as Conferências Específicas por

²⁵ Consideramos conexões, os elos de ligação entre grupos, pessoas ou coisas, que podem ter características semelhantes ou diferentes.

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 sujeitos sociais 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, numa 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 que se estabeleceu entre esses atores, nas duas décadas, está identificada com movimentos em favor de mudanças na sociedade e no Estado, o que lhes confere uma postura crítica, diante dos seus objetos de intervenção, nos serviços, nas entidades, e na academia, mobilizando a adoção de estratégias de natureza política, onde a tendência associativa também se evidencia, como nos Simpósios de Saúde da Câmara de Deputados, nos eventos promovidos pela ABRASCO, e 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 transformados 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 Panamericana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) e da própria ABEM”* (Paim,1986:119).

A reação organizada veio da capacidade de articulação do conjunto das Residências que optaram pela preservação do modelo anterior e foi exercida através da ABRASCO, resultando na Resolução 16/81, que representava *“a legitimação de certos espaços de prática em termos de saúde coletiva...reforçar as tendências racionalizadoras e teórico-críticas, aparentemente mais próximas da realidade da conjuntura política de saúde...propiciar 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**, 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, para alcançar determinados objetivos predefinidos.

Nessa dimensão, inscrevem-se as experiências, como o PPREPS, o PIASS e as AIS, que se conformaram enquanto projetos estratégicos, nos vários níveis do Sistema de Saúde e que se apresentaram como conteúdos de articulação com o ensino da Saúde Pública, organizando-se como espaços concretos, capazes de produzir frutos de articulações peculiares em cada uma das

instituições consideradas.

Foi identificada, na ENSP, uma maior capacidade de gerar e absorver projetos inovadores, que pode estar relacionada ao seu baixo grau de estruturação naquele período, em relação às atividades finalísticas, decorrente dos baixos salários praticados no início da década, e de uma crise institucional que resultou na demissão de parte do seu quadro, no final da década de 60. Evidencia-se, nesta Escola, uma seqüência de esforços, que redundaram na renovação do ensino, observando-se também que os seus resultados são potencializados pelas definições geradas pelas políticas de Governo, principalmente em relação à Saúde e à Ciência e Tecnologia.

Na Faculdade de Saúde Pública, não há referência a crises ou rupturas de ordem política, que viessem a interferir na regularidade de sua programação, durante todo o período, que apresentou uma convivência regular de cursos da pós-graduação *lato sensu com o stricto sensu*. Suas programações revelam uma estabilidade de linhas de abordagem, expressa no conjunto das disciplinas obrigatórias específicas, que sugere uma relação com a atividade de pesquisa dos Departamentos.

A relação das Escolas com as programações parecem 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 estar identificado na estabilidade da Faculdade de Saúde Pública, que se apresenta também menos aberta às inovações.

Vale destacar que os resultados dos projetos, para as Escolas, não se reduzem a avaliações formais enquanto programas de cursos concluídos para um determinado número de alunos, mas, principalmente, pela sua capacidade de mobilizar atores, em torno do ensino *lato sensu*. Nesse sentido, ganha dimensão o que refere Testa, quando afirma que, nas Instituições “não há atores legitimadores pré formados” (Testa,1997:60). 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 (Testa, 1997).

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 em 1975, resultados mais amplos quanto ao aprofundamento de suas características, enquanto centro de profissionalização que diversifica suas especializações, recortando por sub-áreas da Saúde Pública, a exemplo da Epidemiologia e do Planejamento, desdobrando-se em outras áreas nos períodos subseqüentes. Os depoimentos e a revisão documental também revelam que os projetos permitiram a construção de atores 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, indicativa da

incorporação de uma base crítica aos cursos de Saúde Pública dessa Escola, através da atividade de pesquisa, o que está evidenciado, no surgimento 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, a coletânea nº 02 da ABRASCO já registrava em 1983, através de Donnangelo 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).

Nessa fase, também voltava a funcionar na ENSP, a pós-graduação *stricto sensu*.

As articulações produzidas no plano internacional favoreceram ao surgimento de uma renovação na programação desta Escola, com a presença de 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, capacidade que se tornou mais ampliada pela associação com o CEBES, e principalmente com a ABRASCO, pela natureza de suas atividades.

A Faculdade de Saúde Pública apresenta-se, nesse contexto, com características diferenciadas da 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, mais influenciadas por parâmetros de avaliação da Universidade do que pelos Serviços de Saúde. A área de Planejamento, não seguiu essa lógica de organização, e ofereceu, com regularidade, os 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 onde se revela a **tendência associativa**, nesse caso, mais construída a partir do pólo dos serviços de saúde, mas abrindo espaços para a viabilização dos projetos, que, no interior da Faculdade, representavam os grupos de pressão que tinham identidade com a renovação do ensino, e com a relação desse ensino com o sistema de saúde e com a sociedade. É o caso 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.

Tomando como referência os contextos, as descobertas e os pressupostos dessa investigação, três questões apresentam-se como fundamentais para aprofundar 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, numa conjuntura tão adversa do ponto de vista político, e o que representa a multiplicidade de frentes que se abrem no plano técnico e político, para o ensino da Saúde Pública?**

- **Porque e como se modifica o ensino da Saúde Pública no contexto indicado?**
- **Nasce uma rede de Formação em Saúde Coletiva?**

Para compreender esse movimento, é preciso rever questões centrais que identificam as instituições, 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”* (Testa, 1997:57). Nessa abordagem Testa propõe ressignificar o conceito foucaultiano de instituinte e instituído, tomando o instituinte como referência do comportamento crítico, que é inerente às instituições (Testa, op.cit:57).

Esse 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”*. Nessa visão, a legitimidade constrói o instituinte e a legalidade é o que estabiliza o instituído (Testa, 1997:56 e 60); *“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, que por sua vez se constroem como sujeitos, no exercício de sua liderança, relacionando-se com seus trabalhadores e com os destinatários de suas idéias (Testa,1997).

Nessa dimensão, situamos o potencial crítico agregado ao ensino, pelos projetos PESES e PAR, na ENSP, 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 Faculdade de Saúde Pública. Suas concepções e respectivos processos de implantação, sugerem a utilização de estratégias para a superação do instituído, absorvido pela legalidade até então existente, ampliando espaços institucionais, para a construção de viabilidade dos projetos, através das negociações entre instituições.

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 e 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, em torno de objetivos comuns.

Dadas as características do Estado brasileiro, no regime ditatorial, como entender o poder de diálogo apresentado nos resultados das experiências de ensino entre si, e delas com os serviços de saúde, no contexto estudado, onde o controle, a hierarquia e a disciplina eram valores esperados nas relações das instituições com a sociedade, expectativas inclusive reveladas em planos de governo que regulamentavam a organização do trabalho?

Recorrendo a Luz, vamos entender 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”* (Luz,1981:32). Ainda que no regime ditatorial as instituições governamentais tenham buscado um discurso hegemônico no interior da saúde, *“integrando o discurso médico ao desenvolvimento econômico”*, e concentrando o *“controle do poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional”* (Luz,1981:15), sua distribuição no interior das Organizações parece caracterizar-se pela existência de “brechas”,

passíveis de serem preenchidas numa 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, expresso em ordem e dominação, estabelecendo portanto relações conflituosas (enquanto relações sociais) e contraditórias (do ângulo da estrutura) (Luz,1981).

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 oferecendo-se como alternativas que permeiam as práticas dos projetos, nos serviços ou na academia. Nesse particular, parece exemplar 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 Ações Integradas da Saúde (processamento da integração de instituições diferentes, através da lógica do planejamento).

Longe de significar processos institucionais isolados, é possível identificar, através da análise dos resultados, uma identidade desse conjunto com o pensamento de Testa, no que se refere à existência de um tempo histórico e um tempo cronológico, que regem a ação das Instituições e que estão ligados à sua reprodução cotidiana (Testa 1997:45).

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). Nesse sentido, o que impulsiona as Instituições é a síntese contraditória dos tempos cronológico e histórico, contrapondo-se 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. Ele 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 otimizar resultados; o tempo histórico tem uma pressa qualificada, podendo para isso operar idas e voltas, altos e baixos, inerentes aos processos desenvolvidos pela ação humana.

Os conceitos de tempo histórico e cronológico de Testa favorecem ao entendimento das pautas de organização que se estabeleceram no interior do ensino da Saúde Pública e da organização do Sistema de Saúde, no período, impulsionando mudanças que retratam a competição entre ambos, situando o pólo conservador na fronteira do estabelecido, que aparece bem representado pelos conteúdos e processos pedagógicos que atingem apenas a simples explicação do existente. O pólo que se revela inquieto, desenvolve uma conexão com as fontes de renovação da realidade, encontrando 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 Faculdade de Saúde Pública, que enquanto 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 propunha a desestabilização do instituído, instituindo-se através de uma nova programação.

A relação entre a Secretaria de Saúde e a Faculdade de Saúde Pública 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 encontra no campo relacional da Faculdade de Saúde Pública, 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 fazem-se representar por uma aliança com o proponente, em torno da idéia, criando condições para a reapresentação do projeto numa segunda oportunidade. Nesse momento, ganha destaque um outro poder instituído, representado pelo Ministro da Saúde, que acompanha o Secretário a uma visita ao Centro Escolar (Faculdade de Saúde Pública), agregando força à negociação da Secretaria de Saúde, utilizando o poder administrativo, através da destinação de recursos financeiros, e o poder político, representado pelo comparecimento do Ministro à negociação com a Faculdade, numa clara demonstração de importância à atividade.

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

As estratégias de condução, adotadas pelos projetos, parecem estar retratadas na visão tridimensional eleita por Lukes, como a mais adequada para efetuar uma análise mais profunda do poder, alternativamente às visões unidimensional e bidimensional caracterizadas na tipologia presente em seus estudos. Lukes relaciona algumas dificuldades inerentes à sua aplicação, como a inação, a inconsciência e a atribuição de poder à coletividade, mas defende a visão tridimensional, como aquela que reconhece o poder como um conceito "*inseparavelmente dependente de valor*", e que "*inevitavelmente envolve infinitas disputas sobre seu uso próprio, por parte de seus usuários*"; pressupondo que o engajamento em tais disputas "*é engajar-se a si mesmo na política*" (Lukes, 1980: 23).

Buscando um entendimento dos fenômenos abordados por essa investigação, a partir de critérios de significação, que possam ter facilitado o surgimento do "*novo*" na relação ensino x serviço, nos aproximamos da visão de Anthony Giddens, retratada por Lukes, que reconhece a existência de metas coletivas, advertindo que "*os valores por trás delas possam ser o resultado de*

uma “ordem negociada”, construída sobre conflitos entre partidos que têm poder diferencial” (Lukes,1980:25). Essa visão é também complementada pela visão de John Raws, através de Lukes, revelando que “as várias concepções de justiça (como as visões de poder), são o produto de certas noções de sociedade contra o fundo de visões opostas, das naturais necessidades e oportunidades da vida humana” (Lukes,1980:29).

A visão tridimensional do poder aponta ainda como fundamental, “o controle sobre a agenda política, e dos modos como as decisões potenciais são mantidas fora do processo político”, o que pode ser exercido “através de forças sociais e práticas institucionais” (Lukes,1980:17-19). Essa reflexão parece embasar uma relação importante que pode ter se estabelecido entre o ensino e o movimento sanitário, notadamente no segundo e terceiro períodos contemplados por essa investigação, configurando uma aliança na organização da agenda, no sentido de conquistar espaços de poder, na luta pela democratização da saúde e por um sistema único de saúde, democrático e descentralizado. Através dessa discussão, renovam-se também os programas de cursos e os processos de interlocução das Escolas, no interior do Sistema de Saúde.

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 desse trabalho, que resultaram numa estreita vinculação entre as Políticas e os Serviços de Saúde e o Ensino da Saúde Pública. Enquadrá-las nessa dimensão, não pressupõe minimizá-las, enquanto fontes possíveis de outras análises, pela complexidade dos processos que envolvem a sua implantação, mas valorizá-las enquanto 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, revelando 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.

Porque e Como se Modifica o Ensino da Saúde Pública no Período Estudado?

As múltiplas dimensões do ensino da Saúde Pública reveladas pelos resultados desse trabalho, refletem um conjunto de opções pedagógicas e políticas que contornam um ensino pautado pela sua dimensão estratégica em relação ao setor saúde, e que tem nas Escolas, um dos seus espaços de realização. Os programas e projetos são pontos de diálogo entre os contextos e os processos internos de suas equipes, e, externamente, funcionam como elos entre as Escolas e os elementos das conjunturas que incidem sobre seus objetos de intervenção.

Nesse sentido, é possível compreender que a organização do ensino *lato sensu* se relaciona

com elementos diversos, nesse período, 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 recorrem a modelos pedagógicos que conformam 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, para viabilizar as metas estabelecidas pelas políticas de Governo.

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 define um perfil de clientela dos cursos, também influencia 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 permite compreender que nenhuma das suas teorias, daria conta, isoladamente, da 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 adoção 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 enquanto 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 está 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 insere, através do PPREPS, estabelecendo suas metas e absorvendo o discurso do "investimento em capital humano" (Freitag, 1980:27), notadamente a partir da aprovação do 2º PND, cuja aprovação atrai recursos para a revitalização de algumas das suas instituições, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz.

O "papel dinamizador das estruturas" de Dewey e Mannheim (Freitag, 1980) parece mobilizar a formulação de estratégias, que depositaram no processo de formação e no papel das Escolas, uma expectativa de resolução de processos organizativos do setor, a exemplo da Secretaria de São Paulo e de outros Estados. Algumas instituições optavam por um programa de qualificação de seus quadros, através de seguidos 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, "os novos sanitaristas", através de uma "postura renovada" deveriam mudar a realidade. Para Dewey, "*o indivíduo se dispõe para novas ações depois*

de avaliar e reorganizar suas experiências” (Freitag,1980:17). Nessa perspectiva, os Cursos de Saúde Pública em suas diversas modalidades, seriam os espaços “organizadores” dessas experiências e os seus egressos, os “reformadores” necessários ao setor saúde, naquele momento.

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 e Nunes,1992:262), visão que está contraposta pelas investigações que 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 e 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, também presente no 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).

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), orientação fartamente encontrada na documentação correspondente aos projetos e processos de cursos da Faculdade de Saúde Pública, e nos projetos e relatórios da ENSP. 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.

Em que pese a importância de alguns dados dessa investigação, à luz das teorias da educação, como os que exemplificamos, não nos detivemos nesse caminho. A partir da realidade investigada, consideramos que era necessário superar *“ tanto o poder ilusório (que caracteriza as teorias não críticas), como a impotência (decorrente das teorias crítico-reprodutivistas)”* (Saviani,1994:41), permitindo, dessa forma, compreender a experiência dos 20 anos, a partir da opção formulada pelos educadores da época, em exercitarem suas programações, tomando como referência a superação do que estava estabelecido, construindo alternativas de modelos, na relação com experiências que se apresentavam com um potencial renovador das políticas de saúde da época, e fazendo da associação e da ocupação de espaços, uma prática política de reforço ao ensino.

Nessa direção, procuramos entender os resultados, a partir de uma configuração adquirida pelo processo educativo, permitindo uma construção de base técnica e política que tem a contradição como parte integrante do processo de sua constituição, nesse caso entendida não apenas *“como categoria interpretativa do real, mas também como sendo ela própria existente no movimento do real, como motor interno do movimento, já que se refere ao curso do desenvolvimento da realidade”* (Cury-

1995:30).

As estratégias com potencial renovador, a partir da segunda metade da década de 70, (Cursos Descentralizados, Residência em Medicina Preventiva e Social, PESES/PEPPE, Cursos de Nível Local) são construídas na *“tensão entre o já-sido e o ainda-não”* (Cury,1995:31), possibilitando o surgimento e a implantação do novo, e se interpondo enquanto possibilidade, à realidade existente na ENSP e na Faculdade de Saúde Pública, revisando as referências até então adotadas para a organização dos processos de ensino nessas Escolas.

A concepção de Cury parte do reconhecimento de que *“a contradição é destruidora, mas também é criadora já que se obriga à superação, pois a contradição é intolerável”* (Cury,1995:30).

Nesse sentido, parece exemplar, o depoimento que referiu a necessidade sentida pelos alunos do Curso de Saúde Pública da ENSP da turma de 1968 em mudar o perfil de sua formação, de um *“diplomata”* para um *“técnico voltado para as questões de saúde de sua comunidade”*. Esse mesmo movimento inquietou a Escola, nos anos 70, pela formação do sanitarista-administrador de serviços, requerido pelo Decreto Lei 200, seguindo-se a outras alternativas pedagógicas que também foram construídas ao longo da década, permitindo a incorporação no ano de 1980 da noção de *“Saúde Pública Como Prática Social”*, discussão que também passou a ocorrer no interior da ABRASCO, fornecendo aos sanitaristas dos serviços, um novo diferencial interpretativo para a intervenção na realidade social e de saúde.

A Escola que queria formar o diplomata é a mesma que *“quer formar o operário quanto à classe subalterna, o cidadão dócil e o operário competente”* (Cury,1995:62). Os projetos assumidos pela ENSP, a partir da segunda metade da década de 70, são a materialidade da rejeição do papel de Escola, como *“transmissora de conhecimentos apolíticos”* (Cury,1995:62) e são cultivados através de processos de articulação interna e externa, que abriam caminho para uma aliança entre novos (grupo de Campinas) e velhos (inquietos remanescentes da crise política anterior), no sentido da renovação.

O processo de expansão do ensino através do Programa de Cursos Descentralizados estende essa possibilidade para um grupo muito mais ampliado, 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 numa outra dimensão, pela possibilidade que esse projeto procura atingir, através da formação de técnicos, uma área menos permeável na época, ao discurso de renovação pelo público, representada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Seu processo de manutenção torna-se polêmico na década de 80, mantendo-se enquanto modelo crítico do sistema de saúde numa estratégia de apoio viabilizada com a interveniência da ABRASCO, em articulação com os Centros Formadores que participavam do colegiado do PAR.

O Programa de Cursos de Especialização de Sanitaristas de nível local, ministrado pela Faculdade de Saúde Pública, segue, em São Paulo, uma linha de expansão dos espaços de realização do processo educativo, adotada em 1975 pela ENSP, através dos Cursos Descentralizados, constituindo-se, na sua própria discussão, em elemento importante de acirramento das contradições existentes em torno da formação desses profissionais, no interior da Faculdade de Saúde Pública.

Ocorre que o novo projeto fornecia elementos para o estabelecimento de uma competição entre os critérios da Universidade, para o reconhecimento da atividade acadêmica de seus docentes, em contraposição às necessidades aportadas pelos serviços de saúde para a qualificação de seus recursos humanos. Os problemas de descontinuidade político administrativa ocorridos no âmbito da Secretaria de Estado, e as divergências sobre a manutenção do curso, no interior da Faculdade, favoreceram o término da experiência, com a manutenção do curso tradicional.

As experiências desenvolvidas na década de 80 permitem compreender a existência de uma lógica organizativa do ensino, sempre mediada por elementos de tensão existentes na fronteira do ensino com os serviços de saúde. O CEBES e a ABRASCO inserem-se como canais de problematização do ensino e de capacitação de docentes, passando a contar com a participação de múltiplos atores, o que também favorece à articulação entre os diversos programas.

Através de sucessivos seminários de avaliação dos cursos da categoria lato sensu, estabelece-se um canal permanente de revisão dos seus conteúdos e estratégias pedagógicas, contando para isso com a participação de representantes dos serviços de saúde (Secretários Estaduais), o que agrega 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 na ENSP e a implantação das Residências em Medicina Preventiva e Social em vários Centros de formação do país, permitiu a aproximação da Saúde Pública com a Medicina Social, possibilitando a ampliação da discussão acerca da assistência na Saúde Pública, sobre a relação do ensino médico com a organização dos serviços, sobre o conceito de coletivo e social, dentre outros, abrindo espaços para um realinhamento da formação. Foram incorporados Centros de Formação da área médica, na preparação de sanitaristas para os serviços de saúde, e na década de 80, essa atividade passa a contar, com a participação das Universidades, em programas de Residência ou em Cursos de Saúde Pública, no plano nacional.

As experiências examinadas permitem compreender uma articulação entre os elementos engendrados pelos mecanismos educacionais, com a totalidade, representada pelas políticas e práticas de saúde, como caminhos a serem conquistados, e portanto *“um campo aberto à ação”* (Cury,1995:83) A forma de organização adotada criou condições favoráveis para o surgimento de agentes pedagógicos (Cury,1995), 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.

Esse processo, também expresso no interior da luta política, 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, a estratégia das AIS e da 8ª Conferência mobilizam uma organização da atividade docente que converge para a construção de um novo sistema de saúde, onde a participação das Escolas também se evidencia. Na 8ª Conferência os docentes dessas Escolas participam através da disseminação de informações técnico-científicas (formulação de textos), nas relatorias e em palestras na Conferência e nas Pré-Conferências. Um dos docentes da ENSP, então Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, exerce a função de coordenador geral do

evento (Ministério da Saúde,1986).

As relações que passam a se estabelecer no interior do processo de ensino com o sistema de saúde permitem a recriação de suas práticas e de seus conteúdos, o que parece estar presente na diversificação de oportunidades de cursos identificados com a organização e crescente complexidade do sistema de saúde e na organização disciplinar que incorpora 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, em torno da formação em Saúde Pública, acompanhada de um movimento de composição e recomposição de práticas, que resultaram numa multiplicidade de instituições e de programas de ensino, organizados no interior do campo, que também se modifica no período.

Dessa forma, interrogar sobre o desenvolvimento de uma rede de formação em Saúde Pública no período estudado, implica na necessidade de refazer um caminho, onde a produção intensiva de fatos políticos, técnicos e científicos no âmbito da saúde, favoreceu a circulação de atores no interior do campo, o que poderia ter permitido sua conexão em posições favoráveis a um processo de enredamento.

Nesse sentido, vale recuperar a contribuição de Bourdieu que, a partir de algumas características que contornam os campos, aponta para a existência de um jogo de poder no seu interior, abrindo espaços para a entrada de novos atores (Bourdieu,1983). Esse mesmo autor, adverte que o **campo** é um lugar de lutas, que possuem alvos específicos e que *“o poder e o prestígio que elas perseguem é um tipo absolutamente particular”* (Bourdieu, 1990:172).

Alguns demonstram a existência de lutas políticas que se estabelecem no interior do Sistema de Saúde durante o período estudado, pela via do processo de publicização x privatização do setor, e que parecem ter-se constituído no recorte original, sobre o qual foram se produzindo as lutas e as conexões, ainda que se observe um ponto de partida no período investigado. Nessa fase, o Governo militar convive inicialmente com a crise econômica que potencializa a crise de gestão do setor da saúde e evidencia para o próprio Governo, a necessidade de criar alternativas ao modelo vigente, mantidas as regras estabelecidas pelas alianças de grupos de poder, dentro e fora do Estado, visando a constituição de um complexo médico-industrial.

A perspectiva da absorção de novos modelos, ainda que marginais, abre espaços para novas práticas técnicas, permitindo a abertura de um debate em torno das políticas de saúde, que passa a permear as discussões dos intelectuais, dos políticos e dos técnicos, posicionados contra ou a favor

de alterações mais profundas, do que aquelas assumidas inicialmente pelas políticas governamentais.

O ensino também é atingido pelas crises e reformas do Governo. Na dinâmica organizativa, destaca-se a reforma universitária e numa perspectiva de interferência no modelo de formação profissional, a reforma do ensino médico, que através da implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva, iniciam 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 existentes, formavam profissionais para uma Saúde Pública que já aparece questionada em alguns espaços do próprio Governo. Seu limite parece estar reconhecido nas formulações contidas no II PND, que, através de algumas diretrizes, sugere ações na área social, capazes de mobilizar estratégias que se configuram a partir de então, no interior de instituições, abrindo espaços e 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 estabelece entre o ensino e a prestação de serviços, com a participação de atores, que, se alinham no interior do campo, com a perspectiva de manter ou mudar as referências com as quais se desenvolve o ensino da Saúde Pública. Essa conjuntura, que se caracterizou pelo cerceamento das liberdades democráticas, vai possibilitando o surgimento de práticas políticas, contra ou a favor da manutenção do *status quo*, e, através delas, os grupos passam a atuar no seu campo específico, tendo 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, onde a ação coletiva e organizada dos trabalhadores no meio sindical, permitiu o deslocamento da cena para o pólo da prática política, estabelecendo um novo cotidiano onde *“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 movimento um novo sujeito social, que são os próprios movimentos sociais representados por indivíduos *“até então dispersos e privatizados”* e que *“passam a definir-se 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 onde essas cenas se desenvolvem não estabelece limites de campo, uma vez que a ação política parece se expressar, 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, possibilita agregar ao campo da saúde características de um movimento, que incorpora demandas da sociedade, permitindo a politização de temas que vinham sendo abordadas de modo oficialista e burocrático, nos limites das próprias experiências governamentais.

Os projetos que se constroem enquanto processos mobilizadores no interior do campo, favorecem 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 colocam 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 estabelece para responder, a uma expectativa da Escola, de “formar uma massa crítica” de sanitaristas a curto prazo. No seu processo de implementação, essa atividade expande-se como uma malha, onde vão sendo tecidos alguns fios, passando a cumprir um papel de elemento de reconfiguração da distribuição do ensino de Saúde Pública do país, permitindo ultrapassar os limites da formação de alunos, para interferir na organização do ensino, que merecem ser analisados.

Esse processo de implementação permite a incorporação crescente de outros grupos ligados à saúde e ao ensino, com atuação nos Estados, que vão tecendo novos fios e estabelecendo outras conexões. O “*laboratório restrito*”, que é representado pelos membros oficiais, constitui a base do programa em cada uma das instituições onde ele se implanta, e, nesse movimento, vai se transformando num “laboratório ampliado” envolvido numa “*cadeia de mediadores*” que conforma uma “*casca de porta vozes*”, que são 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 exame da série histórica dos cursos descentralizados, nesse período, permite visualizar a diversificação das instituições que se associam com a ENSP, tendo um convênio como mecanismo de formalização de uma parceria, aqui conceituada como a formalização de uma associação entre pessoas, grupos ou instituições heterogêneas, visando um determinado objetivo, que se realiza através de sucessivas operações de tradução entre os membros envolvidos em relações assimétricas.

A análise dos dados coletados sobre os cursos descentralizados no período, permite visualizar os conceitos de densidade e centralidade de Vinck, considerando que a relação ENSP/Estados tem densidade variável de ano para ano, mas se mantém, enquanto fenômeno, durante todo o período. Parece também claro o papel central da ENSP, em relação aos Estados, o que pode ser observado nos procedimentos de chancela aos projetos, monitoramento da atividade acadêmica através de Seminários de Avaliação e relatórios (curso a curso), e na emissão de documento de titulação dos sanitaristas, após cumprido o programa e o ritual acadêmico, previstos no projeto previamente aprovado pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da Escola.

A partir dessa formalização, podemos compreender a ENSP como um laboratório “capaz de deslocar fenômenos, assim como exportar e deslocar produtos científicos” (Vinck, 1992:97).

No conceito de porta-voz apresentado por Teixeira, estão incluídos elementos não humanos que encontramos presentes nos espaços de circulação do Programa de Cursos Descentralizados, atuando como recursos alimentadores dos projetos. Nessa categoria, é possível identificar textos que circulam nas referências bibliográficas constantes dos relatórios de cursos, as competências colocadas à disposição das atividades, a exemplo dos docentes, coordenadores e corpo administrativo dos cursos, além dos artigos e teses que circulam no seu interior.

As verbas também fazem parte da classificação de porta-vozes de Teixeira; nos cursos descentralizados; sua referência compõe o plano de aplicação dos projetos com a participação da Fiocruz, nos primeiros anos. Posteriormente os cursos descentralizados mantêm sua relação técnica com a ENSP, mas seu financiamento passa a ser feito diretamente pelos Estados. Adotamos a classificação de Teixeira para localizar os porta-vozes da rede de cursos, e entendemos que a sua dinâmica se dá conforme referência Callon, quando discute essa idéia, a partir da representação, assim mencionada: “*todos os bens sobre os quais um laboratório age, mobiliza, transforma e fabrica, constituem, qualquer que seja a categoria à qual ele pertença, porta-vozes ou representantes que, logo que são mobilizados mobilizam com eles todos os atores humanos ou não humanos*” (Callon, 1989:22).

Parece claro que o espaço da rede incorpora movimentos, iniciativas, polêmicas, e exercícios de liderança, onde os atores se constroem, interagem e se diferenciam. Na relação entre laboratório restrito e laboratório ampliado, alguns atores se movem, emprestando densidade e mobilidade à dinâmica das relações. Trata-se do ator rede, elemento que para Oliveira, “*permite operar deslocamentos de simples análises locais para questões macro sociais 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*” (Oliveira, 1997:26).

Nessa perspectiva entendemos a ENSP como um ator rede, que através da atividade de formação de sanitaristas, decide emprestar densidade às iniciativas que conformam o Programa de Cursos Descentralizados. Enquanto ator rede, chancela um modelo de formação, que se traduz no laboratório ampliado, e que se expressa 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, no interior do qual se processaram mudanças significativas do ponto de vista da produção do conhecimento e da configuração do ensino, permitindo o aprofundamento de propostas de profissionalização para os serviços de saúde, onde a ENSP e a Faculdade de Saúde Pública se colocaram com contribuições diferenciadas.

Enquanto protagonistas desses processos, as Escolas consideradas interagiram com outros atores, que foram atraídos para esse campo por múltiplas motivações, e numa atuação técnico-

política 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, favorecendo ao 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 e ponto de chegada, finalmente alcançado pela Lei 8080, em 1990.

A análise dos dados possibilitou a reconstituição de múltiplas formas de expressão do ensino da Saúde Pública e do movimento das Escolas, no período estudado, permitindo as seguintes conclusões:

- A participação dos Centros Formadores, em atividades ligadas à formulação de políticas para o setor saúde revela-se através do movimento de renovação da Saúde Pública, que no Brasil tomou a denominação de Saúde Coletiva, mediada pelo CEBES e pela 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, mas pode-se concluir que os conteúdos e as características das clientelas dos cursos de especialização selecionados, passaram por modificações, durante as duas décadas, correspondendo às fases de implantação do Sistema de Saúde.
- As políticas de Governo do período foram estimuladoras de novas propostas de ensino da Saúde Pública, e, nos seus processos de implementação incorporaram a participação de técnicos em projetos inovadores, no âmbito dos serviços e nas academias, permitindo a circulação de equipes e de interesses, entre as duas esferas. Numa atuação marcada por ações de natureza técnica e política, os projetos adquiriram relevância, e contribuíram para a atualização do ensino e das políticas, nesse campo de saber.
- A experiência do Programa de Cursos Descentralizados da ENSP produziu uma modificação substantiva no campo da Saúde Pública através da expansão do ensino às diversas regiões do país, a partir de 1975, estabelecendo novas relações das Escolas com os Serviços de Saúde.
- A atividade de qualificação de recursos humanos para a estruturação de determinados serviços de saúde, no período estudado, mobilizou a formulação de projetos inovadores no âmbito das Escolas de Saúde Pública, dando-lhes um novo significado enquanto Centros Escolares.
- A relação entre a Saúde Pública e a Medicina Social possibilitou o surgimento de uma nova forma de ensinar Saúde Pública.
- Uma relação efetiva do ensino de Saúde Pública com determinados serviços de Saúde favoreceu 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.
- O jogo de poder no interior das Organizações de Saúde e das Escolas, possibilitou o surgimento de apoios e oposições, gerando uma tensão produtiva, de onde emergiram projetos e atores, que adquiriram relevância no cotidiano dessas mesmas Organizações.
- O ensino de Saúde Pública tornou-se reconhecido por alguns serviços de saúde, quando foi capaz de gerar e de acolher projetos que deram tratamento às demandas por eles formuladas.

- As Escolas se fortalecem quando são capazes de estabelecer conexões com projetos e grupos identificados com seus objetivos, nos serviços de saúde ou em outras instituições congêneres.
- A estratégia de atuação em rede de cursos e Escolas, permite o aperfeiçoamento das estratégias de ensino, favorece o surgimento de parcerias e a atuação de porta vozes, aumentando a capacidade de alcançar resultados em projetos expansivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. 1982. A Experiência de Descentralização dos Cursos de Saúde Pública. (UCHOA e PAIM). *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 1 pp. 23-41.
- , 1982. Desenvolvimento Teórico Conceitual do Ensino em Saúde Coletiva. (PAIM). *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 1 pp. 5-19.
- , 1982. A Experiência do Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública. PAR-MS/MP/SP. (BUSS). *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 1 pp. 55-67.
- ABRASCO. 1983. V Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública da ENSP, 1980-1981. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 2, pp. 123-133.
- ABRASCO. 1984. VI Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública Descentralizados. Relatório. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 2 pp. 231-247.
- , 1984. Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social. Informe

- final. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 2 pp. 107-109.
- ABRASCO. 1988. Relatório Final do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária. Estudos de Saúde Coletiva, pp. 125-155. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- . 1988. Relatório Final do VII Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública. Estudos de Saúde Coletiva, pp. 143-155. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- AGOSTINHO, Santo. 1984. Acerca da Doutrina Cristã. In: *Textos de Hermenêutica*. (Rui Magalhães, Org) pp 35 - 111. Portugal: Rés.
- BORDIEU, P. 1990. O campo intelectual: um mundo a parte. In: *Coisas Ditas*.(Bourdieu, P., org) pp. 169-180, São Paulo: Ed. Brasiliense.
- . 1983. Algumas propriedades do campo. In: *Questões de Sociologia*. (Bourdieu, P., org) pp. 89-94, Rio de Janeiro: Marco Zero.
- BRASIL. 1971. I Plano Nacional de Desenvolvimento-PND 1972/1974, pp. 7-75. Rio de Janeiro: Gráfica da Fundação IBGE.
- BRASIL. 1974. II Plano Nacional de Desenvolvimento-PND 1975/1979, pp. 15-145. Rio de Janeiro: Gráfica da Fundação IBGE.
- BRASIL. 1967. Decreto Lei 200. Lei 5540. Diário Oficial da União. 25/02/1967.
- BRASIL, MS/MEC/OPAS. 1975. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde. Brasília, D.F.
- BRASIL. 1976. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento no Nordeste. Instituto de Planejamento Econômico e Social - Centro Nacional de Recursos Humanos.
- BRASIL. 1988. Da seguridade social. In: Constituição da República Federativa do Brasil. art. 196-200. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia.
- BRASIL/MS. 1982. Portaria Ministerial 33062, de 23 de agosto de 1982. Cria o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde.
- CALLON, M. 1989. Introducion. In: *La Science et Ses Reseaux* (Michel Callon org). pp. , Paris: Ed. La Découverte.
- CEBES. 1992. Revista Saúde em Debate, n. 36, p. 2. Londrina-PR.
- CURY, C. J. 1995. Educação e Categorias. In: *Educação e Contradição*, pp. 53-85. São Paulo: Cortez.
- . 1995. Componentes Básicos do Fenômeno Educativo. In: *Educação e Contradição*, pp. 87-120. São Paulo: Cortez.
- . 1995. Conclusão. Limites e Possibilidades. In: *Educação e Contradição*, pp. 121-134. São Paulo: Cortez.
- CORDEIRO, H. 1991. A Estratégia de Mudança. In: *Sistema Único de Saúde*, pp. 53-76. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda.
- . 1991. O Debate. In: *Sistema Único de Saúde*, pp. 77-88. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda.
- . 1991. O SUDS. In: *Sistema Único de Saúde*, pp. 91-104. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda.
- . 1991. Os Anos 86-87. In: *Sistema Único de Saúde*, pp. 105-118. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda.
- . 1991. A Luta pelo SUS. In: *Sistema Único de Saúde*, pp. 119-138. Rio de Janeiro:

- Ayuri Editorial Ltda.
- COUTINHO, U. 1980 . A Pós-Graduação na Escola Nacional de Saúde Pública, 11 p. ENSP. Rio de Janeiro. (mimeo).
- DE BRUYNE, P; Herman, J; De Schoutheete, M. 1977. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Os pólos da prática metodológica*, pp. 23-245. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S. A.
- DONNÂNGELO, C. 1983. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil - a década de 70. In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, 2:19-35.
- FLEURY, S. 1995. Introdução. In: *A Utopia Revisitada*. (FLEURY, Org.), pp. 13-18. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- FLEURY, S. 1997. Introdução. In: *Saúde e Democracia. A Luta do CEBES*, pp. 07-08. S. Paulo. Lemos Editorial.
- FREIRE, P. 1979. Pedagogia do oprimido, pp. 63-87. Rio de Janeiro: Paz e Terra
- FREITAG, B. 1980. Quadro Teórico. In: *Escola, Estado e Sociedade*, pp. 15-43. São Paulo: Editora Moraes.
- GIOVANELLA, L. 1991. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, v. VII, p. 1, jan/mar.
- GOULART, F. 1996. O Movimento Municipalista de Saúde, a Conjuntura Política e as Políticas de Saúde. In: *Municipalização: Veredas, Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*, pp. 15-32. Rio de Janeiro: ABRASCO - CONASEMS.
- GRUPPI, L. 1980. Os cadernos do Cárcere. In: *O Conceito de Hegemonia em Gramsci* (GRUPPI, L. Org.), pp. 65-82, São Paulo: Graal. 2ªEd.
- KONONOVICH, B; SAÍDÓN, O. 1991. Conceptualizaciones acerca del dispositivo. In: *La Escena Institucional*, pp. 33-53. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- LUKES, Steven. 1980. O Poder, uma visão radical. **Cadernos da UNB**. UNB, pp. 7-57. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- LUZ, M. T. 1981. Estratégia de hegemonia e instituições médicas. In: *As Instituições Médicas no Brasil. Instituição e Estratégia de Hegemonia*. (LUZ, M. T, Org.), p.p. 13-220, Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda.
- MARSÍGLIA, R. G. 1995. Relação Ensino/Serviços. Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil, pp. 21-118. São Paulo: Ed. Hucitec.
- MINAYO, M. C. S. 1992. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec - ABRASCO.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. Política de Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde. Conferência proferida por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília. 05 a 08/08/1975. Cadernos RH Saúde. Brasília-DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. Princípios Norteadores do Sistema Único de Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, pp. 9-10. Ministério da Saúde. Brasília-DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1996. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, pp. 13-36. Brasília-DF.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1997. Coletânea de Atos e Nomeações de Ministros de Estado da Saúde. Ministério da Saúde-MS. Brasília-DF.
- MULLER, J. S. 1992. Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus Atores. **Cadernos da Nona**. v. 1, pp. 43-59. Brasília-DF.
- NUNES, T. C. M; TEIXEIRA, M. O. 1996. Formando técnicos e mobilizando aliados: a trajetória do politécnico da saúde. In: *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas* (EPSJV, org), pp. 207-222, Rio de Janeiro: Educação FIOCRUZ.
- OLIVEIRA, J. ; FLEURY, S. 1986. Clímax da crise: Transparência da Estrutura de Poder (1980-1983). In: *(Im) Previdência Social. 60 anos da Previdência Social no Brasil*. pp. 269-335, Rio de Janeiro: Vozes - ABRASCO.
- OLIVEIRA, J. ; FLEURY, S. 1986. Crise e Reformas. In: *(Im) Previdência Social. 60 anos da Previdência Social no Brasil*. pp. 235-268, Rio de Janeiro: Vozes - ABRASCO.
- OLIVEIRA, M. A. 1997. *A teoria do Ator-Rede: um framework para os estudos da tecnociência*. 46p, RJ. mimeo.
- OMS/UNICEF. 1979. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional ALMA-ATA. Brasília, D.F.
- PAIM, J. S. 1986. A formação de recursos humanos em saúde coletiva. In: *Saúde, Crise e Reforma*, pp. 107-129, Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia.
- 1986. Ações Integradas de Saúde (AIS): Porque não dois passos atrás. In: *Saúde, Crise e Reforma*, pp. 185-250. Salvador - BA: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia.
- 1986. Desenvolvimento Teórico Conceitual do Ensino em Saúde Coletiva. In: *Saúde, Crise e Reforma*, pp. 43-64. Salvador - BA: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia.
- PAIM, J. S. 1990. A democratização da Saúde e o SUDS: O caso da Bahia. **Saúde e Debate**, Londrina-PR, n. 27: 5-11.
- PAIM, J. S. 1994. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. pp. 1-80, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.
- PAIM, J. S; NUNES, T. C. M. N. Contribuições para um Programa de Educação Continuada. Cadernos de S.Pública.V.8.nº 03. pp.263. Rio de Janeiro. Julho a setembro. 1992
- PESES. 1978. Programa de Estudos Sócio-econômicos em Saúde (PESES): Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva. Relatório de Pesquisa, pp. 13-43. Rio de Janeiro.
- RIBEIRO, M. L. 1987. O Modelo Nacional Desenvolvimentista com base na industrialização. In: *História da Educação Brasileira. A Organização Escolar*, pp. 113-171. São Paulo: Cortez - Editora Autores Associados.
- RODRIGUES NETO, E. 1977. A via do Parlamento. In: *Saúde e Democracia. A Luta do CEBES*, pp. 63-91. São Paulo: Lemos Editorial.
- SADER, E. 1988. Prefácio. In: *Quando Novos Personagens Entraram em Cena*. pp. 9-16. São Paulo: Ed. Paz e Terra.
- 1988. Idéias e Questões. In: *Quando Novos Personagens Entraram em Cena*. pp. 25-60. São Paulo: Ed. Paz e Terra.
- SANTOS, R. C. N. 1995. A história do Projeto Montes Claros. In: *A Utopia Revisitada*. pp. 21-79.

- (FLEURY, Org.). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- SAVIANI, D. 1994. As Teorias da Educação e o Problema da Marginalidade. In: *Escola e Democracia*. pp. 15-101. Campinas: Mercado das Letras.
- SEIXAS, J. C. 1972. Previsão da Capacidade de Compromisso da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo através da Aplicação da "Técnica de Programação do Setor Público". Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- STEPAN, N. 1976. Da soroterapia à pesquisa: ciência e política no Brasil, 1903 - 1908. In: *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira*, pp. 83-100, Rio de Janeiro: Artenova/FIOCRUZ.
- TEIXEIRA, C. F. 1982. *Educação em Saúde: Contribuição ao Estudo da Formação dos Agentes da Prática de Saúde no Brasil*. Tese de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.
- TEIXEIRA, M. O. 1994. *Relações de Parceria do CEPEL com Universidades e Centros de Pesquisas: Uma análise Sócio-Técnica*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- TEIXEIRA, M. O. 1997. Uma análise sócio-técnica nas relações de parceria entre centros de pesquisa e a construção de tecnologias no setor energético. 23 p. Rio de Janeiro. (mimeo).
- TESTA, M. 1992. Qual ciência? In: *Pensar em Saúde*, pp. 30-114, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas - ABRASCO.
- TESTA, M. 1992. Tendências em Planejamento. In: *Pensar em Saúde*, pp. 89-128, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas - ABRASCO.
- TESTA, M. 1997. Analisis de Instituciones Hipercomplejas. In: *Agir em Saúde: um desafio para o público*. pp. 17-70, São Paulo - Buenos Aires: Hucitec - Lugar Editorial.
- TESTA, M. 1997. Pensamiento Estratégico. In: *Saber en Salud. La construcción del conocimiento* (Testa, M, org), pp. 47-114, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- TRIVIÑOS, A. N. S. 1987. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas.
- VILAÇA, E. 1994. O processo social de distritalização da Saúde. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas Sanitárias no Sistema Único de Saúde*. (Vilaça, Org.). pp. 93-158, São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO.
- VINCK, D. 1992. Itinéraires Praxeologiques en Science. In: *Politique de la Science et de la Technologie. Du Laboratoire Aux Reseaux. Le Travail Scientifique en Mutation*. pp. 21-103, Bruxelas: Commission des Communautés européennes.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABRASCO. 1982. Relatórios Finais dos Grupos de Trabalho do Curso “Ensino da Saúde Pública”, realizado em julho de 1981.
- . 1982. Relatório Final do I Fórum Nacional sobre Residência em Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública, pp. 95-126.
- ABRASCO. 1984. I Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva: Relatório. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, pp. 251-255.
- . 1984. II Fórum Nacional de Residências em Medicina Preventiva e Social: Relatório, pp. 191-205.
- . 1984. Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores em Planejamento de Saúde: Relatório, pp. 161-167.
- . 1984. Grupo de Trabalho sobre Avaliação e Proposta para os Cursos de Saúde Pública - 1984: Relatório, pp. 113-140.
- . 1984.
- ABRASCO. 1986. I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia, **Estudos de Saúde Coletiva**. n. 4, pp. 93-105.
- . 1986. Seminário sobre perspectivas da epidemiologia frente a reorganização dos serviços de saúde. **Estudos de Saúde Coletiva**, n. 4, pp. 111-124.
- . 1986. Situação atual do Ensino e da Pesquisa da Epidemiologia na Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Comissão Organizadora do IRNEP em Epidemiologia, **Estudos de Saúde Coletiva**, pp. 53-68. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- . 1986. Pesquisa em Saúde Coletiva. **Estudos de Saúde Coletiva**, pp. 41-50.
- ABRASCO. 1988. *A produção científica na área da saúde coletiva no Brasil. 1984-1988.*, 14 p. Caxambu, MG. (mimeo).
- ABRASCO. 1988. *II Seminário de Avaliação. Documento Preliminar - Subsídios para Avaliação*, 27 p. Caxambu, MG. (mimeo).
- ABRASCO. 1994. *Projeto Integrado de Pesquisa. Avaliação da Pós-Graduação “Stricto Sensu” em Saúde Coletiva no Brasil*. 96 p, RJ. (mimeo).
- ALMEIDA FILHO, N. & PAIM, J. S. 1995. *A Saúde Coletiva e a “Nova Saúde Pública”: novo paradigma ou velha retórica*. 39 p, BA. mimeo.
- ALMEIDA FILHO, N. 1997. *Novos paradigmas em saúde: tentativas de aplicação*. 15p. Salvador. (mimeo)
- ANSART, P. 1978. Ideologias, Mecanismos, Instituições. In: *Ideologias, Conflitos e Poder* (Ansart, P. org), pp. 75-88. RJ: Editora Zahar.
- AROUCA, A. S. 1975. *O Dilema Preventivista: Contribuição para Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.
- BERTOLLI FILHO, C. 1996. Na República o Brasil “Civiliza-se”. In: *História da Saúde Pública no Brasil*, pp. 16-29. São Paulo: Editora Ática.
- BORDIEU, P. 1990. O campo intelectual: um mundo a parte. In: *Coisas Ditas* (Bourdieu, P., Org) pp. 169-180. SP: Ed. Brasiliense.

- BRAGA, E. 1984. A figura do educador. In: *O Pensamento de Ernani Braga* (Braga. E.,org) pp. 3-51, vol. 1. RJ: Ed. PEC/ENSP.
- BRASIL/MS. 1982. Portaria Ministerial 33062, de 23 de agosto de 1982. Cria o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde.
- BRASIL/MEC. 1981. Programa de Integração docente-assistencial - IDA. Série Cadernos de Ciências da Saúde, n. 3, Brasil, D. F.
- BRASIL/MS. 1986. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.430. Brasília, DF.
- BRITO, P. 1997. Reformas setoriales, trabajo en salud y gestión de recursos humanos. In: *Educación Permanente de Personal de Salud. La gestión del trabajo - aprendizaje en los servicios de salud*, pp. 101-139. OPAS - Representación de Honduras: (Jorge Haddad Q. e Elia Beatriz Pineda - Editores).
- BRITTO, J. 1996. *Redes de firmas: modus operandi e propriedades internas dos arranjos inter-industriais cooperativos*, pp. 42.RJ. (mimeo).
- CALLON, M. 1989. Introducion. In: *La Science et Ses Reseaux* (Michel Callon org). Paris: Ed. La Découverte.
- CAMPOS, F. E; GIRARDI, S.N. 1984. Caracterização dos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social no Brasil. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil; pp. 41-57. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- CANDEIAS, N. M. F. 1984. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945. *Revista de Saúde Pública*, 18:2-60.
- CARVALHO, A. I. 1996. Da saúde pública às políticas saudáveis - saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1: 104-121.
- CARVALHEIRO, J. R. 1984. Medicina preventiva e social: o ponto de vista da universidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 8.2: 112-126.
- COSTA, M. G. S. 1988. *A Prática e a Formação do Sanitarista: O Caso de Alagoas 1979 - 1986*. Tese de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.
- COSTA, N. R. 1992. *Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde*. nº 2, pp. 125-147, RJ: Ed. Casa de Oswaldo Cruz.
- ELIAS, P. E; MARSÍGLIA, R; GONÇALVES, R. B. 1988. Contribuições para o debate sobre residência em medicina preventiva e social no Brasil. In: *Estudos de Saúde Coletiva*. 5:27-46. Rio de Janeiro.
- ESCOREL, S. 1995. Projetos Montes Claros - palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: *Projeto Montes Claros, a Utopia Revisitada* (S.T.Fleury, org) pp. 129-164, Rio de Janeiro: Editora ABRASCO.
- FOUCAULT, M. 1974. *Origens da Medicina Social*. 2a Conferência, 22p. RJ. mimeo
- GARCIA, J. C. 1972. Analisis de la educación médica en la América Latina - In: *La Educación Médica en América Latina*, pp. 1-14., Washington. OPAS.
- . 1972. El proceso de enseñanza. In: *La Educación Médica en América Latina*, pp. 15-17, Washington, OPAS.
- GIL, A. C. 1995. O Relatório da Pesquisa. In: *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, pp. 191-207. São Paulo: Editora Atlas S.A.

- , 1995. Os Métodos das Ciências Sociais. In: *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, pp. 27-42. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- GONÇALVES, R. B. 1994. Tecnologia do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. In: *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, pp. 125-200. São Paulo: Hucitec - ABRASCO.
- HOCHMAN, G. 1994. A Ciência entre a Comunidade e o Mercado: Leituras de Kuhn, Bourdieu, Knorr Cetina e Latour. In: *Filosofia, História e Sociologia das Ciências*. (PORTOCARRERO, oRG.), pp. 199-232. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- IRIART, C; NERVI, L; OLIVIER, B; TESTA, M. 1994. Los ejes temáticos de la concepción sanitarista. In: *Tecnoburocracia Sanitária: Ciência, Ideologia y Profesionalización en la Salud Pública*. pp. 74-141, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- , 1994. Reflexiones Preliminares. In: *Tecnoburocracia Sanitária: Ciência, Ideologia y Profesionalización en la Salud Pública*. pp. 11-31, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- , 1994. Surgimiento de la política de formación de recursos humanos en salud pública en Argentina. In: *Tecnoburocracia Sanitária: Ciência, Ideologia y Profesionalización en la Salud Pública*. pp. 33-47, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- LABRA, M. E. 1985. O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Tese defendida na Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.
- LABRA, M. E; VANSTRALEN, C; SCOCHI, M. J. 1988. A especialização em saúde pública no Brasil no período 1982 - 1986. **Estudos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 5:47-96.
- LATOUR, B. 1989. Joliot: l'histoire et la physique Mêlées. In: *Elements l'histoire des Sciences* (SERRES, Michel, Org.), pp. 1-24, Paris: Ed. Bordas.
- LAW, J & Lodge, P. 1984. *Science for Social for Scientists*. London: Ed. Macmillan Hess London.
- LUCKESI, C. C; BARRETO, E; COSMA, J; BAPTISTA, N. 1984. Universidade, criação e produção de conhecimento. In: *Fazer Universidade: Uma Proposta Metodológica*. pp. 29-44, SP: Ed. Cortez.
- MACHADO, C. J. S. 1991. Cientista e Engenheiros em Ação: Um Perfil da Antropologia das Ciências e das Técnicas de Bruno Latour. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MANNHEIM, K. 1977. Ideologia e utopia. In: *Ideologia e Utopia*. pp. 81-124. Rio de Janeiro. Editora Zahar.
- MARSÍGLIA, R. G. 1995. Relação Ensino/Serviços. *Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. SP: Ed. Hucitec.
- MAYER, A. C. 1987. A importância dos "quase-grupos" no estudo das sociedades complexas. In: *Antropologia das Sociedades Contemporâneas* (B.F.Bianco, org), pp. 127-133, SP: Ed. Global Universitária.
- MELLO, C. G. 1981. O Sistema de Saúde em Crise. *Coleção Saúde em Debate*. SP: CEBES. Hucitec.
- MERHY, E. E. 1997. A Rede Básica como uma Construção de Saúde Pública e seus Dilemas. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*, pp. 197-266. São Paulo - Buenos Aires: Hucitec - Lugar Editorial.

- MINAYO, C. 1997. A pós-graduação em saúde coletiva - um projeto em construção. Mimeo, 29 p. Rio de Janeiro - RJ.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1980. Seminário Nacional de Avaliação e Perspectivas de Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados. "A Perspectiva Institucional de Formação em Saúde Coletiva no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1981. Programa do Curso Prático - Nível Nacional. Programa Ampliado de Imunizações-PAI. Rio de Janeiro: ENSP-MS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1987. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documento II, pp. 5-26. Brasília-DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1991. 7ª Conferência Nacional de Saúde. Anais. Ministério da Saúde-MS. Brasília-DF.
- MORIN, E. 1984. Problemas de uma epistemologia complexa. In: *O Problema Epistemológico da Complexidade*, pp. 13-34. Lisboa: Ed. Publicações Europa - América, Biblioteca Universitária.
- MORIN, E. 1993. A construção da sociedade democrática e o papel da educação e do conhecimento para formação do imaginário do futuro. In: *Construtivismo Pós Piagetiano*. (Esther P. Grossi & Jussara Bordin, org). pp. 11-25. Petrópolis: Ed. Vozes.
- NOVAES, R. L. 1988. *Reflexões sobre a delimitação do campo da saúde coletiva.*, 6p. Caxambu, MG. mimeo
- NUNES, E. D. 1985. Juan Cesar Garcia entrevista Juan César Garcia. In: *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas* (NUNES, E, D. Org.) pp 21-28, Brasília: OPAS.
- , 1985. Tendência e perspectivas das pesquisas sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas*. (NUNES, E, D. Org.) pp. 31-79, Brasília: OPAS.
- , 1985. Tendências e Perspectivas da Pesquisas em Ciências Sociais na América Latina: uma visão geral. In: *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. (NUNES, Org.). pp. 31-71. Brasília-DF: OPAS.
- NUNES, E. D. 1995. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Conferência apresentada na reunião sobre Residência em Medicina Preventiva e Social. 23 p. São Paulo: ABRASCO. (mimeo).
- NUNES, E. D. 1993. *Saúde Coletiva: uma trajetória em questão. Refletindo sobre a Produção Científica no Campo das Políticas de Saúde*, 16 pp., RJ.(mimeo).
- NUNES, T. C. M. 1996. A Formação de Recursos Humanos: Algumas Anotações referenciadas pela constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, pp. 53-58. Londrina-PR: CEBES.
- NUNES, T. C. M; CAMPOS, F; & TELLES, J. L. 1994. Modalidades de Formação em Saúde Coletiva. *Relatório da oficina de trabalho realizada no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Saúde, o Feito por Fazer*, 15 p. Recife.(mimeo).
- NUNES, T. C. M; TEIXEIRA, M. O. 1996. Formando técnicos e mobilizando aliados: dez anos da trajetória do Politécnico da Saúde. In: *Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: Desafios e Perspectivas*. (EPSJV, org) pp. 207-222, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- OLIVEIRA, M. A. 1997. *A teoria do Ator-Rede: um framework para os estudos da tecnociência*. 46 p, Rio de Janeiro. (mimeo).
- OPAS. 1972. Plan Decenal de Salud para las Americas. Informe Final de la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 1992. Una iniciativa OPS-OMS, reflexiones iniciales. In: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para El Debate*. pp. 3-53; 57-229, Washington D. C. USA. OPAS.
- PAIM, J. S. 1985. *Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. 28 p. Salvador - BA. (mimeo).
- PAIM, J. S. 1986. *Medicina Preventiva e Social no Brasil*. In: *Saúde, Crise e Reforma*, pp. 29-41. Salvador - BA: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia.
- 1986. *O Movimento pelo Planejamento de Saúde da América Latina*. In: *Saúde, Crise e Reforma*, pp. 65-103. Salvador - BA: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia.
- PAIM, J. S. 1997. *Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira*. In: *Saúde e Democracia. A Luta do CEBES*, (FLEURY, Org.), pp. 11-24. São Paulo: Lemos Editorial.
- PAIM, J. S., 1990. *A democratização da Saúde e o SUDS: o caso da Bahia*. *Revista Saúde em Debate*. nº 27. pp 5-11, PR.
- PEÇANHA, A. M. M. 1976. *Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP. Um estudo de desenvolvimento institucional*. *Revista da Fundação SESP*. Tomo I. nº 1. pp. 63-115, RJ.
- PINHEIRO, T. X. 1992. *Saúde Pública, Burocracia e Ideologia: um estudo sobre o SESP (1942-1974)*. Tese de mestrado defendida no Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 173 p. Natal-RN.
- POLANCO, X. 1990. *Une science-monde: La mondialization de la science européenne et la création de tradition scientifiques locales*. In: *Naissance et Développement de la Science Monde. Production et reproduction des Communautés Scientifiques en Europe et en Amérique Latine*, (Polanco, X., org) pp. 10-52, Paris: Ed. La Découverte-Conseil de L'Europe/UNESCO.
- SAVIANI, D. 1988. *Política e Educação no Brasil*. São Paulo: Ed. Cortez - Autores Associados.
- SCHRAIBER, L. B. 1996. *Ciência, Trabalho e Trabalhador em Saúde: Contribuições de Ricardo Bruno Mendes gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos*. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, n. 14, pp. 07-09. Londrina-PR.
- SIUSSUKÁLOU, B., I. & Col, 1986. *Materialismo dialético*. In: *Fundamentos Metodológicos e Métodos do Estudo da Filosofia*, p.p. 03-79, Moscou: Editora Progresso.
- STEIN, E. 1993. *Aspectos filosóficos e sócio-antropológicos do construtivismo pós-piagetiano - II*. In: *Construtivismo Pós-Piagetiano - Um novo Paradigma sobre Aprendizagem*. (GROSSI & BORDIN, Org.) pp. 35-42. Petrópolis: Ed. Vozes.
- 1987. *Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre o método em filosofia*. In: *Dialética e Hermenêutica*. (STEIN, org.). Porto Alegre: LPM

- SZKLO, F. 1988. *Uma Avaliação e Perspectiva do Programa de Saúde Coletiva.*, 16 p. Caxambu, MG. mimeo
- TARRIDE, M. 1995. Complejidad y sistemas complejos. In: *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. II:46-66.
- TEIXEIRA, A. 1976. Valores proclamados e reais nas instituições escolares brasileiras. In: *Educação no Brasil: Textos Seleccionados*. pp. 7-27. Brasília: MEC Editora.
- TEIXEIRA, M. 1996. *Algumas considerações sobre o papel das relações de parceria entre centros de pesquisa e a construção de tecnologias no setor energético*. 19 p., RJ.(mimeo)
- TEIXEIRA, M. O. 1994. *Relações de Parceria do CEPEL com Universidades e Centros de Pesquisas: Uma análise Sócio-Técnica*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: COPPE/ Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- TERRIS, M. 1987. *O Mundo necessita de escolas de Saúde pública*, 2p. sl. (mimeo)
- VASCONCELLOS, M.P.C., 1995. Os (des) caminhos da saúde pública. In: *Memórias da Saúde Pública. A fotografia como testemunha*. (Vanconcellos, M., org) pp. 83-101, SP - RJ: Ed. Hucitec - ABRASCO.
- USP - FSP. 1994. Catálogo de Cursos de Pós-Graduação. FSP. Série 3. São Paulo.

ANEXOS

ANEXO I

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA FSP - SP

1970

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Planejamento do Setor Saúde	Elementos de Administração Elementos de Ciências Sociais Elementos de Contabilidade Elementos de Economia Elementos de Estatística Introdução ao Planejamento Técnica de Programação Local Técnica de Programação do Setor Público Técnica de Programação de Investimentos Técnica de Programação Orçamentária Temas Complementares Seminários de Revisão Final
Curso de Saúde Pública para Médicos	OBRIGATÓRIAS GERAIS: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Aplicadas Estatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Fundamentos de Saneamento do Meio Educação em Saúde Pública Educação Moral e Cívica Trabalho de Campo Multiprofissional OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Higiene Materno Infantil Higiene da Criança Higiene Materna Doenças Infecto-parasitárias (Leprologia, Tisiologia, Venereologia, DIP) Endemias parasitárias e epidemiologia de moléstias transmissíveis Nutrição em Saúde Pública Noção de higiene do trabalho Administração Hospitalar Administração Sanitária II Administração Sanitária III Planejamento em Saúde Pública Microbiologia Aplicada II Bacteriologia Sanitária I Estágio Especializado + OPTATIVAS: Dinâmica de grupo Técnica de Pesquisa Bibliográfica Higiene Materna Higiene do Trabalho Venereologia II Leprologia II DIP - II Laboratório de Comunicação Audiovisual Aspectos Médicos de Higiene do Trabalho Estudo orientado

1970 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Engenheiros</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Aplicadas Estatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Fundamentos de Saneamento do Meio Educação em Saúde Pública Educação Moral e Cívica Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Saneamento e Meio Ambiente Microbiologia Aplicada I Parasitologia Aplicada I Abastecimento de água e sistemas de esgotos Tratamento de água Hidrobiologia I Química I Química Sanitária II Estágio Especializado</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Arquitetos</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Aplicadas Estatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Fundamentos de Saneamento do Meio Educação em Saúde Pública Educação Moral e Cívica Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Saneamento do Meio: aspectos gerais Microbiologia Aplicada I Parasitologia Aplicada I Abastecimento de água e sistemas de esgotos Planejamento em Saúde Pública Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Odontólogos</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Aplicadas Estatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Fundamentos de Saneamento do Meio Educação em Saúde Pública Educação Moral e Cívica Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Odontologia Sanitária Odontologia Preventiva Planejamento em Saúde Pública Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Veterinários</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Aplicadas Estatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Fundamentos de Saneamento do Meio Educação em Saúde Pública Educação Moral e Cívica Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Saúde Pública Veterinária I Planejamento em Saúde Pública Microbiologia Aplicada II Parasitologia Aplicada II Bacteriologia Sanitária I Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Enfermeiros</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Aplicadas Estatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Fundamentos de Saneamento do Meio Educação em Saúde Pública Trabalho de Campo Multiprofissional Administração Sanitária I Seminários de Saúde Pública</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Nutrição em Saúde Pública Administração Hospitalar Administração Sanitária II Administração Sanitária III Planejamento em Saúde Pública Administração em Enfermagem de Saúde Pública I Administração em Enfermagem de Saúde Pública II Administração em Enfermagem de Saúde Pública III Enfermagem de Saúde Pública I Enfermagem de Saúde Pública II Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>

1970 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
--------	-----------------------------------

Curso de Saúde Pública para Farmacêuticos	OBRIGATORIAS GERAIS: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Aplicadas Estatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Fundamentos de Saneamento do Meio Educação em Saúde Pública Educação Moral e Cívica Trabalho de Campo Multiprofissional OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Administração de Laboratório de Saúde Pública I Administração de Laboratório de Saúde Pública II Microbiologia Aplicada II Bacteriologia Aplicada I Planejamento em Saúde Pública Parasitologia Aplicada II Estágio Especializado + OPTATIVAS
--	---

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA FSP - SP

1975

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Médicos</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública Estatística Vital Epidemiologia Geral Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Educação em Saúde Pública I Estudos de Problemas Brasileiros Saneamento do Meio I Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional I Administração Sanitária II Tisiologia I Educação em Saúde Pública I Epidemiologia das Doenças Transmissíveis Planejamento em Saúde Pública Dermatologia Sanitária Higiene da Criança I Higiene Materna Endemias Parasitárias I Nutrição em Saúde Pública III Administração Hospitalar I Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS:</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Odontólogos</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Estudos de Problemas Brasileiros Administração Sanitária I Saneamento do Meio Saneamento Ocupacional I Estatística Vital I Epidemiologia Geral Educação em Saúde Pública</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Odontologia Sanitária I - Parte A Odontologia Sanitária II - Parte B Odontologia Preventiva Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>

1975 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Engenheiros</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública Estatística Vital Epidemiologia Geral Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Educação em Saúde Pública I Estudos de Problemas Brasileiros Saneamento do Meio I Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional I Microbiologia e Imunologia Aplicada Endemias Parasitárias Bacteriologia Aplicada ao Saneamento do Meio Fundamentos Biológicos do Saneamento do Meio Química Sanitária I Química Sanitária II Estágio Especializado</p> <p>DISCIPLINAS DA ESCOLA POLITÉCNICA: Qualidade e Tratamento da Água Tratamento de Águas Subterrâneas Projeto de Obras Saneamento Básico I Projeto de Obras Saneamento Básico II Administração de Serviços de Água e Esgoto</p> <p>+ OPTATIVAS</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Veterinários</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública Estatística Vital Epidemiologia Geral Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Educação em Saúde Pública I Estudos de Problemas Brasileiros Saneamento do Meio I Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional I Saúde Pública Veterinária I Planejamento em Saúde Pública Bacteriologia Aplicada ao Saneamento do Meio Estágio Especializado</p>

1975 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Farmacêuticos</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública Estatística Vital Epidemiologia Geral Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Educação em Saúde Pública I Estudos de Problemas Brasileiros Saneamento do Meio I Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional I Microbiologia e Imunologia Aplicada à Saúde Pública II Fundamentos Biológicos do Saneamento III Planejamento em Saúde Pública Endemias Parasitárias I Bacteriologia Aplicada ao Saneamento do Meio Administração de Laboratório de Saúde Pública I Administração de Laboratório de Saúde Pública II Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Enfermeiros</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública Estatística Vital Epidemiologia Geral Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Educação em Saúde Pública I Estudos de Problemas Brasileiros Saneamento do Meio I Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Administração Sanitária II Planejamento em Saúde Pública Higiene da Criança I Higiene Materna I Enfermagem de Saúde Pública II Enfermagem de Saúde Pública III - A Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>

1975 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Nutricionistas</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Administração Sanitária I Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública Estatística Vital Epidemiologia Geral Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Educação em Saúde Pública I - A Estudos de Problemas Brasileiros Saneamento do Meio I Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Endemias Parasitárias Planejamento em Saúde Pública Higiene da Criança I Administração Sanitária II Estágio Especializado Técnica de Pesquisa Bibliográfica Higiene Materna Educação em Saúde Pública IV Nutrição em Saúde Pública III Educação em Saúde Pública VIII Epidemiologia das Doenças não Transmissíveis Estatística Vital II Epidemiologia e Prof. das D. da Nutrição Higiene da Criança IV</p>

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA FSP - SP

1980

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Planejamento do Setor Saúde	<p>A Sociedade e o Estado - org. pol. administrativa do Brasil. Teoria de Sistemas - Sistemas políticos - Sistemas de saúde. Introdução ao Planejamento - O Planejamento do setor saúde - A Epidemiologia e a Estatística como fatores essenciais ao planejamento do setor saúde. Sociologia e Administração. Economia - Elementos de micro e macro-economia. Orçamento. Contabilidade Pública. Política orçamentária. Programação - Técnicas de uso mais comum em Saúde Pública e sua adaptação à realidade brasileira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de programação local • Técnica do setor público • Técnica de programação orçamentária • Técnica de elaboração e avaliação de projetos de investimento. <p>Política. Política de saúde. Sistema Nacional de Saúde. Aspectos Institucionais do Planejamento de saúde no Brasil - Legislação de interesse sanitário.</p>
Curso de Especialização em Saúde Pública para nível local - Área Medicina	<p>Administração Sanitária</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administração Geral • Administração Sanitária • Planejamento em Saúde Pública. <p>Epidemiologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia descritiva • Estatística Vital • Bioestatística • Dinâmica Populacional • Vigilância Epidemiológica <p>Saneamento Ambiental Ciências Sociais Aplicadas à Saúde Educação em Saúde Nutrição Saúde Materno Infantil Tisiologia Sanitária Dermatologia Sanitária Odontologia Sanitária Saúde Mental Problemas Brasileiros de Saúde.</p>

1980 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Médicos</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública I Epidemiologia Geral I Estatística Vital Educação em Saúde Pública I - A Saneamento do Meio I Estudos de Problemas Brasileiros Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Endemias Parasitárias I Dermatologia Sanitária Planejamento em Saúde Pública Administração Sanitária II Tisiologia I Saúde Ocupacional Epidemiologia das Doenças Transmissíveis I Higiene Materna I Higiene da Criança I Educação em Saúde Pública I - B Nutrição em Saúde Pública III Administração Hospitalar I - A Saúde Mental I Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS:</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Engenheiros</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública I Epidemiologia Geral I Estatística Vital Educação em Saúde Pública I - A Saneamento do Meio I Estudos de Problemas Brasileiros Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional I Microbiologia e Imunologia Aplicada Endemias Parasitárias Bacteriologia Aplicada ao Saneamento do Meio Química Sanitária I Química Sanitária II Estágio Especializado</p>

1980 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Saúde Pública para Arquitetos	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública I Epidemiologia Geral I Estatística Vital Educação em Saúde Pública I - A Saneamento do Meio I Estudos de Problemas Brasileiros Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Endemias parasitárias I Saúde Ocupacional I Microbiologia / Imunologia Aplicada à Saúde Pública Bacteriologia / Virologia Aplicada ao Saneamento do Meio Química Sanitária I Química Sanitária II Fundamentos Biológicos do Saneamento I Fundamentos Biológicos do Saneamento II Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>
Curso de Saúde Pública para Odontólogos	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Saúde Ocupacional I Estatística Vital I Epidemiologia Geral Educação em Saúde Pública Administração Sanitária I Estudos de Problemas Brasileiros Saneamento do Meio</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Odontologia Sanitária I - Parte A Odontologia Sanitária II - Parte B Odontologia Preventiva Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>
Curso de Saúde Pública para Veterinários	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Sanitária I Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública I Epidemiologia Geral I Estatística Vital Educação em Saúde Pública I - A Saneamento do Meio I Estudos de Problemas Brasileiros Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Endemias parasitárias I Saúde Ocupacional I Saúde Pública Veterinária I Planejamento em Saúde Pública Bacteriologia e Virologia Aplicada ao Saneamento Microbiologia de Alimentos Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>

1980 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Farmacêuticos</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Administração Sanitária I Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública I Epidemiologia Geral I Estatística Vital Educação em Saúde Pública I - A Saneamento do Meio I Estudos de Problemas Brasileiros Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional I Microbiologia e Imunologia Aplicada à Saúde Pública II Fundamentos Biológicos do Saneamento III Planejamento em Saúde Pública Endemias Parasitárias I Bacteriologia Aplicada ao Saneamento do Meio Administração de Laboratório de Saúde Pública I Administração de Laboratório de Saúde Pública II Microbiologia de Alimentos Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Enfermeiros</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Administração Sanitária I Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública I Epidemiologia Geral I Estatística Vital Educação em Saúde Pública I - A Saneamento do Meio I Estudos de Problemas Brasileiros Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Enfermagem de Saúde Pública II Enfermagem de Saúde Pública III - A Administração Sanitária II Planejamento em Saúde Pública Higiene da Criança I Higiene Materna I Saúde Mental I Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Nutricionistas</p>	<p>OBRIGATORIAS GERAIS: Administração Sanitária I Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Fundamentos Sócio-Culturais da Saúde Pública I Epidemiologia Geral I Estatística Vital Educação em Saúde Pública I - A Saneamento do Meio I Estudos de Problemas Brasileiros Trabalho de Campo Multiprofissional</p> <p>OBRIGATORIAS ESPECÍFICAS: Endemias Parasitárias I Planejamento em Saúde Pública Higiene da Criança I Higiene Materna I Saúde Ocupacional I Nutrição em Saúde Pública III Administração Hospitalar I - A Estágio Especializado</p> <p>+ OPTATIVAS</p>

1985

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Especialização em Saúde Pública - Opção Medicina</p>	<p>MÓDULO I (GERAL): Semana Introdutória Introdução à Saúde Pública Administração: <ul style="list-style-type: none"> • Noções Básicas de Administração Geral e Pública • Níveis de Assistência e Regionalização de Serviços • Políticas de Sistemas de Saúde • Noções de Planejamento Epidemiologia: <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia Geral • Estatística Vital • Bioestatística • Epidemiologia das Doenças Transmissíveis: Sistema de Vigilância Epidemiológica. Saneamento do Meio Fundamentos das Ciências Sociais Educação em Saúde Pública Orientação Bibliográfica Aplicada à Saúde Pública. MÓDULO ESPECÍFICO: Administração de Serviços <ul style="list-style-type: none"> • Administração de Recursos • Administração Hospitalar • Administração de Centros de Saúde • Administração de Rede de Serviços Programas de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Materno Infantil • Nutrição • Saúde do Adulto • Saúde Mental • Saúde Ocupacional • Tisiologia • Dermatologia • Veterinária • Odontologia Estágio especializado Trabalho de Campo Multiprofissional</p>

1985 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Odontólogos</p>	<p>MÓDULO I (GERAL): Semana Introdutória Introdução à Saúde Pública Administração: <ul style="list-style-type: none"> • Noções Básicas de Administração Geral e Pública • Níveis de Assistência e Regionalização de Serviços • Políticas de Sistemas de Saúde • Noções de Planejamento Epidemiologia: <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia Geral • Estatística Vital • Bioestatística • Epidemiologia das Doenças Transmissíveis: Sistema de Vigilância Epidemiológica. Saneamento do Meio Fundamentos das Ciências Sociais Educação em Saúde Pública Orientação Bibliográfica Aplicada à Saúde Pública.</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Enfermeiros</p>	<p>MÓDULO I (GERAL): Semana Introdutória Introdução à Saúde Pública Administração: <ul style="list-style-type: none"> • Noções Básicas de Administração Geral e Pública • Níveis de Assistência e Regionalização de Serviços • Políticas de Sistemas de Saúde • Noções de Planejamento Epidemiologia: <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia Geral • Estatística Vital • Bioestatística • Epidemiologia das Doenças Transmissíveis: Sistema de Vigilância Epidemiológica. Saneamento do Meio Fundamentos das Ciências Sociais Educação em Saúde Pública Orientação Bibliográfica Aplicada à Saúde Pública.</p>

1985 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA

Curso de Saúde Pública para Farmacêutico-Bioquímicos

MÓDULO I (GERAL):

Semana Introdutória

Introdução à Saúde Pública

Administração:

- Noções Básicas de Administração Geral e Pública
- Níveis de Assistência e Regionalização de Serviços
- Políticas de Sistemas de Saúde
- Noções de Planejamento

Epidemiologia:

- Epidemiologia Geral
- Estatística Vital
- Bioestatística
- Epidemiologia das Doenças Transmissíveis: Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Saneamento do Meio

Fundamentos das Ciências Sociais

Educação em Saúde Pública

Orientação Bibliográfica Aplicada à Saúde Pública.

Curso de Saúde Pública para Veterinários

MÓDULO I (GERAL):

Semana Introdutória

Introdução à Saúde Pública

Administração:

- Noções Básicas de Administração Geral e Pública
- Níveis de Assistência e Regionalização de Serviços
- Políticas de Sistemas de Saúde
- Noções de Planejamento

Epidemiologia:

- Epidemiologia Geral
- Estatística Vital
- Bioestatística
- Epidemiologia das Doenças Transmissíveis: Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Saneamento do Meio

Fundamentos das Ciências Sociais

Educação em Saúde Pública

Orientação Bibliográfica Aplicada à Saúde Pública.

OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS:

Saúde Pública Veterinária

Microbiologia de Alimentos

Microbiologia Aplicada ao Saneamento

Aspectos Microbiológicos de Problemas de Saúde Pública

Recursos Audiovisuais

Dinâmica de Grupo

Organização de Comunidade

Estágio especializado

Trabalho de Campo Multiprofissional

1985 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Educadores</p>	<p>MÓDULO I (GERAL): Semana Introdutória Introdução à Saúde Pública Administração:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noções Básicas de Administração Geral e Pública • Níveis de Assistência e Regionalização de Serviços • Políticas de Sistemas de Saúde • Noções de Planejamento <p>Epidemiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia Geral • Estatística Vital • Bioestatística • Epidemiologia das Doenças Transmissíveis: Sistema de Vigilância Epidemiológica. <p>Saneamento do Meio Fundamentos das Ciências Sociais Educação em Saúde Pública Orientação Bibliográfica Aplicada à Saúde Pública.</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: O homem e seu Projeto de Vida Fundamentos Teóricos da Educação em Saúde Pública Planejamento em Educação em Saúde Pública Metodologia e Comunicação em Educação em Saúde Pública Avaliação em Educação em Saúde Pública Treinamento de Pessoal e Supervisão O Grupo em Saúde Pública Saúde da Comunidade Saúde na Escola Educação em Saúde em Programas Especiais de Saúde Pública Estágio especializado Estágio de Campo Multiprofissional</p>

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA FSP - SP

1989

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Médicos</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serviços de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional Dermatologia Sanitária Saúde Materno Infantil Nutrição em Saúde Pública Organização e Administração de Serviço de Saúde Higiene e Controle de Alimentos Tisiologia Saúde Mental Saúde do Adulto</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Odontólogos</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serviços de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Odontologia Sanitária Odontologia Preventiva I</p>

1989 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
<p>Curso de Saúde Pública para Enfermeiros</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serviços de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Administração de Empresas de Saneamento Ambiental Referencial Teórico da Assistência de Enfermagem Saúde Ocupacional Saúde Materno Infantil Políticas Sociais e Participação</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Farmacêutico-Bioquímicos</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serviços de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional Laboratório de Saúde Pública I Laboratório de Saúde Pública II Microbiologia Aplicada ao Saneamento Microbiologia dos Alimentos Farmácia Pública e Hospitalar</p>

1989 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
--------	-----------------------------------

<p>Curso de Saúde Pública para Veterinários</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serviços de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Microbiologia Aplicada ao Saneamento Microbiologia dos Alimentos Saúde Pública Veterinária Biologia e Controle de Roedores Tecnologia de Produtos de Origem Animal Proteção dos Alimentos Zoonoses Biologia e Controle de Vetores</p>
<p>Curso de Saúde Pública para Educadores</p>	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serviços de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional Saúde Materno Infantil Introdução à Educação em Saúde Treinamento e Supervisão de Pessoal Planejamento em Educação em Saúde Pública Metodologia da Educação em Saúde Pública O Grupo em Saúde Pública</p>

1989 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Saúde Pública para	OBRIGATÓRIAS GERAIS:

Biólogos	<p>Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serv. de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>OBRIGATÓRIAS ESPECÍFICAS: Saúde Ocupacional Microbiologia Aplicada ao Saneamento Microbiologia dos Alimentos Aspectos Ecológicos do Tratamento de Esgotos Atividades Antrópicas e Meio Ambiente Trabalho de Campo Multiprofissional</p>
Curso de Saúde Pública para Engenheiros	<p>OBRIGATÓRIAS GERAIS: Administração Geral e Pública Níveis de Assistência e Regionalização dos Serv. de Saúde Políticas e Sistemas de Saúde Planejamento de Saúde I Bioestatística Ciências Sociais Demografia Educação Epidemiologia Geral Introdução à Saúde Pública Orientação Bibliográfica Problemas de Saúde Pública Dinâmica de Grupo Saneamento do Meio Epidemiologia Especial Estatística Vital</p> <p>MATÉRIAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL GERAL: Administração de Empresas de Saneamento Ambiental Fundamentos Biológicos do Saneamento Saneamento do Meio II Química Sanitária I Microbiologia Ambiental Química Sanitária I Saneamento no Processo de Planejamento Territorial</p> <p>MATÉRIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL ESPECÍFICA: Saúde Ocupacional I Sistema de Abastecimento de Água e Saúde Pública Sistema de Coleta, Tratamento e Disposição Final de Esgotos e Saúde Pública Sistema de Limpeza Pública Estágio Especializado</p>

1989 (CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA

Curso de Especialização em Saúde Pública Regionalizado - São José dos Campos	Políticas e Sistemas de Saúde Estatística Vital Demografia Ciências Sociais Educação em Saúde Bioestatística Aplicada à Saúde Pública Epidemiologia Geral Epidemiologia Específica Saneamento Administração e Planejamento Saúde do Trabalhador Dermatologia Sanitária Tisiologia Saúde da Mulher Saúde da Criança Nutrição em Saúde Pública Saúde do Adulto Saúde Mental Higiene e Controle de Alimentos e Zoonoses Saúde Bucal Organização e Administração de Serviços de Saúde Trabalho de Campo
---	--

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Assessoria Acadêmica da FSP/USP.

ANEXO II

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA ENSP

1970

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Saúde Pública	1º PERÍODO: <ul style="list-style-type: none">• SEMINÁRIO INTRODUTÓRIO - Explicação da Situação de Saúde 2º PERÍODO: <p>Área I:</p> <ul style="list-style-type: none">• Epidemiologia• Ciências Biológicas• Estatística <p>Área II:</p> <ul style="list-style-type: none">• Saneamento <p>Área III:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administração - (ENSP/FGV)• Ciências Sociais• Planejamento 3º PERÍODO: <ul style="list-style-type: none">• Problemas das Áreas I, II e III 4º PERÍODO: <ul style="list-style-type: none">• Seminário de Política de Saúde
Planejamento no Setor de Saúde	<p>ÁREA I:</p> <ul style="list-style-type: none">• O Planejamento como um Processo• Introdução à Economia• Introdução à Sociologia e à Política• Desenvolvimento e Planejamento <p>ÁREA II:</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnicas de Análise <p>ÁREA III:</p> <ul style="list-style-type: none">• Introdução ao Planejamento de Saúde <p>TRABALHO PRÁTICO</p>

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA ENSP

1975

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Saúde Pública	<p>1º PERÍODO: Introdução à Saúde Pública Ciências Sociais Bioestatística I Bioestatística II Epidemiologia I Epidemiologia II Ciências Biológicas I Ciências Biológicas II Saneamento Educação</p> <p>2º PERÍODO: Administração I Administração II Administração III Ciências Sociais II</p>

**ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA ENSP
1980**

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Saúde Pública	<p>Dinâmica de Grupo Metodologia de Pesquisa Administração Geral Introdução à Saúde Pública Administração em Saúde Planejamento e Programação Problemas Brasileiros Métodos Quantitativos Demografia Epidemiologia Ciências Biológicas Ecologia Saneamento e Meio Ambiente Ciências Sociais em Saúde Saúde Pública com Prática Social Trabalho de Campo</p>
Residência em Medicina Preventiva e Social	<p>1º MÓDULO: INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA Investigação em Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia (Disciplina Básica) • Ciências Sociais • Demografia • Estatística <p>Organização dos Serviços de Saúde 2º MÓDULO: PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA 3º MÓDULO: PRÁTICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE</p>
Especialização em Saúde Pública - Planejamento em Saúde	<p>Planejamento em Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização sócio-política e poder público • Políticas Globais • O Planejamento dos Serviços de Saúde. Métodos e Técnicas. • O Diagnóstico • O Diagnóstico dos Serviços • Formulação de proposições <p>Elaboração e Análise de Projetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento, Plano, Programação • Elementos Básicos do Planejamento • Instrumentos de Política Econômica • Níveis e fases da programação • O Projeto • Demanda/Oferta/Renda • Ajustamentos administrativos para projetos do setor público. <p>Administração de Serviços de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudo de Administração de Saúde • Regionalização de Serviços de Saúde • Níveis de Prestação de Cuidados de Saúde • Legislação de Saúde

(CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Especialização em Saúde Pública - Epidemiologia	DISCIPLINAS COMUNS: Problemas de Saúde do Brasil Estudo de Problemas Brasileiros Fundamentos de Saúde Pública DISCIPLINAS ESPECÍFICAS: Métodos Quantitativos Métodos Descritivos em Epidemiologia Epidemiologia das Doenças Transmissíveis Epidemiologia das Doenças não Transmissíveis Demografia

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA ENSP

1985

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Saúde Pública	<p>1º BLOCO - Insumo Teórico para o Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciências Sociais em Saúde • Histórico da Saúde Pública no Brasil e do Rio de Janeiro • Políticas de Saúde e Estrutura do Setor • Quantificação de Problemas de Saúde • Demografia • Métodos Quantitativos e Epidemiologia Descritiva • Ecologia e Saneamento x Problemas de Saúde <p>2º BLOCO - Análise da Estrutura, Organização, e Oferta de Serviços de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administração Geral • Administração em Saúde • Administração Hospitalar • Os Programas Especiais • Diagnóstico dos recursos de Saúde • O Saneamento <p>3º BLOCO - Planejamento e Programação dos Serviços de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metodologia de Planejamento e de Programação • Planejamento Estratégico e Normativo • A Programação Regional e Local de Serviços de Saúde • Sistemas de Avaliação e Informação (Custos) • Projetos e Técnica Orçamentária • População e Gestão dos Serviços de Saúde (Educação Popular) • Programas Especiais
Residência em Medicina Preventiva e Social	<p>Epidemiologia Administração e Planejamento, Educação em Saúde e Desenvolvimento de Recursos Humanos Saúde Ocupacional e Ambiental/Vigilância Sanitária Saúde Mental/Metodologia de Trabalho de Grupo Saneamento Ciências Sociais e Políticas de Saúde Prestação de Serviços Básicos de Saúde Seminários/Centro de Estudos/Atividades Extraordinárias</p>

(CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistemas de Saúde	<p>MÓDULO I - Unidade I: Estado e Políticas Sociais Unidade II: Desenvolvimento Econômico e Social da América Latina Unidade III: Acumulação Dependente e Reprodução Coletiva</p> <p>MÓDULO II - POLÍTICA DE SAÚDE : Unidade I: Teoria de Saúde e Planejamento Unidade II: Modelos de Formulação de Políticas Unidade III: Análise Comparativa de Modelos de Atenção à Saúde</p> <p>MÓDULO III - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GERÊNCIA NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DO SETOR SAÚDE: Unidade I: Burocracia Estatal e Reformas Administrativas na América Latina: uma Perspectiva Histórica Unidade II: Teorias Organizacionais e Funções do Processo Administrativo em Organizações Complexas Unidade III: Áreas Críticas da Gerência de Serviços de Saúde</p> <p>MÓDULO IV - MÉTODOS DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE 1. A Evolução Histórica do Planejamento de Saúde na América Latina 2. O Método CENDES/OPS de Programação Sanitária 3. A Crítica do Método e o Lançamento das Bases do Macroplanejamento 4. A III Reunião de Ministros de Saúde das Américas e o Plano Decenal das Américas 5. A OMS - e a Participação Comunitária 6. O Enfoque Estratégico do Planejamento de Saúde 7. Modelos de Planejamento, Síntese Conceitual e sua Aplicação no Brasil - o Planejamento Real nas Instituições do Setor Saúde</p> <p>MÓDULO V - TÉCNICAS DE PROGRAMAÇÃO APLICADAS AOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE 01. Conceitos Gerais de Programação de Sistemas de Serviços de Saúde 02. A Etapa Diagnóstica 03. Técnicas para Projeção do Diagnóstico 04. Identificação de Problemas. Prioridade de Problemas Segundo Prioridade das Soluções. O Conflito na Determinação de Prioridades 05. Definição de uma Estratégia de Intervenção 06. Desenho de Redes de Serviços. Hierarquização e Regionalização. A Acessibilidade como Eixo para a Alocação Espacial dos recursos. 07. Padronização das Funções de Produção. Rendimento. Eficiência. 08. Custo x Benefício 09. Formulação de metas físicas 1. Orçamentação. O Processo Orçamentário. Definição de Estratégias de Financiamento. 2. Acompanhamento, Avaliação e Controle.</p>

(CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Especialização em Epidemiologia	<p>MÓDULO I - Métodos Descritivos em Epidemiologia</p> <p>MÓDULO II - Métodos Quantitativos em Epidemiologia</p> <p>MÓDULO III - Demografia Básica</p> <p>MÓDULO IV - Epidemiologia das Doenças Transmissíveis</p> <p>MÓDULO V - Epidemiologia das Doenças não Transmissíveis</p> <p>MÓDULO VI - Epidemiologia Aplicada a Programas de Saúde</p>

ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA DOS CURSOS SELECIONADOS DA ENSP

1989

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Curso de Saúde Pública	<p>1º BLOCO: FUNDAMENTOS E CONCEITOS BÁSICOS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA</p> <p>1ª Área Temática: Ciências Sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado e Atenção à Saúde no Brasil • Industrialização, Urbanização e Saúde • Introdução ao Planejamento em Saúde • Educação e Saúde <p>2ª Área Temática: Fundamentos de Bioecologia</p> <p>3ª Área Temática: Fundamentos de Epidemiologia e Métodos Quantitativos</p> <p>4ª Área Temática: Fundamentos de Planejamento</p> <p>5ª Área Temática: Saneamento</p> <p>2º BLOCO: PRÁTICAS E AÇÕES DA PRÁTICA ATUAL DA SAÚDE PÚBLICA</p> <p>1ª Área Temática: Vigilância Epidemiológica</p> <p>2ª Área Temática: Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana</p> <p>3ª Área Temática: Planejamento</p> <p>4ª Área Temática: Saúde da Mulher e da Criança.</p>
Curso de Especialização em Epidemiologia	<p>MÓDULO METODOLÓGICO: Métodos Quantitativos em Saúde Conceitos e Técnicas Epidemiológicas Demografia Básica</p> <p>MÓDULO APLICADO: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis Epidemiologia Aplicada ao Planejamento de Sistemas de Saúde.</p>
Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistemas de Saúde	<p>Seminário Introdutório: Saúde e Planejamento</p> <p>Módulo I - Estado e Políticas Sociais na América Latina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidade Temática I: Estado e Políticas Sociais • Unidade Temática II: Regimes Políticos e Políticas Sociais • Unidade Temática III: Seguridade Social <p>Módulo II - Política de Saúde</p> <p>Módulo III - Planejamento de Saúde</p> <p>Módulo IV - Administração e Gerência nas Instituições do Setor Saúde</p> <p>Seminário Final de Integração: Mudança Organizacional - um Estudo de Caso</p>

(CONT.)

CURSOS	ESTRUTURA CURRICULAR PROGRAMÁTICA
Residência em Medicina Preventiva e Social - R1	Epidemiologia e Métodos Quantitativos Ciências Sociais Políticas de Saúde Introdução ao Planejamento em Saúde Programação em Saúde Saneamento Básico Toxicologia Administração em Saúde Introdução à Metodologia de Pesquisa Saúde Mental Vigilância Epidemiológica Prática em Serviços de Saúde Prática de Planejamento Prática de Vigilância Epidemiológica Educação em Saúde.

Fonte: Pesquisa de campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP

ANEXO III

RELAÇÃO DOS CURSOS FORA DA SEDE DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	TIPO DE CURSO	LOCAL
1970 a 1972	-	-
1973	• Curso de Administração Hospitalar para Graduados.	Brasília
1974 a 1976	-	-
1977	• Curso de Especialização em Administração Hospitalar.	Brasília
1978	• Curso de Especialização em Administração Hospitalar.	Araçatuba - SP
1979 a 1987	-	-
1988	• Curso de Especialização em Administração Hospitalar. • Curso de Especialização em Administração Hospitalar • Curso de Especialização em Engenharia em Saneamento Básico.	Brasília Goiânia Santos
1989	• Curso de Aperfeiçoamento “I Curso de Capacitação Profissional para Gerência e Administração de Serviços Odontológicos”. • Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores para a Prevenção de Acidentes do Trabalho IV. • Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores para Prevenção de Acidentes do Trabalho V. • Curso de Extensão Universitária “Administração e Epidemiologia em Saúde Animal”. • Curso de Extensão Universitária “Avançado em Epidemiologia e Controle de Doenças Animais Transmitidas pelo Leite e sua importância em Saúde Pública. • Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores na Prevenção de Acidentes do Trabalho VI.	Brasília Votuporanga Taubaté Campinas Jaboticabal Sorocaba

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO IV

RELAÇÃO DOS CURSOS DESCENTRALIZADOS DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP		FSP	
	TIPO DE CURSO	LOCAL	TIPO DE CURSO	LOCAL
1970 a 1974	-	-	-	-
1975	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.	Belém Porto Alegre	-	-
1976	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.	Belém Porto Alegre Recife Salvador	-	-
1977	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.	Belém Brasília Porto Alegre Recife Salvador	-	-
1978	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.• Curso de Saúde Pública.	Belém Brasília Fortaleza Manaus Porto Alegre Recife Salvador São Luís	-	-

(CONT.)

ANOS	ENSP		FSP	
	TIPO DE CURSO	LOCAL	TIPO DE CURSO	LOCAL
1979	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública. • IV Curso de Saúde Pública. • V Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> Belém Brasília Campo Grande Fortaleza Manaus Porto Alegre Recife Salvador Salvador São Luís 	-	-
1980	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública (1ª Turma). • Curso de Saúde Pública (2ª Turma). • Curso de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> Belém Belo Horizonte Belo Horizonte Campo Grande Curitiba Florianópolis Fortaleza Goiânia João Pessoa Maceió Manaus Porto Alegre Recife Salvador São Luís 	-	-
1981	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública • Curso de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> Aracaju Belém Cuiabá Florianópolis Fortaleza Goiânia Maceió Manaus Porto Alegre Teresina 	-	-

ANOS	ENSP		FSP	
	TIPO DE CURSO	LOCAL	TIPO DE CURSO	LOCAL
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública. • Curso de Especialização em Desenvolvimento de RH para a Saúde. • Curso de Saúde Pública. 	Belém Belo Horizonte Belo Horizonte Belo Horizonte (Centro Metropolitano). Brasília Curitiba Florianópolis Goiânia Manaus Porto Alegre Teresina	-	-
1985	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública. 	Belém Belo Horizonte Belo Horizonte (Centro Metropolitano) Brasília Curitiba Goiânia Juiz de Fora Londrina Porto Alegre	-	-
1986	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública. 	Araucária Belém Belo Horizonte Brasília Campo Grande Florianópolis Goiânia Juiz de Fora Maceió Natal Porto Alegre Recife Salvador	-	-

(CONT.)

ANOS	ENSP		FSP	
	TIPO DE CURSO	LOCAL	TIPO DE CURSO	LOCAL
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Mental. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública (Turma A). • Curso de Saúde Pública (Turma B). • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. • Curso Especialização em Epidemiologia/Vigilância Epidemiológica. • Curso de Especialização em Planejamento, Programação e Gerência de Serviços de Saúde. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> Belém Belo Horizonte Belo Horizonte Brasília Campo Grande Criciúma Cuiabá Florianópolis Goiânia Goiânia Natal Ponta Grossa Porto Alegre Porto Alegre Porto Alegre Porto Velho Recife Vitória Vitória 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública Regionalizado. 	<ul style="list-style-type: none"> São José dos Campos - SP

(CONT.)

ANOS	ENSP		FSP	
	TIPO DE CURSO	LOCAL	TIPO DE CURSO	LOCAL

1988	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Saúde Pública. • Curso de Especialização em Gerência e Planejamento de Sistemas de Saúde. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Saúde Pública. 	<p>Belém</p> <p>Campo Grande</p> <p>Campo Grande</p> <p>Campo Grande</p> <p>Manaus</p> <p>Natal</p> <p>Porto Alegre</p> <p>Porto Velho</p> <p>Porto Velho</p> <p>Recife</p> <p>Recife</p>	-	-
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde. • Curso de Saúde Mental. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Especialização em Educação em Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública • Curso Aperfeiçoamento em Epidemiologia da Hanseníase. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde. • Curso de Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública. 	<p>Arapiraca - AL</p> <p>Belo Horizonte</p> <p>Belo Horizonte</p> <p>Campo Grande</p> <p>Campo Grande</p> <p>Curitiba</p> <p>Fortaleza</p> <p>Porto Alegre</p> <p>Porto Velho</p> <p>Porto Velho</p> <p>Recife</p> <p>Recife</p> <p>Sergipe</p> <p>Teresina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública Regionalizado. 	<p>São José dos Campos - SP</p>

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO V

RELAÇÃO DOS CURSOS DE SAÚDE PÚBLICA, RESIDÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA, DOUTORADO E MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Doutorado em Saúde Pública• Mestrado em Saúde Pública• Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina.• Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia.• Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia.• Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem.• Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica.• Curso de Especialização em Saúde Pública - Arquitetura.• Curso de Especialização em Saúde Pública - Educação• Curso de Especialização em Saúde Pública - Veterinária.• Curso de Especialização em Saúde Pública - Outras Profissões.
1971	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Doutorado em Saúde Pública• Mestrado em Saúde Pública
1972	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Doutorado em Saúde Pública• Mestrado em Saúde Pública
1973	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Doutorado em Saúde Pública• Mestrado em Saúde Pública
1974	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Doutorado em Saúde Pública• Mestrado em Saúde Pública

(CONT.)		
ANOS	ENSP	FSP
1975	<ul style="list-style-type: none"> • Curso Básico de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Nutrição. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Outras Profissões. • Curso de Extensão Universitária - Fundamentos de Saúde Pública.
1976	<ul style="list-style-type: none"> • Curso Básico de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local (2 Turmas). • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Nutrição. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Outras Profissões.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1977	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrado em Saúde Pública • Curso Básico de Saúde Pública. • Treinamento Avançado em Serviço-TAS I • Estágio para Estudante de Nível Superior em Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local (2 Turmas). • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Nutrição. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Arquitetura. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Outras Profissões.
1978	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrado em Saúde Pública • Curso Básico de Saúde Pública. • Treinamento Avançado em Serviço-TAS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local (2 Turmas). • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Nutrição. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Arquitetura. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Outras Profissões.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1979	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrado em Saúde Pública • Curso Básico de Saúde Pública. • Curso de Residência em Medicina Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local (2 Turmas). • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Arquitetura.
1980	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Saúde Pública. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local (2 Turmas). • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem • Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Nutrição. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Arquitetura. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Outras Profissões.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1981	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Curso de Saúde Pública • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local (2 Turmas). • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Farmácia Bioquímica. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Odontologia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Nutrição. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Engenharia. • Curso de Especialização em Saúde Pública - Outras Profissões.
1982	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local. • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Especialização em Saúde Pública para a Prefeitura Municipal de São Paulo.
1983	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública ENSP/F.SESP. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública Interdepartamental.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Saúde Pública ENSP/F.SESP. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública - Administração de Serviços Básicos - para Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos Bioquímicos, Educadores, Veterinários.
1985	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública - para Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos Bioquímicos, Educadores, Veterinários, Engenheiros.
1986	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública - para Médicos, Odontólogos, Farmacêuticos Bioquímicos, Educadores, Veterinários, Engenheiros.
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública - para Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos Bioquímicos, Educadores, Veterinários, Engenheiros, Biólogos, Nutricionistas, Outros Profissionais.
1988	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Saúde Pública. • Curso de Residência em Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública - para Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos Bioquímicos, Educadores, Veterinários, Engenheiros, Biólogos, Nutricionistas, Outros Profissionais.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Saúde Pública. • Curso de Residência em Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doutorado em Saúde Pública • Mestrado em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública - para Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos Bioquímicos, Educadores, Veterinários, Engenheiros, Biólogos, Nutricionistas, Outros Profissionais.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO VI

RELAÇÃO DOS CURSOS DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Planejamento no Setor Saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Planejamento do Setor Saúde.
1971	-	<ul style="list-style-type: none">• Planejamento do Setor Saúde.
1972	-	-
1973	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Planejamento em Saúde Pública.• Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.
1974	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Administração Hospitalar para Graduados - BSB.• Curso de Especialização em Planejamento no Setor Saúde.
1975	-	<ul style="list-style-type: none">• VIII Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.
1976	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Saúde Pública - Área de Especialização - Planejamento.	<ul style="list-style-type: none">• IX Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.
1977	<ul style="list-style-type: none">• Curso Avançado de Planejamento em Saúde.• Treinamento Avançado em Serviço - TAS-2.	<ul style="list-style-type: none">• Especialização em Administração Hospitalar - BSB.• X Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.
1978	<ul style="list-style-type: none">• Curso Avançado de Planejamento em Saúde.• Treinamento Avançado em Serviço - TAS-2.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Administração Hospitalar - Araçatuba-SP.• XI Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.
1979	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Saúde Pública - Área de Especialização - Planejamento.• Treinamento Avançado em Serviço - TAS-2.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.

(CONT.)		
ANOS	ENSP	FSP
1980	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Planejamento. • Curso de Residência - R-2 (Planejamento). 	<ul style="list-style-type: none"> • XIII Curso de Especialização em Planejamento de Saúde.
1981	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Planejamento de Saúde. • Curso de Residência - R-2 (Planejamento). 	<ul style="list-style-type: none"> • XIV Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.
1982	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Planejamento de Saúde. • Curso de Residência - R-2 (Planejamento). 	<ul style="list-style-type: none"> • XV Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde. • Curso de Extensão Universitária “Componente Educativo do Planejamento de Saúde”.
1983	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Residência - R-2 (Planejamento). 	-
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Residência - R-2 (Planejamento). • Curso Internacional de Especialização de Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde. • Curso de Especialização em Administração e Planejamento de Hospitais Públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública - Administração de Serviços Básicos (área de concentração Curso de Saúde Pública).
1985	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Administração e Planejamento de Hospitais Públicos. • Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos. • Curso de Aperfeiçoamento em Planejamento e Administração de Materiais. • Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde. • Curso de Gerência de Hospitais Públicos. • Curso de Internações Hospitalares e Organização do SAME. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Administração de Serviços de Saúde - Administração Hospitalar.(área de concentração do Curso de Saúde Pública).

(CONT.)		
ANOS	ENSP	FSP

1986	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Programação e Gerência de Sistema de Saúde. • Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde. • Curso de Administração e Planejamento de Materiais. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social - R-II (Planejamento). 	-
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Administração e Planejamento de Materiais. • Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos. • Curso de Especialização em Administração e Planejamento Hospitalar. • Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde. • Curso de Especialização em Programação e Gerência de Sistema de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Administração de Serviços de Saúde. • Curso de Extensão Universitária de Planejamento em Saúde.
1988	<ul style="list-style-type: none"> • Curso Internacional de Especialização em Recursos Humanos. • Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde. • Curso de Especialização em Administração e Planejamento Hospitalar. • Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos. • Curso de Residência - R-II (Planejamento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Administração de Serviços - Administração Hospitalar. • Curso de Administração Hospitalar - Goiânia. • Curso de Extensão Universitária sobre Sistemas de Saúde em Países Capitalistas Desenvolvidos, em Países Socialistas e do Terceiro Mundo.
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde. • Curso Internacional de Especialização em Recursos Humanos em Saúde. • Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos. • Curso de Residência - R-II (Planejamento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Distrito Sanitário. • Curso de Administração de Serviços de Saúde - Administração Hospitalar. • Curso de Difusão Cultural - "SUDS" - Integração Programática.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO VII

RELAÇÃO DOS CURSOS DE EPIDEMIOLOGIA DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	-	-
1971	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Epidemiologia e Saneamento.	-
1972	<ul style="list-style-type: none">• I e II Curso de Introdução à Epidemiologia e Saneamento.• Curso de Saneamento Geral, Epidemiologia e Administração de Saúde Pública Veterinária.	-
1973	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saneamento Geral, Epidemiologia em Saúde Pública Veterinária.• Curso de Introdução à Epidemiologia e Saneamento.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Métodos Estatísticos Aplicados à Epidemiologia.
1974	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Atualização em Endemias.• Curso de Treinamento em Endemias.• Estágio de Epidemiologia e Saneamento para alunos do Curso da Escola do Exército.• Curso de Vigilância Epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Epidemiologia Médico Entomológica.
1975	-	-
1976	<ul style="list-style-type: none">• Curso Avançado de Epidemiologia e Estatística da Saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Epidemiologia Médico Entomológica.
1977	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Epidemiologia.• Curso de Controle e Erradicação de Endemias para Pessoal Auxiliar de Campo.• Curso Avançado em Epidemiologia.• Treinamento Avançado em Serviço-TAS-II - Área Epidemiologia.	<ul style="list-style-type: none">• VI Curso de Especialização em Epidemiologia Médico Entomológica.
1978	<ul style="list-style-type: none">• Curso Avançado em Epidemiologia.• Curso de Controle e Erradicação de Endemias para Pessoal de Campo.	-

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1979	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Controle e Erradicação de Endemias para Pessoal de Campo. • Treinamento Avançado em Serviços-TAS-II - Área Epidemiologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • VII Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica.
1980	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • VIII Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica.
1981	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Aperfeiçoamento para Epidemiologistas da SUCAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • IX Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica.
1982	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Aperfeiçoamento para Epidemiologistas da SUCAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • X Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica. • I Curso de Especialização sobre Vigilância Epidemiológica.
1983	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Aperfeiçoamento em Epidemiologia para Técnicos da SUCAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • XI Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica. • II Curso de Especialização em Vigilância Epidemiológica.
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Especialização em Epidemiologia e Controle de Endemias. • Curso de Aperfeiçoamento em Métodos Epidemiológicos. 	-
1985	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. 	-
1986	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social - R-II - Epidemiologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Extensão Universitária de Epidemiologia Clínica I. • Curso de Extensão Universitária de Epidemiologia Clínica II.
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • II Curso de Extensão Universitária de Epidemiologia Clínica II.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1988	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Curso de Aperfeiçoamento em Epidemiologia da Hanseníase. • Residência em Saúde Pública - R-II - Epidemiologia. 	-
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Epidemiologia. • Residência em Saúde Pública - R-II - Epidemiologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Extensão Universitária de Epidemiologia Clínica.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO VIII

RELAÇÃO DOS CURSOS DE ENGENHARIA EM SAÚDE PÚBLICA DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Engenheiros no Curso de Saúde Pública.
1971	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	-
1972	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	-
1973	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Extensão Universitária sobre Resíduos Sólidos e Limpeza Urbana.• Saneamento do Meio e Planejamento Territorial.• Controle da Poluição do Meio I e II.
1974	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• II Curso para Engenheiros.• Curso de Extensão Universitária de Sistemas de Limpeza Pública - Projetos Técnico-Econômicos.
1975	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Extensão Universitária de Resíduos Sólidos e Limpeza Pública.• Curso de Extensão Universitária sobre Saneamento para Médicos e Veterinários.
1976	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.• Estágio em Saneamento para Oficiais da ECEME.	-
1977	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	-
1978	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Engenheiros de Saúde Pública.	-

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1979	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. 	-
1980	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. 	-
1981	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. • I e II Cursos de Laboratorista de Análise de Água. 	-
1982	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. • I e II Cursos de Laboratorista de Análise de Água. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização em Engenharia Sanitária.
1983	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização para Engenheiros de Saúde Pública. • Curso de Especialização para Engenheiros Analistas de Projeto de Saneamento. • I e II Cursos de Laboratorista de Análise de Água. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização em Engenharia de Saúde Pública.
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização para Engenheiros de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização em Engenharia de Saúde Pública.
1985	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização para Engenheiros de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização em Engenharia de Saúde Pública. • Especialização em Engenharia Ambiental.
1986	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização em Engenharia de Saúde Pública. • Especialização em Engenharia Ambiental.
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização em Engenharia de Saúde Pública (vinculado ao Curso de Saúde Pública). • Especialização em Engenharia Ambiental (vinculado ao Curso de Saúde Pública).

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1988	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Engenharia em Saneamento Básico.
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Curso para Engenheiros de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização em Engenharia (vinculado ao Curso de Saúde Pública). • Especialização em Engenharia Ambiental. • Especialização em Engenharia de Saúde Pública. • Especialização em Saneamento Básico. • Especialização em Engenharia do Controle da Poluição. • Aperfeiçoamento Intensivo sobre a Avaliação do Impacto Ambiental e Saúde.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO X

RELAÇÃO DOS CURSOS DE SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970 a 1972	-	-
1973	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho.• I Curso de Especialização em Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho.
1974	-	<ul style="list-style-type: none">• III Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho.• IV Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho.• III Curso para Médicos do Trabalho.• II Curso para Médicos do Trabalho e Engenharia de Segurança do Trabalho.• IV Curso de Médicos do Trabalho.
1975	-	<ul style="list-style-type: none">• V Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho.• V Curso de Médicos do Trabalho.• VI Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho.
1976	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Médicos do Trabalho.• Curso de Especialização para Engenharia de Segurança do Trabalho.• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental na Indústria.
1977	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Engenharia de Segurança.• Curso de Especialização em Medicina do Trabalho.
1978	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental na Indústria.
1979	-	-

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1980	-	-
1981	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental.
1982	-	-
1983	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental.
1984	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental.
1985	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental.
1986	• Curso de Aperfeiçoamento em Saúde, Trabalho e Ecologia Humana.	-
1987	• Curso de Especialização de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.	-
1988	• Curso de Especialização de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.	• Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores na Prevenção de Acidentes de Trabalho”.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1989	-	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Engenharia Ambiental. • Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores na Prevenção de Acidentes de Trabalho III”. • Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores na Prevenção de Acidentes de Trabalho IV” (Votuporanga). • Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores na Prevenção de Acidentes de Trabalho V” (Taubaté). • Curso de Difusão Cultural “Saúde dos Trabalhadores expostos à Sílica”. • Curso de Difusão Cultural “Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno”. • Curso de Difusão Cultural “Saúde dos Trabalhadores expostos aos Agrotóxicos”. • Curso de Difusão Cultural “Saúde dos Trabalhadores expostos ao Chumbo”. • Curso de Difusão Cultural “Saúde dos Trabalhadores expostos ao Ruído”. • Curso de Aperfeiçoamento sobre Avaliação do Impacto Ambiental e Saúde. • VI Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores na Prevenção de Acidentes de Trabalho” (Sorocaba). • Curso de Extensão Universitária sobre prevenção de lesões dos membros superiores.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XI

RELAÇÃO DOS CURSOS DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E LABORATÓRIOS DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	<ul style="list-style-type: none">• Iniciação à Pesquisa em Biologia.	-
1971	<ul style="list-style-type: none">• Iniciação à Pesquisa em Biologia.• Isolamento e Identificação do Vibrio Cólera.	-
1972	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Iniciação à Pesquisa em Biologia.	-
1973	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Iniciação à Pesquisa em Biologia.	-
1974	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Iniciação à Pesquisa em Biologia.• Curso de Técnicas de Laboratório para Diagnóstico do Cólera.	-
1975	-	-
1976	<ul style="list-style-type: none">• Curso Adequado ao Mestrado em Parasitologia Médica.• Curso de Biologia Aplicada.	
1977	<ul style="list-style-type: none">• Curso para Estudante de Nível Superior em Microbiologia.• Curso de Biologia de Métodos para Pessoal Auxiliar da Campo.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Fundamentos Bioquímicos da Nutrição.
1978	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Biologia de Vetores para Pessoal Auxiliar da Campo.	-
1979	-	-
1980	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Laboratório de Saúde Pública.• Curso de Especialização em Laboratório de Saúde Pública.	-

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1981	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Diagnóstico Laboratorial da Leptospirose. • I Curso de Laboratorista de Análise de Água. • II Curso de Laboratorista de Análise de Água. 	-
1982	<ul style="list-style-type: none"> • I Curso de Laboratorista de Análise de Água. • II Curso de Laboratorista de Análise de Água. • Curso de Laboratório de Saúde Pública. 	-
1983	<ul style="list-style-type: none"> • I Curso de Laboratorista de Análise de Água. • II Curso de Laboratorista de Análise de Água. • Curso de Especialização em Laboratório de Saúde Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Laboratório de Saúde Pública.
1984 a 1989	-	-

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XII

RELAÇÃO DOS CURSOS DE MATERNO-INFANTIL DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970 a 1974	-	-
1975	<ul style="list-style-type: none">• Curso Intensivo de Administração de Programa Materno-Infantil.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização “Componente Educativo dos Programas de Saúde Materno-Infantil.
1976	-	-
1977	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Educação e Saúde Materno-Infantil.
1978	-	<ul style="list-style-type: none">• III Curso de Especialização em Educação em Saúde nos Programas de Saúde Materno-Infantil.
1979 a 1981	-	-
1982	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Saúde Materno-Infantil.
1983	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Saúde Materno-Infantil.
1984	-	-
1985	-	<ul style="list-style-type: none">• III Curso de Especialização em Saúde Materno-Infantil.
1986	-	<ul style="list-style-type: none">• IV Curso de Especialização em Saúde Materno-Infantil.
1987	<ul style="list-style-type: none">• Treinamento em Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança.• Curso Internacional de Gerência de Projetos de Saúde Materno-Infantil.	-
1988	-	-
1989	-	<ul style="list-style-type: none">• V Curso de Especialização em Saúde Materno-Infantil.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XIII

RELAÇÃO DOS CURSOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E DE NUTRIÇÃO DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	-	-
1971	-	-
1972	• Curso de Saneamento Geral, Epidemiologia e Administração em Saúde Pública Veterinária.	-
1973	• Curso de Saneamento Geral, Epidemiologia e Administração em Saúde Pública Veterinária.	-
1974	-	-
1975	-	-
1976	-	• Curso de Extensão Universitária sobre Saneamento para Médicos e Veterinários. • Curso de Especialização em Engenharia Ambiental na Indústria.
1977	-	• Fundamentos Bioquímicos de Nutrição.
1978	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental na Indústria.
1979 a 1981	-	-
1982	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental.
1983	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental. • Curso de Especialização em Dietoterapia.
1984	-	• Curso de Especialização em Engenharia Ambiental.

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1985	-	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Aperfeiçoamento: “Avaliação de Programas e Serviços de Nutrição e Alimentação”.
1986	-	-
1987	-	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Extensão Universitária de Proteção de Alimentos. • Curso de Atualização em Custo-Benefício da Teníase-Cisticercose.
1988	-	<ul style="list-style-type: none"> • I Curso de Aperfeiçoamento “A Antropometria como Instrumento Diagnóstico do Estado”.
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Curso Internacional de Produto em Saúde. • Curso de Aperfeiçoamento em Antropometria como Diagnóstico de Saúde e Nutrição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Extensão Universitária “Administração e Epidemiologia em Saúde Animal” - (S. Paulo). • Curso de Extensão Universitária “Administração e Epidemiologia em Saúde Animal” - (Campinas). • Curso de Extensão Universitária sobre Epidemiologia e Controle de Doenças Animais Transmitidas pelo Leite - importância em Saúde Pública. • Curso de Extensão Universitária “Avançado em Epidemiologia e Controle de Doenças Animais Transmitidas pelo Leite, e sua importância em Saúde Pública (Jaboticabal). • Curso de Extensão Universitária “Avançado em Epidemiologia e Controle de Doenças Animais Transmitidas pelo Leite, e sua importância em Saúde Pública (Instituto Biológico). • Curso de Aperfeiçoamento sobre Controle Higiênico Sanitário dos Alimentos de Origem Animal como Instrumento de Saúde Pública. • Curso de Aperfeiçoamento Intensivo sobre Avaliação do impacto Ambiental e Saúde.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XIV

RELAÇÃO DOS CURSOS DE SAÚDE MENTAL DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA- FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970 a 1972	-	-
1973	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Mental.	-
1974	<ul style="list-style-type: none">• Curso Integrado de Saúde Mental.	-
1975 a 1980	-	-
1981	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Ciências Sociais Aplicadas à Saúde/Doença Mental.	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Saúde Mental.
1982	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.	-
1983	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.	-
1984	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.• Curso de Metodologia da Pesquisa em Saúde Mental.	-
1985	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.• Curso de Metodologia da Pesquisa em Saúde Mental.	-
1986	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.• Curso de Metodologia da Pesquisa em Saúde Mental.• Curso Internacional de Administração de Serviços de Saúde Mental.	-

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1987	• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.	-
1988	• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.	-
1989	• Curso de Especialização em Psiquiatria Social.	-

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XV

RELAÇÃO DOS CURSOS DE ESTATÍSTICA, REGISTROS E POPULAÇÃO DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970 a 1972	-	-
1973		<ul style="list-style-type: none">• Curso de Pesquisas Recentes sobre Fertilidade (curta duração).• Dinâmica Populacional e Saúde.• Projeções e Estimativas Populacionais.• Dinâmica Populacional Aplicada à Saúde Pública I.• Dinâmica Populacional Aplicada à Saúde Pública I.• Método Estatísticos Aplicados à Epidemiologia.• Uso de Classificação de Doença em Morbidade e Índices Diagnósticos.• Uso de Classificação de Doenças em Mortalidade.• Técnica de Levantamento de Dados em Estatísticas de Saúde.
1974	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização - Métodos Quantitativos na Avaliação de Pesquisas de Serviços de Saúde.
1975	-	-
1976	<ul style="list-style-type: none">• Curso Avançado de Epidemiologia e Estatística da Saúde.	-
1977 a 1984	-	-
1985	<ul style="list-style-type: none">• Curso Internações Hospitalares e Organização do SAME.	-
1986	-	-
1987	-	-
1988	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Classificação de Doenças.
1989	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Estatísticas de Saúde.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XVI

RELAÇÃO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA SOCIAL DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	• Curso de Odontologia Social.	-
1971 a 1973	-	-
1974	• Curso de Odontologia Social.	-
1975	• Curso de Odontologia Social.	-
1976	• Curso de Odontologia Social.	-
1977	-	-
1978	-	-
1979	• Curso de Odontologia Social.	-
1980	• Curso de Especialização em Odontologia Social.	-
1981	-	-
1982	-	-
1983	-	• Curso de Especialização em Odontologia Social.
1984 a 1986	-	-
1987	• Curso de Especialização em Odontologia Social.	-
1988	• Curso de Especialização em Odontologia Social.	-
1989	• Curso de Especialização em Odontologia Social.	• I Curso de Capacitação para a Gerência e Administração de Serviços Odontológicos - Brasília.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XVII

RELAÇÃO DOS CURSOS DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970	• Curso de Tisiologia Clínica e Sanitária.	-
1971	• Curso de Tisiologia Clínica e Sanitária.	-
1972	• Curso de Tisiologia Clínica e Sanitária.	-
1973	• Curso de Tisiologia Clínica e Sanitária.	-
1974	• Curso sobre Programação e Controle da Tuberculose.	-
1975	• Curso Intensivo de Administração de Programas de Controle da Tuberculose.	-
1976	-	• Curso de Extensão Universitária de Tisiologia Sanitária.
1977	-	-
1978	-	-
1979	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-
1980	-	-
1981	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-
1982	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-
1983	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	• I Curso de Especialização em Tisiopneumologia Sanitária.
1984	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-

(CONT.)

ANOS	ENSP	FSP
1985	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-
1986	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-
1987	• Curso Nacional de Pneumologia.	-
1988	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-
1989	• Curso Nacional de Pneumologia Sanitária.	-

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XVIII

RELAÇÃO DOS CURSOS DE DIREITO SANITÁRIO DA ENSP E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-FSP DA USP, DO PERÍODO 1970-1989

ANOS	ENSP	FSP
1970 a 1986	-	-
1987	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Difusão Cultural sobre Saúde, Direito e Trabalho.
1988	-	-
1989	-	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Direito Sanitário.

Fonte: Pesquisa de Campo. Documentos da Secretaria Acadêmica da ENSP e da Assessoria Acadêmica da FSP/USP

ANEXO XIX

RELAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS CURSOS, ARTIGOS, INFORMES E RELATÓRIOS DE SEMINÁRIOS E ENCONTROS PUBLICADOS PELA REVISTA “ENSINO DA SAÚDE PÚBLICA, MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NO BRASIL”, NO PERÍODO DE A 1982 A 1988

RELAÇÃO DOS CURSOS

Nº DA REVISTA	CURSO	DATA
Nº 01 (1982)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino da Saúde Pública 	1981
Nº 03 (1984)	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores na área de Ciências Sociais em Saúde • Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores em Planejamento de Saúde 	16 a 27/maio/1983 14 a 26/novembro/1983

Fonte: Pesquisa documental - Revistas da ABRASCO nºs 1-5

RELAÇÃO DOS ARTIGOS

Nº DA REVISTA	ARTIGO	AUTOR
Nº 01 (1982)	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento teórico conceitual do ensino em Saúde Coletiva • A experiência da ENSP na descentralização dos Cursos de Saúde Pública • A experiência do Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública • Considerações sobre Pós Graduação em Saúde Coletiva 	Jairnilson Paim Hélio Uchoa - Elsa Paim Paulo Buss José Paranaguá Santana

RELAÇÃO DOS ARTIGOS (CONT.)

Nº DA REVISTA	ARTIGO	AUTOR
Nº 02 (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • A pesquisa na área de Saúde Coletiva no Brasil. A década de 70 • Estado atual do Ensino e da Pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil • Caracterização do Ensino, Pesquisa e Recursos Docentes na Área de Ciências Sociais nos Cursos de Pós Graduação em Saúde Coletiva no Brasil • Caracterização do Ensino e dos Docentes de Administração e Planejamento em Saúde no Brasil 	<p>Cecília Donângelo</p> <p>Cecília Donângelo</p> <p>Regina Marsiglia e Selma Spinelli</p> <p>Temporão e Javier</p>
Nº 03 (1984)	<ul style="list-style-type: none"> • A Política Oficial do Desenvolvimento Científico e Tecnológico no Brasil na Área de Saúde - Trabalho • Caracterização dos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social no Brasil • Situação Atual do Ensino e da Pesquisa da Saúde Ocupacional na Pós Graduação em Saúde Coletiva • Situação Atual dos Programas de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social 	<p>Ana Tambellini</p> <p>Francisco Campos e Sábado Girardi</p> <p>Comissão Organizadora da IRNEP em Saúde Ocupacional</p> <p>Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica</p>
Nº 04 (1985)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política • Medicina, Saúde e Sociedade • Pesquisa em Saúde Coletiva • Situação Atual do Ensino e da Pesquisa da Epidemiologia na Pós Graduação em Saúde Coletiva 	<p>Jairnilson Paim</p> <p>José Carlos Pereira Pellegrini, Lenita Nicoleti e cols.</p> <p>Comissão Organizadora do IRNEP em Epidemiologia</p>

RELAÇÃO DOS ARTIGOS (CONT.)

Nº DA REVISTA	ARTIGO	AUTOR
Nº 05 (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • A Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) • Contribuições para o Debate sobre Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil • A Especialização em Saúde Pública no Brasil no período de 82 a 86 • A Residência e a Organização Social da Prática Médica • Regulamentação da Residência Médica: entre as técnicas pedagógicas e as políticas de saúde 	<p>Amélia Cohen e Everardo Nunes Paulo Elias, Regina Marsiglia e Ricardo Bruno Eliana Labra, Cornelius Van Stralen e Maria José Scochi Lília Blima Paulo Elias</p>

Fonte: Pesquisa documental - Revistas da ABRASCO nºs 1-5

REGISTROS DE REUNIÕES DE 1981 A 1986

Nº DA REVISTA	REUNIÃO	LOCAL / DATA
Nº 01 (1982)	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Forum sobre Residência em Medicina Social Medicina Preventiva e Saúde Pública 	Rio de Janeiro - RJ 27 e 28 de julho de 1981
Nº 02 (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • Seminário Nacional sobre o Ensino da Epidemiologia • V Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública da ENSP - 80/81 • II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados na Área de Saúde Coletiva • 1ª. Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva • 1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Administração e Planejamento na Área de Saúde Coletiva 	<p>Salvador/Porto Alegre Novembro de 1981 Rio de Janeiro - RJ 28.09 a 02.10.1981 São Paulo Julho - 1982 São Paulo 05 a 07.07.1982 Nova Friburgo 15 a 17.09.1982</p>

REGISTROS DE REUNIÕES DE 1981 A 1986 (CONT.)

Nº DA REVISTA	REUNIÃO	LOCAL / DATA
Nº 03 (1984)	<ul style="list-style-type: none"> • III Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva e Social • II Forum sobre Residência em Medicina Preventiva e Social • I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde Ocupacional • VI Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública Descentralizados • I Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva 	<p>Uberlândia 14 a 16.04.1983</p> <p>Cachoeira do Campo- MG 27 a 30.07.1983</p> <p>Campos de Jordão - SP 02 a 06.08.1983</p> <p>Nova Friburgo - RJ 25 a 28.10.1983</p> <p>Rio de Janeiro - RJ 12 a 15.11.1983</p>
Nº 04 (1986)	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião de Avaliação do Programa de Saúde Coletiva - FINEP/CNPq • I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia • Seminário sobre Perspectivas da Epidemiologia frente à Reorganização dos Serviços de Saúde 	<p>Nova Friburgo - RJ 21 a 25.08.1984</p> <p>Nova Friburgo - RJ 11 a 13.09.1984</p> <p>Itaparica - BA 13 a 16.05.1986</p>
Nº 05 (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório do Encontro Nacional de Pós Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária • Seminário "Informação em Saúde Coletiva: uma proposta de integração institucional" • Relatório Final do VII Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública 	<p>Cachoeira - BA 17 a 19.06.1987</p> <p>Brasília 07 a 09.10.1986</p> <p>Rio de Janeiro - RJ Maio de 1986</p>

Fonte: Pesquisa documental - Revistas da ABRASCO nºs 1-5

RELAÇÃO DOS INFORMES TÉCNICOS - ABRASCO DE 1983 A 1984

Nº DA REVISTA	INFORMES TÉCNICOS
Nº 03 (1984)	<ul style="list-style-type: none">• Grupo de Trabalho sobre o Ensino da Medicina Preventiva e Social nos Cursos Médicos - 1983• Grupo de Trabalho sobre Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social - 1983• Grupo de Trabalho sobre Avaliação e Propostas dos Cursos de Saúde Pública - 1984

Fonte: Pesquisa documental - Revistas da ABRASCO n^{os} 1-5

ANEXO XX

RELAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS DO PAR-PROGRAMA DE APOIO ÀS RESIDÊNCIAS EM MEDICINAS SOCIAIS, MEDICINA PREVENTIVA E PÚBLICA - ANO I

01. Residência em Medicina Social - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e INAMPS.
02. Curso Especialização em Medicina Social - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e INAMPS.
03. Residência em Medicina Preventiva e Social - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e INAMPS.
04. Residência em Medicina Social - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e INAMPS.
05. Residência em Medicina Preventiva e Social - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Bahia (UFBA) E INAMPS.
06. Residência em Medicina Comunitária - Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (SSMARGS) Projeto São José do Murialdo e INAMPS.
07. Residência em Medicina Social - Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Equipes de Saúde do INAMPS/Ceará e Universidade Federal do Ceará.
08. Residência em Medicina Social - Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Maranhão e INAMPS.
09. Residência em Medicina Social - Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina de Petrópolis/RJ e INAMPS.
1. Residência em Saúde Pública e medicina social - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ e INAMPS.

ANEXO XXI

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÕES COMUNS PARA A FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA/USP E ENSP :

01. Observando as duas décadas, como você analisaria a participação da Escola na formação para os serviços de saúde? Nesse período houve mudanças nos cursos? Houve mudanças na clientela?
02. Que momentos, projetos ou mesmo eventos, ao longo dessas duas décadas, representaram saltos na questão do ensino da saúde pública, que possam ser significativos para marcar períodos?
03. Como se dá a relação da Escola/Faculdade com o Ministério da Saúde, nessas duas décadas?
04. E com as Secretarias Estaduais de Saúde?
05. E com os municípios?
06. Como a Escola/Faculdade recrutou e selecionou docentes, nos diferentes contextos vigentes no período abordado por este estudo? Destaque se houve estratégia especial
07. Na dinâmica da Escola/Faculdade, como se vão formando os grupos de trabalho, organizando-se as equipes, os departamentos, núcleos etc.?
08. Quais as referências utilizadas pela Escola/Faculdade para organizar suas programações, formatar seus cursos e disciplinas, nestas duas décadas?
09. Quando se instala a pós graduação *stricto sensu* ocorre alguma modificação nos cursos de especialização?
10. Como analisa a entrada da ABRASCO, em 1979, no cenário da formação em saúde pública, para a Escola/Faculdade?
11. E com relação ao CEBES?
12. Tem conhecimento de alguma rede informal que tenha influenciado o desenvolvimento dos cursos? Em caso positivo, como ela operava?
13. Os alunos influenciaram mudanças na Escola/Faculdade nesse período? Em caso positivo, de que forma?
14. A Escola/Faculdade estabeleceu alguma relação com seus ex-alunos? Os ex-alunos procuram a Escola? Em caso positivo, como se dá essa relação?

QUESTÕES RELATIVAS ÀS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

1. Como se deu a participação da Escola/Faculdade na 7a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, em Brasília?
2. E na 8a. Conferência Nacional de Saúde, em 1986? E nas pré Conferências Estaduais?
3. E nas Conferências de temas específicos (Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Recursos Humanos)?

QUESTÕES ESPECÍFICAS PARA A ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/ENSP

1. Você acha que a montagem dos programas de cursos, durante a década de 70, foi influenciada pela lógica ou por algum movimento ou fenômeno que se passava ao nível das políticas de governo, dos serviços de saúde ou da sociedade brasileira? De que forma?
2. Na relação de cursos observam-se que alguns deles foram considerados especiais. Refiro-me àqueles ministrados para o Exército e depois para a Fundação SESP. Por que esses cursos eram especiais e por que foram oferecidos pela Escola nessa modalidade?
3. Observo que a programação de 1980 oferece muitas especializações, alguns aperfeiçoamentos e que surgem muitos cursos internacionais. Como você explica essa configuração?

RELATIVAS AO PESES/PEPPE

1. A partir da criação do PESES/PEPPE observam-se mudanças importantes nas programações e nas equipes docentes? O que mudou com o Peses/Peppe no conjunto dos cursos e das disciplinas? Quais os grupos que foram mais permeáveis a mudanças? Essa experiência mudou o processo de gestão da Escola? De que forma?
2. Ainda com relação ao PESES/PEPPE, como se passou a relação:
 - entre Escola e FINEP?
 - entre Escola e OPS?(sub-projeto do ensino)
 - entre Escola e outros Centros Formadores em Saúde Pública?
 - entre Escola e Serviços de Saúde?
3. Na sua opinião, o PESES/PEPPE influenciou o ensino da Saúde Pública brasileira? Como se deu essa influência? Você situa alguma contribuição especial na formação de pessoal para os serviços? Como?
4. O PESES/PEPPE influenciou a renovação do corpo docente da ENSP. Nesse caso, como se processou a relação entre os “antigos” e os “novos” docentes?

RELATIVAS AOS CURSOS DESCENTRALIZADOS.

1. Como e porque surge a idéia de realizar cursos descentralizados?
2. Como os professores da ENSP se envolvem com essa idéia? Há alguma modificação nos programas de cursos e na gestão da Escola decorrentes da implantação do programa? Comente.
3. Como se dá a relação da Escola com as Secretarias de Estado? E com os outros Centros Formadores que vieram a se constituir em pólos descentralizados? E com outros parceiros, como SUDENE e SUDAM, que constam da bibliografia como parceiros?
4. Você considera que essa experiência contribuiu para o ensino da Saúde Pública brasileira? De que forma? E para os serviços de saúde? Comente.
5. Alguns trabalhos analisam a experiência de implantação dos descentralizados, referindo inovações. Você concorda que elas ocorreram? Como a ENSP lidava com essas inovações?
6. Os registros dos Seminários de Avaliação dos descentralizados trazem discussões importantes para a relação ensino x serviço, como: perfil generalista x especializado, mudanças no serviço e introdução de novas abordagens disciplinares, dentre outras. A ENSP aproveitava o resultado desses Seminários? Como?

QUESTÕES RELATIVAS À RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

1. Por que a ENSP/Faculdade optou pela instalação da Residência?
2. Você considera que a Residência cumpria bem, nesse período, a função de formar profissionais para os serviços de saúde? Por que?
3. O Programa de Residência trouxe mudanças para a escola/Faculdade?

ESPECÍFICAS PARA A FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA:

01. Observei, pela análise dos dados, uma significativa participação de docentes da Faculdade, nesse período, em cargos do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Você acha que a programação da Escola foi influenciada por essa relação? De que forma?
02. Observei também, que, nesse período, alguns cursos foram realizados em Brasília. O que mobilizou a oferta de cursos com essa característica? A autorização de seu funcionamento, nessas condições, sofreu alguma restrição por parte da Universidade?
03. A partir do ano de 76, ocorre uma série de cursos de Especialização em Saúde Pública para nível local. Porque surgem esse cursos?
04. Os cursos de Especialização em Saúde Pública para nível local, têm uma diferença programática. Como você analisaria a sua entrada na programação da Escola?
05. Você acha que os cursos de Especialização em Saúde Pública para nível local contribuíram para a administração da saúde no estado de São Paulo? Como e porque?
06. Nos anos 80, a Faculdade realiza alguns cursos no interior de S.Paulo. Porque? Você acha que essa ação externa tem algum significado especial para a Faculdade? Em caso positivo, qual? A Universidade criou algum tipo de restrição para o seu funcionamento?
07. Você acha que o aumento do grau de titulação dos professores influencia o perfil da programação? De que forma?
08. Durante essas duas décadas, a Faculdade teve algum programa inovador que você destacaria como importante para a evolução dos cursos de preparação de quadros para os serviços de saúde? Comente.
09. Porque a Faculdade não implantou Programa de Residência?
10. Observa-se no perfil da programação de cursos da Faculdade, uma opção pela segmentação de clientela por profissão, diferente de outros centros que oferecem os mesmos cursos para profissões diversas. Qual a razão dessa opção?
11. Observa-se que a partir de um determinado período, os cursos se organizam por profissões, mas que o módulo inicial é igual para todos e o trabalho de campo também é multiprofissional. Porque a Faculdade optou por essa construção? Comente.
12. Nos arquivos de cursos não foi possível encontrar relatórios. Estou trabalhando, nesta tese, com a análise de projetos. Após a aprovação dos projetos, era possível operar alterações nos projetos de cursos? Comente.
13. Observei, nas listas de alunos de cursos lato sensu, um número significativo de sanitaristas que se tornaram, posteriormente, reconhecidos docentes e militantes. Os alunos influenciavam modificações da Escola? Em caso positivo de que forma essa influência se processava?

ANEXO XXII

RELAÇÃO DAS ENTREVISTAS

- Entrevista nº 01 - Dr. Paulo Marchiori Buss - Dia 28.03.98 - ENSP/FIOCRUZ
- Entrevista nº 02 - Prof. Arlindo Fábio Gómez - Dia 05.04.98- ENSP/FIOCRUZ
- Entrevista nº 03 - Dr. Rui Laurenti - Dia 07.04.98 - FSP/USP
- Entrevista nº 04- Dr. José Carlos Seixas - Dia 07.04.98 - FSP/USP
- Entrevista nº05 - Dr. Valter Leser - Ex-Secretário Estadual de Saúde de S.Paulo- Dia 07.04.98.
- Entrevista nº 06 - Dr. Eduardo Azeredo Costa - ENSP/FIOCRUZ- Dia 09.04.98
- Entrevista nº 07- Dr. Antônio Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ- Dia 11.04.98

ENTREVISTAS DE ORIENTAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO:

- Entrevista nº 08 - Dr. Paulo Sabrosa - ENSP-Agosto de 1997
- Entrevista nº 09 - Dr. Jaime Oliveira - ENSP -Agosto de 1997

ANEXO XXIII

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXAMINADOS DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

1. ATRAVÉS DA RELAÇÃO DOS ALUNOS INSCRITOS, MATRICULADOS E/OU CONCLUINTES:

ANO	REFERÊNCIA
1971	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização e Planejamento do Setor Saúde
1972	<ul style="list-style-type: none">• Curso Livre de Saúde Ocupacional• Curso Livre de Controle da Poluição do Meio I• Curso Livre de Poluição e Ecologia• Curso Livre de Nutrição e Saúde Pública• Curso Livre de Fundamentos Sociais e Culturais da Saúde Pública VI• Curso Livre de Dinâmica Populacional Aplicada a Saúde Pública I• Curso Livre de Sobre Aspectos Médicos de Higiene do Trabalho• Curso Livre de Planejamento em Saúde Pública• Curso Livre de saneamento do Meio e Planejamento Territorial• Curso Livre de Higiene e Controle de Alimentos• Curso Livre de Introdução à Saúde Pública para Assistentes Sociais• Curso Livre de Laboratório de Higiene do Trabalho• Curso de Especialização em Epidemiologia Médico Entomológica• Curso de Especialização em Projeções e Estimativas Populacionais• Curso de Especialização em Dinâmica Populacional e Saúde• Curso Sobre uso da Classificação Internacional de Doenças• Curso de Especialização em Pesquisas Recentes Sobre Fertilidade• Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde
1973	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde• Curso de Planejamento de Pesquisa• Curso de Planejamento em Saúde• Curso de Técnicas de Levantamento de Dados em Estatística de Saúde• Curso Sobre uso da Classificação Internacional de Doenças em Mortalidade• Curso Sobre uso da Classificação Internacional de Doenças em Morbidade e Índices Diagnósticos• Curso de Métodos Estatísticos Aplicados a Epidemiologia

ANO	REFERÊNCIA
1973 (Cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Dinâmica Populacional Aplicadas a Saúde Pública I • Curso de Dinâmica Populacional Aplicadas a Saúde Pública II • Curso de Projeções e Estimativas Populacionais • Curso Sobre Pesquisas Recentes em Fertilidade • Curso de Extensão Universitária Sobre Resíduos Sólidos e Limpeza Urbana • I Curso de Especialização em Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho • I Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho
1975	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho • VI Curso de Médico do Trabalho • Curso de Extensão Universitária Fundamentos de Saúde Pública • Curso de Especialização do Componente Educativo dos Programas de Saúde Materno Infantil • Curso de Fundamentos de Pedagogia Aplicada a Enfermagem de Saúde Pública • V Curso de Médicos do Trabalho • V Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho
1976	<ul style="list-style-type: none"> • I Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local - Médicos • II Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local - Médicos • Curso de Extensão Universitária de “Fisiologia Sanitária” • Curso de Extensão Universitária Sobre Procedimentos da Pesquisa Científica • Curso de Extensão Universitária Sobre resíduos Sólidos e Limpeza Pública • Curso de Extensão Universitária Sobre Saneamento para Médicos e Veterinários • Curso de Fundamentos de Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem de Saúde Pública • Curso de Especialização em Epidemiologia Médica Entomológica • IX Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde • Curso de Especialização para Engenheiros de Segurança do Trabalho • Curso de Especialização de Engenharia Ambiental na Indústria • Curso para Médicos do Trabalho
1977	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização de Entomologia Epidemiológica • Curso de Especialização em Administração Hospitalar - DF • X Curso de Especialização em do Setor Saúde • Curso de Especialização em Engenharia de Segurança • Curso de Especialização em Medicina do Trabalho

ANO	REFERÊNCIA
-----	------------

1977 (Cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • II Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local • VI Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local • Curso de Extensão Universitária Fundamentos de Pedagogia e Didáticas Aplicados à Saúde Pública • Curso de Extensão Universitária em Educação e Saúde na Escola para alunos do SENAI • Curso de Extensão Universitária Sobre Fundamento Bioquímicos da Nutrição • Curso de Especialização em Educação e Saúde nos Programas de Saúde Materno Infantil • Curso de Extensão Universitária Sobre Educação em Saúde Pública para Médicos Veterinário e Engenheiros Agrônomos
1978	<ul style="list-style-type: none"> • V Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local • VI Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local • Curso de Especialização em Administração Hospitalar - Araçatuba • Curso de Extensão Universitária Sobre Tóxicos, Efeitos, Prevenção e Reabilitação - Aspectos Educacionais • Curso de Especialização em Engenharia Ambiental na Indústria • Curso de Especialização em Educação em Saúde nos Programas de Saúde Materno Infantil • Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde • Curso de Extensão Universitária Fundamentos de Pedagogia e Didáticas Aplicados à Saúde Pública
1979	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização e Planejamento do Setor Saúde • VII Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local
1980	<ul style="list-style-type: none"> • VIII Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica • XIII Curso de Especialização e Planejamento do Setor Saúde • IX Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local - Medicina
1981	<ul style="list-style-type: none"> • IX Curso de Especialização em Entomologia Epidemiológica • VI Curso de Especialização em Saúde Mental • XIV Curso de Especialização e Planejamento do Setor Saúde • Curso de Especialização em Saúde Pública para Nível Local - Medicina • Planilha com dados de alunos inscritos, matriculados e concluintes, com origem institucional dos cursos de saúde pública de 1970 a 1981 (medicina, enfermagem, farmácia, odontologia, nutrição, engenharia, arquitetura e outras profissões)

ANO	REFERÊNCIA
-----	------------

1986	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública - Medicina
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Direito Sanitário • Curso de Especialização em Estatística de Saúde • V Curso de Especialização em Saúde Materno Infantil • Curso de Especialização e Administração de Serviços de Saúde - Administração Hospitalar • Curso de Especialização em engenharia em Saúde Pública • Curso de Especialização em Saúde Pública Veterinária • Curso de Especialização em Engenharia Ambiental • Curso de Extensão Universitária de Epidemiologia e Controle de Doenças Animais Transmitidas pelo Leite - Importância em Saúde Pública • Curso de Extensão Universitária de Prevenção de Lesões dos Membros Superiores • Curso de Extensão Universitária de Formação para Prevenção de Acidente de Trabalho • Curso de Extensão Universitária de Administração e Epidemiologia em Saúde Animal • Curso de Extensão Universitária Sobre pratica do Planejamento e Saúde Materno Infantil • Curso de Extensão Universitária Educação em Saúde na Escola: Alcance e Limitações • Curso de Extensão Universitária de Administração e Epidemiologia em Saúde Animal • Curso de Extensão Universitária Avançado em Epidemiologia e Controle de Doenças Animais Transmitidas pelo Leite e sua Importância em Saúde Pública - Jaboticabal • Curso de Extensão Universitária em Epidemiologia Clínica • II Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores para Prevenção de Acidentes do Trabalho” • VI Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores para Prevenção de Acidentes do Trabalho” • V Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores para Prevenção de Acidentes do Trabalho” • VI Curso de Extensão Universitária “Formação de Coordenadores para Prevenção de Acidentes do Trabalho” • Curso de Difusão Cultural “Educação na Saúde e Participação Popular” • Curso de Difusão Cultural em Saúde dos Trabalhadores • Curso de Difusão Cultural Trabalhadores Expostos ao Benzeno • Curso de Difusão Cultural Trabalhadores Expostos ao Chumbo • Curso de Difusão Cultural Trabalhadores Expostos à Sílica
ANO	REFERÊNCIA

- 1989 (Cont.)
- Curso de Difusão Cultural Trabalhadores Expostos ao Ruído
 - Curso de Difusão Cultural Trabalhadores Expostos aos Agrotóxicos
 - II Curso Regional de Capacitação em Gerência de Serviços de Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar
 - Curso de Aperfeiçoamento de Capacitação de Profissionais para a Gerência de Administração de Serviços Odontológicos
 - Curso de Aperfeiçoamento “Controle Higiênico Sanitário dos Alimentos de Origem Animal como Instrumento de Saúde Pública”
 - Curso de Aperfeiçoamento Intensivo Sobre Avaliação do Impacto Ambiental e Saúde
 - Curso de Especialização em Saúde Pública (medicina, odontologia, biologia, educação, farmácia, engenharia, enfermagem, demais profissões)
 - Curso de Especialização em Engenharia de Controle da Poluição
 - Curso de Especialização em Saúde Pública Regionalizado em São José dos Campos
 - Curso de Especialização em Engenharia em Saneamento Básico
-

2. ATRAVÉS DAS RELAÇÕES DOS CURSOS EXTRAORDINÁRIOS E EXTRACURRICULARES

ANO	REFERÊNCIA
1974	• Cursos Extraordinários
1982	• Cursos Extraordinários
1983 a 1989	• Cursos Extracurriculares

3. ATRAVÉS DOS PROJETOS DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

ANO	REFERÊNCIA
-----	------------

1970	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública – (Medicina, Enfermagem, Arquitetura, Odontologia, Veterinária, Farmácia, Engenharia, outros profissões).
1975	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública – (Engenharia, Odontologia, medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, outros profissões).
1980	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública – (Medicina, Odontologia, Farmácia, Arquitetura, Enfermagem, Veterinária, Engenharia, Nutrição). • Curso de Saúde Pública para Nível Local – (Medicina). • Curso de Planejamento do Setor Saúde.
1981	<ul style="list-style-type: none"> • XI e XII Cursos de Especialização em Saúde Pública para Nível Local – Área Medicina USP • XIV Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.
1982	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Engenharia Sanitária e Ambiental • Curso de Especialização em Engenharia Sanitária • Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde
1983	<ul style="list-style-type: none"> • XVI Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde • Curso de Especialização em Educação em Saúde Pública
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública – Educação • Curso de Especialização em Saúde Pública - Enfermagem
1985	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública (Educação, Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Veterinária, Educação).
1986	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública – Farmácia-Bioquímica • Curso de Especialização em Saúde Pública – Educação • Curso de Especialização em Saúde Pública – Odontologia • Curso de Especialização em Saúde Pública – Educação – Proc. 987/8
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Curso Descentralizado de Especialização em Saúde Pública – São José dos Campos
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Especialização em Saúde Pública (Biologia, Educação, Enfermagem, Engenharia, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Veterinária, outras profissões).

Fonte: Assessoria Acadêmica da Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO XXIV

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXAMINADOS DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA-ENSP

1. ATRAVÉS DE PROJETOS E RELATÓRIOS DE CURSOS

ANO	REFERÊNCIA
1970	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública
1971	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Epidemiologia e Saneamento e de Saúde Pública
1975	<ul style="list-style-type: none">• Curso Básico de Saúde Pública
1979	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social
1980	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública• Curso de Especialização em Saúde Pública – Epidemiologia• Residência em Medicina Preventiva e Social
1981	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Saúde Pública
1985	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Saúde Pública• Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social• Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistema de Saúde• Curso de Especialização em Saúde Pública – Epidemiologia
1989	<ul style="list-style-type: none">• Curso de Especialização em Saúde Pública• Curso de Residência em Saúde Pública e Medicina Social• Curso de Especialização em Epidemiologia• Curso Internacional de Especialização em Planejamento de Sistemas de Saúde.• Curso de Especialização em Sistema de Saúde

2. ATRAVÉS DE PROJETOS E RELATÓRIOS DE CURSOS DESCENTRALIZADOS

ANO	REFERÊNCIA
1975	Curso de Saúde Pública de Belém Curso de Saúde Pública de Porto Alegre
1980	Curso de Saúde Pública de Curitiba Curso de Saúde Pública de Salvador
1985	Curso de Saúde Pública de Goiânia Curso de Saúde Pública de Londrina
1989	Curso de Saúde Pública de Belo Horizonte Curso de Saúde Pública de Fortaleza

3. ATRAVÉS DO RELATÓRIO DOS CURSOS MINISTRADOS PELA ENSP

ANO	REFERÊNCIA
1970 a 1989	Relatório de Cursos ministrados pela ENSP

Fonte: Secretaria Acadêmica da ENSP - SECA/ENSP

ANEXO XXV

RELAÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS EXAMINADOS

RESOLUÇÕES DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ANO	REFERÊNCIA
1982	<ul style="list-style-type: none">Resoluções CNRM de nº 06 a nº 15
1983	<ul style="list-style-type: none">Resoluções CNRM de nº 01 a nº 03

Fonte: Diário Oficial da União

OFÍCIO E PROCESSO

ANO	REFERÊNCIA
1987	<ul style="list-style-type: none">Of. 291/87/SMS - Ofício da Prefeitura de São José dos Campos-SP para a Direção da Faculdade de Saúde Pública da USP, solicitando realização de curso descentralizado, em parceria.Proc. 127/87 - FSP - Processo originado da solicitação da Prefeitura de São José dos Campos-SP, em que se recomenda a implementação da parceria.