

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

Margareth Rose Gomes Garcia

**A implementação do modelo de formação multiprofissional no programa de ensino da
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

Rio de Janeiro

2020

Margareth Rose Gomes Garcia

**A implementação do modelo de formação multiprofissional no programa de ensino da
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Virginia Alonso Hortale

Coorientador: Prof. Dr. Gideon Borges dos Santos

Rio de Janeiro

2020

**The implementation of the multiprofessional training model in the teaching program of
the Sérgio Arouca National School of Public Health**

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

G216i Garcia, Margareth Rose Gomes.
A implementação do modelo de formação multiprofissional no
programa de ensino da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca/ Margareth Rose Gomes Garcia. -- 2020.
160 f.

Orientadores: Virginia Alonso Hortale e Gideon Borges dos
Santos.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Saúde Pública. 2. Educação Interprofissional. 3. Internato e
Residência. 4. Capacitação em Serviço. 5. Capacitação de Recursos
Humanos em Saúde. 6. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 378.199

Margareth Rose Gomes Garcia

**A implementação do modelo de formação multiprofissional no programa de ensino da
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em: 4 de setembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gustavo de Oliveira Figueiredo
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Doutor Carlos Henrique Assunção Paiva
Fundação Oswaldo Cruz – Casa de Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Maria Luiza Silva Cunha
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Gideon Borges dos Santos (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dra. Virginia Alonso Hortale (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2020

Aos meus grandes amores, Noemia Gomes Garcia e José Garcia dos Anjos Leal (*in memoriam*)
e José Augusto Garcia Moreira Gomes.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Virginia Hortale por ter me aceitado no grupo de pesquisa; lido os meus primeiros esboços do projeto de estudo e ter acreditado que poderiam chegar a uma tese; pela cumplicidade em um período de condições bem adversas, como a pandemia e as crises na saúde, na política, entre outras.

Ao Gideon Borges, meu coorientador, que como bom educador pegou pelas minhas mãos e compartilhou os segredos da escrita, de uma forma doce, sábia, sincera e solidária.

Para minha dupla de orientadores, sem os seus ensinamentos e generosidade, não chegaríamos aqui.

À minha orientadora do mestrado em Saúde Coletiva e membra da banca de qualificação do doutorado, Jane Dutra Sayd, sempre generosa em suas contribuições.

Ao Rafael Arouca, professor e membro da banca de qualificação do doutorado, que ouviu minhas primeiras inquietações com o tema, contribuiu para o recorte do projeto na qualificação e na banca de defesa.

Aos professores da Casa de Oswaldo Cruz, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal Fluminense (UFF) pela disponibilidade de estabelecer diálogos férteis na vida e em suas disciplinas. Especialmente, Carlos Paiva, Tania Fernandes, Luiz Otávio Ferreira, Fernando Pires-Alves, Gustavo Figueiredo, Lilian Koiffman.

Especialmente, agradeço à coordenação, aos professores e à biblioteca da própria Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) por estarem sempre atentos em manter o diálogo, a cumplicidade e o respeito.

Ao Departamento de Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, especialmente à Nathacha Regazzini Bianchi Reis e à Bianca de Carvalho Rezende, pelo profissionalismo e pela tranquilidade que nos deram ao longo período em que estivemos compartilhando os nossos dias de coleta de dados dos dossiês da Base Arch.

Aos meus queridos amigos e amigas do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública que, ao longo dessas décadas de encontros amorosos, acolhedores e instigadores, desculpem alguns desencontros. Especialmente, às chefias Tizuko Shiraiwa, Cristina Figueiredo Botelho, Else B. Gribel, Emilia Correia e Eliane Chaves Vianna.

Aos coordenadores Guido Palmeira, José Wellington Gomes, Maria Alice Pessanha de Carvalho, Helena Seidl e Márcia Fausto, docentes (representado pela delicadeza da dupla Elaine Savi e Fátima Rocha), preceptores (representado pela parceria inesquecível com Edson Menezes) e residentes (de Saúde Pública e da Saúde da Família) que propiciaram me tornar

preceptora, depois docente e coordenadora executiva por várias décadas da minha vida. Gostaria de agradecer e lembrar dos residentes que partiram muito cedo: Tamyris Paiva Carvalho Loureiro, pelo seu olhar cuidadoso e carinhoso, e Felipe Pinheiro Pergentino, o melhor grande abraço de um enfermeiro dançarino.

Aos meus pais (*in memoriam*) por terem me ensinado a ter fé em Deus e na vida.

Ao meu filho, José Augusto Garcia, pelo carinho e apoio, por não me deixar desistir e ser o meu auxiliar de pesquisa (contribuindo na produção do arquivo fotográfico da tese).

Às minhas irmãs, Jane e Rosana desculpem o pouco tempo de convivência nos últimos anos. Meus irmãos, Beto e Everardo (*in memoriam*), obrigada pelo carinho.

Aos meus sobrinhos, sobrinhas, sobrinhos-netos e às irmãs do meu filho pela alegria de nossos encontros; e, aos seus pais que me possibilitaram viver a experiência de ser Tia e Tivó.

Aos meus amigos e terapeutas Soraya Jordão e Durval Mota por estarem comigo nessa caminhada de uma forma acolhedora e impulsionadora.

Às minhas amigas da vida e dos grupos, Regina Almeida pela escuta solidária, amorosa e atenta; Marilene Nascimento pelas longas e boas conversas, dicas para o meu autocuidado e amizade solidária desde o curso de mestrado em Saúde Coletiva; Gíssia Galvão pelo carinho e cuidado; Celina Boga e Elizabeth Romeiro pela convivência ética, poética e militante; Tânia Almeida pelos encontros em vários momentos da vida, desde a profissão ao compartilhamento da infância de nossos filhos; Sieglinda Viana, Vitória Pamplona e Maria Auxiliadora Freire, desculpem a ausência; Elza Maria Gomes da Silva pelos vários anos de compartilhamento do cuidado da nossa família; às “Meninas do CSEGSF”, minha existência é muito melhor com vocês; às “Viajantes” pelas longas conversas e caminhos trilhados; as de “Nikiti”, que me lembram como é bom estar no aqui e agora; as “Lulazinhas na praça”, que me lembram que a luta continua; ao grupo da arteterapia (especialmente, à mestra Denise Vianna), que foi um oásis nesses dias de pandemia e de pandemônicos.

À Monireh Obbadi, à Monica de Resende e à Tânia Celeste Matos Nunes, que com as suas produções acadêmicas me apoiaram na elaboração desta tese.

Aos amigos do doutorado pelo carinho, convivência respeitosa e, especialmente, pelo compartilhamento de momentos difíceis da história brasileira recente. Iniciávamos o processo seletivo durante o segundo governo da primeira mulher presidente; no primeiro ano do doutorado, houve o golpe que levou ao seu impeachment; no terceiro ano, foi eleito um chefe do executivo exaltador do golpe civil-militar de 1964; e, finalmente, a pandemia do Covid-19, tratada com descaso por esse chefe, para finalizar essa distopia!

Assim, quando for possível, um grande abraço!

*O seu olhar agora,
o seu olhar nasceu
o seu olhar me olha
o seu olhar é seu
o seu olhar, seu olhar melhora
melhora o meu...*

(ANTUNES; TAIT, 1995).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender como o modelo de formação multiprofissional, nas décadas de 1960 e 1970, se tornou uma prática estabelecida em uma instituição de ensino, pesquisa e serviço na área da saúde pública, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). A pesquisa parte do questionamento sobre quais foram as razões, as estratégias e os elementos políticos e pedagógicos que levaram à implementação do modelo na instituição. O estudo é qualitativo de base documental em dois períodos. O primeiro, que ocorreu em meados da década de 1960, quando a formação em saúde pública começava a ser responsabilidade da ENSP que, ao mesmo tempo, experimentava esse modelo sob a forma de curso em nível de mestrado, denominado à época de “pluriprofissional”. O segundo, na metade final da década de 1970, época de implantação do curso Treinamento Avançado em Serviço (TAS), quando foi elaborado o projeto da primeira experiência em formação multiprofissional em nível de residência. O tratamento analítico se deu a partir da Análise do Discurso Textualmente Orientada (ADTO), de modo que foram analisadas as razões, as estratégias e os grupos de discursos que ancoraram a implementação do modelo de formação multiprofissional. As razões da instituição em estabelecer o modelo no seu programa de ensino para o *stricto sensu*, levando em conta o contexto de mudanças no qual se encontrava, podem ser traduzidas em: capilarização dos princípios da medicina preventiva no ensino e nas práticas de saúde; demanda de que o currículo do ensino de saúde pública considerasse a flexibilidade para a polivalência da ação; dificuldade de atrair a categoria médica; redefinição do perfil do sanitarista; necessidade de formar docentes para essa redefinição; reconhecimento como uma escola de saúde pública de âmbito nacional. Já as razões para incorporar o modelo no *lato sensu* se devem a uma mudança conjuntural que, a partir da experiência adquirida no Mestrado em Saúde Pública, ocasionou a reformulação do seu programa de ensino. As razões para implementá-lo no curso *lato sensu*, em nível de residência, se devem: ao aumento da complexidade tecnológica e social; à hegemonia da proposta médico-social na formação de recursos humanos; à demanda de formar especialistas para programas de extensão de cobertura em saúde; e a como responder o Programa de Formação em Recursos Humanos da Fiocruz. Observou-se que, em seus períodos de estruturação e reestruturações institucionais, a prática discursiva foi representada predominantemente em alguns grupos de discurso: de sanitaristas; de gestão acadêmica; institucional; e de grupos de interesses (estudantis ou profissionais), os quais expressaram a centralidade desse modelo em seu programa de ensino e, também, na cultura organizacional da instituição. Assim, o estudo compreendeu que, ao estabelecê-lo e ao pautá-lo na agenda da formação em Saúde Pública, a instituição pôde contribuir decisivamente para a perpetuação deste modelo. A prática estabelecida pode ser referida como uma das raízes brasileiras da educação interprofissional na pós-graduação.

Palavras-chave: Saúde Pública. Educação Interprofissional. Internato e Residência. Treinamento em Serviço. Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

The objective of this study is to understand how the multiprofessional training model in the 1960s and 1970s became an established practice in an institution of education, research and service in the area of public health, the Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). The research starts by questioning what were the reasons, strategies, political and pedagogical elements that led to the implementation of the model in the institution. The study is qualitative and documental based in two periods. The first one occurred in the mid-1960s, when public health training started being the responsibility of ENSP which, at the same time, experienced this model in the form of a Master's Degree level course, called "pluriprofessional". The second, in the late 1970s, when the Advanced Training in Service (TAS) course was implemented, when the first experience in multiprofessional training, at the residence level, was designed. The analytical treatment was based on the Textually Oriented Discourse Analysis (ADTO), so that the reasons, strategies and groups of discourses that anchored the implementation model of multiprofessional training were analyzed. The reason the institution established the model in its education program for the *stricto sensu*, taking into account the context of changes in which it found itself, can be translated into: capillarity of the principles of preventive medicine in health education and practices; it demands that the curriculum of public health education considers the flexibility for the action's polyvalence; difficulty in attracting the medical category; redefinition of the profile of the sanitary practitioner; need to train teachers for this redefinition; recognition as a public health school of national scope. The reasons to incorporate the model in the *lato sensu* are due to a conjunctural change that, based on the experience acquired in the Master's Degree in Public Health, caused the reformulation of its education program. The reasons for implementing it in the *lato sensu* course, at residence level, are due to: the increase in technological and social complexity; the hegemony of the medical-social proposal in human resources training; the demand for training specialists for health coverage extension programs; and an answer to the Fiocruz Human Resources Training Program. It was observed that, in its periods of institutional structuring and restructuring, the discursive practice was predominantly represented in some discourse groups: of sanitarians; of academic management; institutional; and of interest groups (students or professionals), which expressed the centrality of this model in its education program and, also, in the organizational culture of the institution. Therefore, the study understood that by establishing it and guiding it in the Public Health training agenda, the institution could contribute decisively to perpetuation of this model. The established practice may be referred to as one of the Brazilian roots of interprofessional education in Graduate Studies.

Keywords: Public Health. Interprofessional Education. Internship and Residence. Inservice Training. Human Resources Training.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADTO	Análise do Discurso Textualmente Orientada
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária de Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
CNPq	Conselho Nacional Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FENSP	Fundação de Ensino Especializado em Saúde Pública
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina
FINEP	Fundação de Estudos e Projetos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FOC	Fundação Oswaldo Cruz
FR	Fundação Rockefeller
FRHS	Fundação de Recursos Humanos para Saúde
FSESP	Fundação de Serviço Especial em Saúde Pública
FSP	Faculdade de Saúde Pública
HND	História Natural da Doença
IDA	Integração Docente Assistencial
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IPCB	Instituto Presidente Castelo Branco
MEC	Ministério da Educação e Cultura

MES	Ministério da Educação e Saúde
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSP	Organização Sanitária Pan-Americana
PAR	Programa de Apoio à Residência
PEC	Programa de Extensão de Cobertura
PEPPE	Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas
PESES	Pesquisa de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPREPPS	Programa de Preparação Estratégia de Pessoal de Saúde
ReBETIS	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TAS	Treinamento Avançado em Serviço
TAS-G	Treinamento Avançado em Serviço – Graduados
TAS-SP-R1	Treinamento Avançado em Serviço – Saúde Pública – Residência 1
TS-E	Treinamento em Serviço – Estudante
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
UTGSF	Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria
WHO	World Healthy Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ARCABOUÇO TEÓRICO-CONCEITUAL DO ESTUDO	18
2.1	CRIAÇÃO DAS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA: UM BREVE HISTÓRICO... 18	
2.2	PROJETOS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO E NA ATENÇÃO À SAÚDE..... 21	
2.3	MODELOS DE FORMAÇÃO PARA RESPONDER AO AUMENTO DA COMPLEXIDADE TECNOLÓGICA E SOCIAL	28
2.4	POLISSEMIA DO MODELO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL..... 33	
3	METODOLOGIA	39
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E SUAS CATEGORIAS	39
3.2	PESQUISA DOCUMENTAL	42
3.2.1	Constituição do <i>corpus</i> da pesquisa	42
3.2.2	Descrição dos documentos	45
3.2.3	Análise dos dados	45
4	RESULTADOS	49
4.1	ESTRUTURAÇÃO DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA	49
4.2	REESTRUTURAÇÃO DA ENSP E IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL	59
4.3	CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL E A REESTRUTURAÇÃO INCOMPLETA DA ENSP	65
4.3.1	Os conflitos de interesse	65
4.3.2	As recomendações da IV CNS	67
4.3.3	Incorporação do modelo de formação multiprofissional nos cursos <i>lato sensu</i> ..70	
4.3.4	Reestruturação incompleta da ENSP	72
4.4	IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO TAs E A CONTINUIDADE DA REESTRUTURAÇÃO DA ENSP	74
4.4.1	Experiência de implementação do curso Treinamento em Serviço e de criação do Treinamento Avançado em Serviço	75
4.4.2	Continuidade da reestruturação da ENSP	77
4.4.3	Implementação do Treinamento Avançado em Serviço na ENSP	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	93
	ANEXO A — AS TENDÊNCIAS GERAIS E COMUNS RESULTANTES DA 1ª REUNIÃO DOS DIRIGENTES DO ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	101
	ANEXO B — RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA ENSP E FUNDAÇÕES QUE A ABSORVERAM - QUADRIÊNIO DE 1966-1969	105

ANEXO C — PROGRAMAÇÃO DOS CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR DA FENSP PARA 1969	144
ANEXO D — POR UMA POLÍTICA PARA A ÁREA DE ENSINO DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (1976)	148
ANEXO E — RESIDÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA 1º ANO - UMA FORMA PARTICULAR DE TAS-SP-R1 (1976)	156
APÊNDICE A — SÍNTESE DO DESENHO DA PESQUISA.....	160

1 INTRODUÇÃO

A multiprofissionalidade e o curso de pós-graduação, em nível de residência no ensino da Saúde Pública¹, estiveram fortemente associados à nossa atuação como profissionais da área. Na década de 1980, quando iniciávamos os estudos na Escola Nacional de Saúde Pública, o que mais nos chamou a atenção foi a possibilidade da construção de um discurso sobre a área de Saúde Pública de maneira compartilhada, devido à diversidade de saberes profissionais ali presentes.

A experiência como preceptora e docente nos cursos de especialização, em nível de residência, relaciona-se ao desenvolvimento de atividades práticas como preceptora, no período de 1985 a 1994, e na coordenação executiva, entre 2005 e 2017. A reflexão sobre essa primeira experiência, que foi a de formar uma geração de sanitaristas e, mais recentemente, profissionais para a Estratégia Saúde da Família (ESF), motivou a realização do presente estudo. O que para nós era visto com naturalidade, como a multiprofissionalidade enquanto modelo de formação, devido ao caráter que ela adquiriu no decorrer dos anos no cotidiano da instituição, para eles era algo que ainda não estava dado.

Entender as origens desse modelo de formação e quais razões levaram a instituição a adotá-lo em seus cursos, para atender às necessidades do sistema de saúde, foi algo que esteve presente em nossa atuação. Essa busca se deu não apenas como aluna, mas, principalmente, como profissional da instituição, o que ocorreu um ano após a finalização do Curso de Saúde Pública, em 1985. À época, não percebíamos o estranhamento, estando em um curso cujo público-alvo não era específico para uma determinada ocupação. Diferentemente, portanto, do que percebemos atualmente em um contexto cuja diversidade de saberes está em maior evidência, embora as gerações mais novas questionem a multiprofissionalidade em nome da preservação da identidade profissional.

¹ Há na área da saúde uma ampla discussão sobre as diferenças entre os conceitos de saúde pública e coletiva. Neste trabalho, adotaremos o primeiro termo, especialmente para a década de 1960, embora entendamos ambos como sinônimos enquanto concepções que foram construídas em contextos particulares, os quais as fizeram se diferenciar. De acordo com Birman (1991, p. 8), “o campo da saúde pública se constituiu com a medicina moderna no final do século XVIII, como polícia médica e com a Medicina Social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades”. Ainda para Birman (1991, p. 11), o campo da saúde coletiva é “multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa”.

Diversos fatores podem compor o leque de razões capazes de elucidar essas distinções. Eles vão desde a redemocratização que vivíamos na década de 1980, em que a convivência plural era uma espécie de necessidade política, até a nossa própria experiência de formação recente em uma turma com colegas de diferentes categorias e variadas práticas em todos os níveis de atenção de atenção à saúde. O nosso entendimento era de que o curso nos possibilitaria a inserção ou o aprimoramento no trabalho na área de saúde pública. A diferença que nos parece, até o momento, ser a mais evidente diz respeito à possibilidade de construção de uma dupla identidade: a da profissão de origem, como médico, enfermeiro, psicólogo, entre outras, e a de sanitarista, que, antes, poderia ser interpretada como complementar, mas que, recentemente, pode ser compreendida, ao menos pelo grupo de alunos da residência em saúde da família como suplementar.

Ao longo dos últimos 30 anos, foram realizados estudos² com o intuito de compreender as origens, os avanços e desafios da multiprofissionalidade nos projetos de formação em Saúde Pública, apesar da carência de trabalhos que tomassem como referência o contexto histórico da origem desse modelo e do nível de formação. Castro-Santos e Faria (2006), em pesquisa sobre o ensino especializado de Saúde Pública no Brasil, identificaram uma lacuna de alguns anos entre os cursos coordenados por dois sanitaristas, Carlos Chagas³ e João de Barros Barreto⁴, e a estruturação das carreiras da ENSP. Nessa investigação, se propuseram a formular uma indagação acerca das condições da mudança que propiciaram a passagem desse primeiro momento, em que os cursos eram oferecidos pelos dois sanitaristas, à oferta de formação na ENSP.

Tal indagação foi a seguinte: “quem inspirou e reformulou as grades curriculares, como se deu a seleção do corpo docente, como se estabeleceram as novas diretrizes, por que se privilegiou, inicialmente, o ensino diferenciado para as diversas categorias profissionais?” (CASTRO-SANTOS; FARIA, 2006, p. 310). Desconhecemos as

² ABRASCO (1983; 1984); Nunes (1998); WHO (1988; 2010); Garcia; Costa; Carvalho (2012); Garcia (2015).

³ Segundo Castro-Santos e Faria (2006, p. 297-298), “em 1925, por ocasião da reforma educacional promovida pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o antigo Curso de Medicina Pública foi reorganizado na Faculdade de Medicina (1926–1938), recebendo a denominação do Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, anexo à cadeira de higiene. Ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC) coube a responsabilidade administrativa, técnica e didática do curso. A direção ficou a cargo de Carlos Chagas, então diretor do IOC”.

⁴ Segundo Castro-Santos e Faria (2006, p. 305), “em abril de 1941, o ministro Capanema propõe nova reforma da saúde. Neste mesmo ano, ressuscitava o Curso Especial de Higiene de Saúde Pública, sob a denominação de Curso de Saúde Pública, anexo ao IOC e, na época, subordinado ao DNS”, cujo o diretor era Barros Barreto.

respostas, mas supomos que a ENSP reviu algumas das heranças, especialmente o ensino diferenciado para as diversas categorias profissionais.

Em publicação de comemoração dos 50 anos da ENSP, Fonseca (2004) identificou algumas singularidades na instituição relacionadas às novas formas de ensinar. Uma delas é a de que a multiprofissionalidade estava contemplada de modo integrado no seu projeto pedagógico, tanto na perspectiva do discente, quanto na do docente. Nessa primeira perspectiva, o depoimento da professora Elza Paim traz alguns subsídios para a compreensão do rito de passagem de uma escola com oferta de curso uniprofissional para multiprofissional:

[...] Não tinha cabimento você ter um curso só para enfermeiras, afinal as disciplinas eram basicamente as mesmas, e a única coisa diferente era o estágio [...] Havia discussão dos problemas de saúde pública na visão de todos os profissionais. Era muito, muito interessante, e tanto deu certo que nunca mexeram (FONSECA, 2004, p. 58).

A mesma autora sinaliza que essa integração não se restringia aos alunos de grupos profissionais distintos, mas incluía os membros do corpo docente de diversificadas especialidades quando ministravam suas aulas.

Entendemos que se estabeleceu um modelo de formação multiprofissional, o qual possibilitou experimentar novas configurações para os profissionais de saúde obterem o título de sanitarista, ancorados no treinamento em serviço e no aporte teórico de antigas e novas disciplinas. Tal subsídio, especialmente na década de 1970, foi descrito por Cordeiro (2004) como um conjunto de temas a respeito das instituições médicas, dos processos normativos, dos estudos socioeconômicos em saúde e dos trabalhos epidemiológicos. Todo esse material confluía para as linhas de pesquisa.

Os cursos de Saúde Pública se tornariam catalisadores de mudanças importantes nessa área. Começaram com o mestrado, passaram pela descentralização das carreiras para os estados, pelo Treinamento Avançado em Serviço e se ancoraram nas residências de saúde pública (ESCOREL, 1999).

A instituição, atenta às transformações na área da saúde pública, ao elaborar seu projeto pedagógico, incorporou na residência diversos profissionais em um mesmo processo formativo. As razões que a levaram a decidir pelo modelo multiprofissional é algo que merece aprofundamento. Para isso, destacamos algumas questões:

- Quais foram as razões de a ENSP estabelecer o modelo multiprofissional na formação nos cursos *lato sensu*?

- Que elementos políticos e pedagógicos foram considerados pela instituição ao estabelecer a multiprofissionalidade como alternativa para o seu projeto de formação *lato sensu*?
- Quais estratégias institucionais foram desenvolvidas para viabilizar o modelo de ensino multiprofissional?

Para responder a essas demandas, consideramos como finalidade deste estudo investigar a multiprofissionalidade enquanto modelo de formação em uma instituição voltada para o ensino, a pesquisa e o serviço na área da saúde pública. Estabelecemos como objetivo geral compreender de que maneira o modelo de formação multiprofissional se tornou uma prática estabelecida nos cursos *lato sensu* da ENSP nas décadas de 1960 e 1970.

Definimos como objetivos específicos: identificar as razões que levaram a instituição a adotar o modelo de formação multiprofissional em seus cursos *lato sensu*; descrever os elementos políticos e pedagógicos que foram considerados pela instituição ao estabelecer a multiprofissionalidade em seu projeto de ensino; analisar as estratégias que viabilizaram o deslocamento da oferta de cursos uni para multiprofissionais.

Para alcançar esses objetivos, desenvolvemos um estudo qualitativo de base documental relativo a dois períodos. O primeiro ocorreu em meados da década de 1960, quando a formação em Saúde Pública começava a ser de responsabilidade da ENSP, que, ao mesmo tempo, experimentava o modelo multiprofissional, sob a forma de curso em categoria de mestrado, denominado à época de “pluriprofissional”. O segundo aconteceu na metade final dos anos de 1970, época da implantação do Treinamento Avançado em Serviço, em que foi elaborado o projeto da primeira experiência de formação multiprofissional, em nível de residência.

O tratamento analítico se deu a partir da Análise do Discurso Textualmente Orientada, proposta por Norman Fairclough (2016), de modo que foram analisadas as razões, as estratégias e os grupos de discursos que ancoraram a implementação.

Apresentamos o arcabouço teórico-conceitual adotado para olhar o modelo de formação multiprofissional na pós-graduação em Saúde Pública, a partir das contribuições de autores como Cristina M. Oliveira Fonseca, Lina Faria, Elizabeth Fee, Maria Cecília F. Donnangelo, Sarah Escorel, Marina Peduzzi, Maria Andréa Loyola, Tânia Celeste Matos Nunes, Hésio Cordeiro, Luiz Antonio de Castro Santos, Sérgio Arouca, Everardo Duarte Nunes, Jairnilson Paim, David Evans, entre tantos outros.

Apresentamos os resultados em quatro períodos. O primeiro, estruturação da instituição, mostra o momento em que esta empreende esforços para o entendimento do contexto da formação em Saúde Pública. O segundo, reestruturação da instituição, em que é formalizada a proposta de implementação desse modelo no curso em nível de mestrado. O terceiro, estabelecimento deste modelo e reestruturação incompleta da ENSP, na qual as três maneiras de consolidação relacionadas aos conflitos de interesse, às recomendações na IV Conferência Nacional de Saúde (CNS) e à sua incorporação ao nível *lato sensu* são apresentadas. O quarto, experiência do Treinamento em Serviço, que antecede a criação do Treinamento Avançado em Serviço pela Fiocruz e revela a continuidade da reestruturação da ENSP a partir de uma proposta política de formação em saúde pública, assim como do projeto para implementar o Treinamento Avançado em Serviço – Saúde Pública – Residência 1 (TAS-SP-R1).

Nas considerações finais, fizemos algumas reflexões sobre os 12 anos em que a instituição viabilizou o modelo de formação multiprofissional. Alguns aspectos pretéritos (sempre imperfeitos) foram recortados para compreender a prática estabelecida no programa de ensino dessa escola de saúde pública.

2 ARCABOUÇO TEÓRICO-CONCEITUAL DO ESTUDO

2.1 CRIAÇÃO DAS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA: UM BREVE HISTÓRICO

Determinados elementos ajudaram no entendimento do contexto de criação das escolas de Saúde Pública em outros países e também na conjuntura dos modelos e das abordagens que as influenciaram. Portanto, a partir dessas informações, é possível entender o cenário da proposta de fundação de uma escola no Brasil na década de 1920 e analisar alguns autores que estudaram o assunto em dois momentos diferentes da história.

Fee (2008) e Evans (2009) estudaram as escolas de Saúde Pública. Aquela conduziu uma pesquisa detalhada a respeito das origens da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade John Hopkins e de outras instituições estadunidenses, enquanto este analisou os modelos estabelecidos em diferentes países.

Evans (2009) constatou que, no início do século XX, muitas escolas de Saúde Pública⁵ foram implementadas segundo o molde da Fundação Rockefeller (FR), cuja ênfase era dada às ciências biomédicas e laboratoriais, bem como aos métodos voltados para a administração e a organização dos órgãos públicos da área. Ele também identificou a existência de uma diversidade de escolas de Saúde Pública, a partir do estudo de características, como estrutura, localização nos sistemas de saúde ou de educação, número de profissionais e orçamentos, acreditação, extensão e qualidade da pesquisa em relação ao assunto, entre outras.

Segundo esse autor, o modelo da Fundação Rockefeller, desde a sua primeira tentativa de implantação na Universidade John Hopkins, em 1916, teve resistências em seu próprio país. Essas oposições se deviam à tensão entre a abordagem mais técnica, defendida por tal fundação, e a mais social e ambiental, sustentada pela Universidade de Yale.

Para Evans (2009), certos fatos ajudaram a reduzir a influência da Fundação Rockefeller na criação das escolas: a resistência de alguns países ao modelo; a mudança das suas áreas de investimento após a Segunda Guerra Mundial; e, a mais importante,

a “filosofia da medicina social” [que estava] preocupada com o crescente hiato de saúde entre ricos e pobres que emergiu na Europa economicamente atingida na década de 1930, mas se enraizou ainda mais na América Latina, onde os

⁵ Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres em 1922, Escolas em Praga, Varsóvia, Copenhague, Budapeste, Belgrado, Zagreb Calcutá, Manila e Tóquio e São Paulo (EVANS, 2009).

departamentos de medicina social tornaram-se cada vez mais distintos das escolas de saúde pública do tipo Rockefeller (EVANS, 2009, p. 447).⁶

A partir de 1948, com a Organização Mundial da Saúde (OMS) dando apoio à formação de profissionais, houve um incremento de escolas de Saúde Pública. Dessa forma, no período compreendido por nosso estudo, houve o aumento de 100 instituições em 42 países, em 1965, para 121 organizações em 44 países, em 1972 (EVANS, 2009).

Segundo Castro-Santos e Faria (2006, p. 295), no Brasil, desde o II Congresso de Higiene, em dezembro de 1924, reconhecia-se a necessidade da elaboração de carreiras para a constituição de “especialistas sanitários”, conforme eram chamados. Os primeiros cursos estavam ligados à Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), mas a datar de 1940 passaram a ser realizados, exclusivamente, pelos dois últimos. Para esses autores, na progressiva institucionalização do campo da formação em Saúde Pública, houve o que eles chamaram de espírito de “missão nacional”, que passava pela colaboração política entre diversos atores ligados ao ensino e à pesquisa da temática, e que perdurou durante vários anos (CASTRO-SANTOS; FARIA, p. 312-313).

Além da formação desses profissionais, o II Congresso de Higiene propôs uma escola de Saúde Pública no Rio de Janeiro, também com o apoio da FR⁷. Labra (1985), em seu estudo, considerou que a instituição, criada na década de 1950, se diferenciava de tal padrão ao incorporar a conjuntura político-sanitária que o país vivia.

As prioridades das políticas de saúde nacionais implicaram em mudanças no ensino acerca do tema, como nos indica Fee (2008). Para a autora, desde a década de 1950, as ações no âmbito da saúde e, especialmente, o maior financiamento para o ensino médico e a pesquisa em relação à Saúde Pública determinaram a interação das escolas estadunidenses com os serviços da área. Essa separação entre a saúde ensinada nas escolas do ramo e a praticada nos órgãos governamentais levou ao “divórcio entre a teoria e a prática” (FEE, 2008, p. 841).

⁶ ‘philosophy of ‘social medicine’ concerned with the increasing health gap between rich and poor emerged in the economically stricken Europe of the 1930s but took even deeper root in Latin America where departments of social medicine became increasingly distinct from Rockefeller-type schools of public health (EVANS, 2009, p. 447, tradução livre).

⁷ Castro-Santos e Faria (2006) afirmam que a correspondência (cartas e relatórios) entre Carlos Chagas e os dirigentes da FR parecem revelar que aquele tinha a pretensão de criar uma escola de higiene e saúde pública com financiamento desta entidade, a exemplo da criação do Instituto de Higiene de São Paulo. Segundos os autores, isso não foi possível devido à escassez de verbas federais e, ainda, à falta de apoio da FR ao projeto. Para eles, essa instituição “cultivava o ‘efeito de demonstração’ para cada projeto selecionado” (CASTRO-SANTOS E FARIA, 2006, p. 300).

Nas ações governamentais de saúde brasileira, o que pudemos identificar foram algumas tentativas para reduzir essa segmentação. Na III Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, foi proposto o estabelecimento de colaboração entre as instituições universitárias e as de educação básica, a partir da inclusão da revisão de currículos. Essa verificação se constituiu como uma preocupação da nova política a ser implementada e tinha como objetivo “ajustar a formação técnica aos níveis de demanda efetiva dos programas” (CNS, 1963, p. 228). Nessa Conferência, a expectativa em relação à ENSP era que houvesse uma maior participação dela nesse processo, pelo fato de estar prevista a construção de sua sede, o que contribuiria com o fortalecimento das suas atividades de formação, que tinha iniciado em 1959.

Segundo Fonseca (2004), havia um cenário de transformações, cuja revisão de suas estratégias de ação se dava em diferentes níveis. Além disso, tinha como eixos centrais o desenvolvimentismo⁸ e a descentralização⁹ na orientação e elaboração de políticas públicas, perdurando ao longo dos anos de 1950 e 1960.

As escolas de saúde pública brasileiras estariam influenciadas por esse cenário de mudança, apesar da diferença de modelos existentes. Para Paiva (2004, p. 8), as fronteiras entre estas “eram muito mais sutis do que rígidas e bem delineadas, de modo que personagens oriundos e tomados pelo sanitarismo dos anos 1920 não se apresentavam imunes às ‘novas ideias’ que tomaram vulto a partir dos anos 1950”. A permeabilidade desses limites possibilitou a convivência, confluência e continuidade de projetos de ensino, especialmente os de caráter desenvolvimentista devido à influência de atores internos e externos¹⁰.

⁸ De acordo com Pires-Alves (2011, p. 25; 41-42), o desenvolvimento pode ser “compreendido como um sistema de crenças, um conjunto de representações amplamente difundido, uma moldura de possibilidades cognitivas e um domínio de ações materiais no terreno da assistência/cooperação internacional”. Segundo esse autor, “as décadas de 1950 e 60 podem ser, grosso modo, caracterizadas como aquelas que assinalaram o auge do desenvolvimento, de maior otimismo diante das possibilidades redentoras das transferências de recursos, conhecimentos e tecnologias”.

⁹ Segundo Luz (1979, p. 97), foi no XV Congresso Brasileiro de Higiene, de 9 a 15 de dezembro de 1962, que apareceu a responsabilidade do Estado pela saúde da população e a descentralização. No discurso do ex-ministro da Saúde, Souto Maior, com o tema “Uma política de Saúde Pública para o Brasil”, foi explicitado que “a doença aparece como sinônimo de subdesenvolvimento e o Estado como responsável pela saúde da população, entendida em sentido amplo como condições globais de trabalho”; e, às “propostas administrativa de ‘desburocratização’, ‘descentralização’ (ao menos geográfica e no que concerne à parte executiva) e segundo, na aspiração à racionalidade do planejamento (que evitaria a dispersão de recursos, a repetição e justaposição de atividades que devem ser ‘integradas’)”.

¹⁰ Para as escolas de saúde pública latino-americanas, em 1967, no Simpósio Internacional realizado na IV Conferência Nacional de Saúde (CNS), o representante da OPAS, Abraham Horwitz (Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana da OMS), referiu a necessidade de repensar o ensino acadêmico e prático, a partir de uma investigação científica. Dessa forma, poderia “assegurar à saúde sua condição de componente indispensável do desenvolvimento” (BRASIL, 1967, p. 41). Assim, convocava o protagonismo dessas escolas para assumirem a tendência desenvolvimentista, tanto na pesquisa, como no ensino.

Nesses contextos de transformações, a ENSP, desde o seu início, constituiu-se, segundo Labra (1985, p. 47), como um “espaço autônomo de discussão político-ideológica em relação ao DNS/MS”, permitindo que a instituição experimentasse novos formatos curriculares em seus cursos. Nesse local, haveria a presença de docentes suscetíveis a uma abordagem multidisciplinar¹¹, capazes de provocar alterações imediatas e profundas nos conteúdos ministrados pela escola.

Além das características de ter um ambiente autônomo e a presença de docentes inclinados para muitas disciplinas, alguns autores apresentaram outros aspectos da ENSP, além de estar aberta a novos atores e correntes de pensamento, havia “novas formas de atuar no campo pedagógico da saúde, sem desprezar a história e a experiência daqueles que a ela se incorporaram. Nasceu, assim, como um “espaço de agregação, de integração na diversidade e diferença” (FONSECA, 2004, p. 70); “pluralidade de perspectivas, formações profissionais e projetos para a saúde [como] parte essencial da história da ENSP” (SANTOS *et al.*, 2004, p. 106).

Dentre as particularidades apontadas, destacamos que um espaço autônomo, as novas formas de atuar no campo pedagógico da saúde e a pluralidade de perspectivas constituem parte de nosso estudo, especialmente a primeira, por refletir em sua autonomia acadêmica. Esta, segundo Nóvoa (1992, p. 26), é “importante para a criação de uma identidade da escola, *ethos* específico e diferenciador que facilite a adesão de diversos atores e elaboração de um projeto próprio”. Sendo assim, concordamos com esse autor, ou seja, a implementação do modelo de formação multiprofissional depende do apoio de diferentes atores e da confecção de um programa adequado.

2.2 PROJETOS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO E NA ATENÇÃO À SAÚDE

A hegemonia do discurso e dos conceitos advindos da educação médica, principalmente depois dos anos 1960, no âmbito da formação de profissionais de saúde, se deve, em parte, ao grande aporte tecnológico, tanto do ponto de vista da indústria farmacêutica, quanto dos insumos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos, que ganhou projeção a partir da Segunda Guerra Mundial e levou à ampliação da atenção

¹¹ Para Paim (1985), a incorporação das ciências sociais no campo da saúde provocou o que ele chamou de “interfertilização”, com redefinição dos marcos conceituais e reavaliação do próprio conhecer crítico a respeito dos serviços de saúde e de seus determinantes.

individual à saúde. Esse modelo, que privilegia o tratamento da doença com base na especialização, foi incorporado pelos processos formativos em saúde e acabou se estendendo para outras categorias profissionais.

Para Donnangelo e Pereira (1984, p. 79), os projetos de mudança na formação médica e na atenção à saúde das décadas de 1940, 1950 e 1960 “estariam à busca de racionalização da prática médica por meio da manipulação de aspectos parciais da estrutura de produção de serviços implicam, ao mesmo tempo, uma tentativa de integração do social à prática”. Entendemos que esses projetos, de alguma forma, também tentaram responder aos desafios da complexidade social e tecnológica, para além da extensão de cobertura dos serviços, devido a maior densidade de tecnologia e modelos explicativos.

O Brasil, na segunda metade da década de 1960, começava a passar por duas transições, a demográfica em toda a sua amplitude e, logo a seguir, a epidemiológica. Essas transformações criaram a necessidade de se dar uma resposta à formulação da política de saúde, em nível de atenção e de formação de profissionais.

A implementação de programas inovadores esteve alicerçada nos projetos de recomposição da prática médica, como a medicina comunitária, que visava à ampliação do acesso a partir dos programas de extensão de cobertura às populações pobres, urbanas e rurais. De acordo com Donnangelo e Pereira (1984, p. 75), essa medicina, “apesar de não se introduzir como um novo campo conceitual frente a uma nova problemática, assenta, em princípios já elaborados, no interior da Medicina Integral e Medicina Preventiva”.

Portanto, a medicina comunitária representou um espaço de experimentação, no qual se articulavam as ações de formação profissional com vivências de organização de serviços de saúde. Tal ciência construiu novos modelos para a ampliação do acesso, por meio de estratégias de “programas alternativos de auto-cuidado de saúde, atenção primária realizada por pessoal não profissional, revitalização da medicina tradicional, tecnologia apropriada etc.” (GARCIA, 1983 apud ESCOREL, 1999, p. 23).

Donnangelo e Pereira (1984) mostraram que o primeiro projeto, Medicina Integral, desenvolvido nos anos 1940 nos Estados Unidos, se apresentou como uma crítica ao caráter fragmentário do ato médico em duas dimensões. A primeira diz respeito à abordagem do objeto individual, centrado nas interferências do especialista, e a segunda, à quebra do processo saúde-doença, com o corte entre as ações terapêuticas e preventivas, e “despojado de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e

social) de constituição” (DONNANGELO; PEREIRA, 1984, p. 79-80). Dessa maneira, esse programa tinha como estratégias a proximidade da prática do cuidado médico com o domicílio e cotidiano dos indivíduos, tal qual a possibilidade de compreender esse empenho de modo completo, articulando as ações preventivas e curativas.

O segundo projeto, Medicina Preventiva, nasceu nos Estados Unidos nos anos 1950 e influenciou a formação médica na América Latina, via Organizações Intergovernamentais (OI)¹², como exemplo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Fundação Kellogg.

De acordo com Arouca (1975), a Medicina Preventiva estava baseada em três vetores: o primeiro referia-se ao paradigma da História Natural das Doenças (HND), traduzida na prática médica como uma totalidade e composta por duas unidades: a das determinações (período pré-patogênico) e do processo mórbido (período patogênico)¹³. A tradução desse conjunto no saber médico explicita-se como um grupo de condutas preventivas. A sua crítica ao paradigma da HND por ter se tornado, na prática médica, um modelo com pretensões à uma totalidade e também por engendrar uma neutralidade:

As técnicas (condutas) e os objetivos da Medicina, classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço da sua neutralidade, são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade. Assim, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e metamorfoseou-se em mito, na medida em que uma das funções do mito é exatamente fazer desaparecer a história do seu objeto, ao tornar-se mito o que desaparece é a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as geometrizações deste espaço contraditório da saúde e da doença (AROUCA, 1975, p. 126).

O segundo vetor é a necessidade de incorporar a atitude preventiva, considerada ausente na prática médica. Para isso, era necessário “inculcar” essa atitude nos alunos ao longo de todo o seu processo formativo realizado nos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades. Essa atitude é ancorada em dois níveis de conhecimento: o primeiro refere-se às determinações múltiplas e à interdisciplinaridade; já o segundo, à própria clínica. Ambos dizem respeito às fases da HND, as quais estão inseridas no “plano discursivo da Medicina Preventiva [que] é um campo múltiplo de emergência de objetos,

¹² Segundo Maio *et al.* (2010, p. 1.274), as Organizações Intergovernamentais (OIs) são atores sociais e arenas, pois “como atores, de um lado, são capazes de produzir realidades, seja pela ação institucional direta, seja pela produção e disseminação de valores, normas e modelos de conduta. De outro lado, OIs são também arenas, na medida em que se mostram permeáveis à expressão de interesses de origens diversas. São arenas, ainda, porque os eventuais interesses de suas burocracias internas também se manifestam em um ambiente concorrencial, com a adoção de estratégias de convencimento e legitimação”.

¹³ Para maiores detalhes sobre as definições de pré-patogênico e patogênico, ver Arouca (1975).

de reorganização de conhecimento, de tensão teórica” (AROUCA, 1975, p.136), no qual respaldaram a atitude preventivista que se queria desenvolver.

O terceiro vetor refere-se à disciplina de epidemiologia, que se torna uma matéria básica nos cursos de medicina. Nas palavras de Arouca (1975, p. 149), trata-se da

combinação de uma abordagem epidemiológica sedimentada com todo um instrumental estatístico que possibilite a construção de enunciados baseados em deduções, estimativas, associações causais, inferências; com uma abordagem clínica que comporte raciocínio hipotético-dedutivo e todo um sistema classificatório próprio.

Já as ciências sociais foram consideradas como matérias relevantes devido à necessidade de entender os fatores ligados ao hospedeiro e ao ambiente na HND. Arouca (1976, p. 149) sinalizou a existência de uma “combinação, em um mesmo discurso, de objetos vindos de diferentes áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais, a Administração, a Ecologia, a Psicologia Social, a Pedagogia etc. todas elas contidas em um modelo de dominação da abordagem biológica”. Além disso, considerou a Medicina Preventiva como se fosse o partido de uma “nova atitude” (AROUCA, 1976, p. 21), que articulava uma mudança da própria área, dentro do local de formação. O autor finaliza o seu trabalho com uma importante constatação:

Dada a articulação da medicina com o modo de produção capitalista, a medicina preventiva surge como uma disciplina-tampão que, referindo-se à uma mudança da prática médica, em última instância contribui para a manutenção da articulação referida, oferecendo-se como um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações (AROUCA, 1975, p. 175).

Para Arouca (1975, p. 22), as dificuldades de fazer rupturas nessa junção não impediram que os Departamentos de Medicina Preventiva fossem “um centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica, que vinha interagindo com seu discurso inicial, provocando novas frentes de conflitos e novos pontos de emergência discursiva”. Como elemento central, o Departamento de Medicina Preventiva precisava garantir que a integração, conceito estratégico nessa área, fosse efetivada em outros setores. Corroborar com essa reflexão o estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 1977, sobre o ensino da medicina voltada à prevenção nas faculdades de medicina, cuja conclusão foi a de que

a baixa integração verificada na escola médica contrasta com a alta “integração multidisciplinar” ([com] 89% dos departamentos de medicina preventiva lecionando para vários cursos da área da saúde) o que reforça o nosso

pressuposto teórico que a integração proposta pela ideologia preventivista difundida por meio dos seminários em *Viña del Mar* e *Teachucán* não ocorre nestas faculdades pelo departamento de medicina preventiva. Tal integração está se fazendo de cima para baixo, imposta pela Reforma Universitária, num movimento que se dirige para fora da escola médica (Fiocruz, 1977, p. 211).

Essa dificuldade de aproximação possibilitou que a ideologia preventivista fosse incorporada em outras graduações da área da saúde, principalmente por meio de outra concepção tática dessa medicina, constituindo a “ideia de inculcação (incorporação, conscientização)”, de acordo com Arouca (1975, p. 133). Esse autor ainda observou que o raciocínio clínico extrapolava a ótica individual e ia para o social, ampliando, assim, o poder do que ele denominou de “mirada clínica” (AROUCA, 1975, p. 133).

A necessidade de estender o contato para fora dos muros hospitalares foi uma das estratégias da formação dos médicos e de outros profissionais, como garantia da atitude preventivista nas novas gerações. De acordo com Escorel (1999), essa iniciativa foi responsável por mudanças nos Departamentos de Medicina Preventiva, uma vez que procurou outras maneiras de integração entre a prática médica e a medicina preventiva, por meio do desenvolvimento de programas de comunidade, na perspectiva do conceito estratégico de integração docente-assistencial¹⁴. Essa integração seria, para Arouca (1975, p. 145), mediada pela medicina comunitária e trataria “da operacionalização-demonstração do discurso preventivista, na tentativa de romper os muros de sua institucionalização para o espaço aberto do real, que, porém, é recortado e controlado nos limites da experiência”.

Para concretizar a integração docente-assistencial, não é somente a sala de aula que precisa ser reformulada para ser um espaço de novas experimentações e estratégias pedagógicas, mas é essencial articular o ensino aos serviços de saúde. Arouca (1975) destaca que a OPAS organizou dois seminários para os países da América Latina e Central discutirem o ensino da medicina preventiva nas faculdades médicas. Em 1955, em Viña del Mar (Chile), e em 1956, em Teachucán (México). As conclusões sobre os métodos ensino do primeiro seminário foram:

As aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, devendo o curso ser ministrado através de seminários, discussões bibliográficas, trabalho em laboratórios, em clínicas e no campo. Recomenda-se especialmente que o aluno devidamente supervisionado atue como conselheiro médico e observador de um número limitado de famílias da comunidade durante um longo período. Recomenda-se também a participação dos alunos nos serviços locais de saúde (AROUCA, 1975, p. 102).

¹⁴ Para maiores detalhes sobre os programas docente-assistenciais, ver Marsiglia (1995).

Na primeira metade da década de 1970, as faculdades de medicina, enfermagem, odontologia e os Departamentos de Medicina Preventiva foram um dos principais interlocutores das atividades de medicina comunitária, por meio da integração docente-assistencial. Para Paim (1998), a segunda metade é uma fase caracterizada por um modelo expansionista, com reprodução ampliada de saúde comunitária e baseada nas recomendações das organizações intergovernamentais, a partir da implantação dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC). Paim (1998) ainda exemplifica o Programa de Saúde Comunitária de Montes Claros (Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas) como uma importante vivência, tanto para universidade como para o serviço de saúde, possibilitando a criação de quadros técnicos e de dirigentes para o projeto expansionista.

No entender de Escorel (1999, p. 75), a ampliação do conhecimento nesses projetos “fez com que um número crescente de estudantes do último ano procurasse esses locais para exercitar seu aprendizado, engajando-se profissionalmente em propostas alternativas de condução e organização dos serviços de saúde”¹⁵.

Segundo Fausto (2005), esses projetos foram nomeados como medicina comunitária, saúde comunitária, serviços ou sistemas integrados de saúde. Originaram-se de programas docente-assistencial, de extensão de cobertura ou de formação de sistema integrado de saúde. Em geral, a atenção médica foi a base desses planejamentos e muitos receberam apoio de organizações intergovernamentais.

Segundo Paiva *et al.* (2008), o Acordo com a OPAS, assinado em 1973, de um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Saúde no Brasil, representado pelo Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, foi implementado como resposta às recomendações do II Plano Decenal de Saúde para as Américas em 1972. Esse documento tinha três objetivos: a) elaborar uma estratégia para a criação de recursos humanos em saúde; b) integrar o sistema de formação de pessoal da área com a realidade do sistema assistencial do país, ou seja, incluir a participação dos serviços de saúde no processo de ensino-aprendizagem, visando estimular a integração multiprofissional e permitir uma maior integralidade das ações de saúde, bem como o desenvolvimento de

¹⁵ Durante a década de 1970, a Semana de Saúde Comunitária, organizada por estudantes dessa área, contou com o apoio de várias universidades e secretarias de saúde para apresentar projetos acerca de tal temática, além de trazer questões do desenvolvimento de suas práticas. O evento, além de favorecer a troca de experiências, era “um locus de formação da consciência sanitária entre os estudantes e de difusão do pensamento da corrente médico-social do movimento sanitário” (ESCOREL, 1999, p. 74).

programas educativos que articulassem a docência ao serviço; c) formação de professores e construção de pesquisas sobre metodologias de educação continuada para a área da saúde.

Para tais autores, essa iniciativa apoiou a estruturação nacional de redes de trabalho e de aparatos públicos para o desenvolvimento de recursos humanos, que fortaleceriam o sistema de saúde e, em 1988, se institucionalizariam com a nova Constituição. Em 1976, esse acordo deu origem ao Programa de Preparação Estratégica do Pessoal da Saúde (PPREPS), que tinha como finalidades: a formação de pessoal, especialmente em nível médio-técnico, auxiliar e elementar; a constituição de regiões docentes-assistenciais de saúde; e o apoio aos sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para saúde em cada estado brasileiro.

Paiva *et al.* (2008) referem-se ao modelo de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)¹⁶, implementado em 1976, a partir da experiência no Nordeste e que incluía também o norte de Minas Gerais. O PIASS pretendia aumentar a cobertura dos serviços médicos, principalmente nas áreas rurais, e viabilizar os cuidados primários em saúde, regionalização da atenção e assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada.

Para Paim e Almeida Filho (1998), essas propostas se baseavam no ideário do movimento da saúde comunitária, ratificadas em dois eventos internacionais que foram propulsores de mudanças em vários países. O primeiro, em 1977, Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT 2000), foi implementado como recomendação da Assembleia Mundial da Saúde e tinha como objetivo a extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde, se fundamentando em sistemas simplificados de atenção à saúde. O segundo, no ano seguinte, em Alma Ata, Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, foi promovido pela OMS e reafirmou a “saúde como direito do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece a sua determinação inter-setorial. Além disso, estabelece a Atenção Primária à Saúde como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 304-305).

Esses avanços e rupturas propiciados pelos projetos da medicina comunitária, integral e preventiva imprimiram importantes mudanças no campo da formação desde a década de 1940 e se constituíram como o arcabouço de novas práticas e saberes que

¹⁶ Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e a Saúde do Nordeste, estabelecido pelo Decreto n. 78.307, de 24 de agosto de 1976.

produziriam a saúde coletiva e o movimento sanitário ao final da década de 1970. Esses projetos foram amplificados devido ao desenvolvimento da complexidade social e tecnológica em curso desde a década de 1960.

2.3 MODELOS DE FORMAÇÃO PARA RESPONDER AO AUMENTO DA COMPLEXIDADE TECNOLÓGICA E SOCIAL

Os modelos de atenção à saúde em disputa na área da saúde pública, tanto na década de 1960 como na de 1970, caminhavam para instaurar modelos de formação que atendessem melhor a complexidade tecnológica e social existente. Dessa forma, Donnangelo e Campos (1981 apud MAGALDI; CORDEIRO, 1983, p. 39) afirmaram que há uma “marcada extensão e cristalização do aparato institucional que dá suporte a um processo sempre reatualizado de formação de mão de obra e de acumulação de conhecimentos científicos e de tecnologia material que instrumentalizam a medicina individual”, expressa hoje pelas especialidades e pelo desenvolvimento do complexo médico-hospitalar para responder, de um lado, às atualizações técnicas. Em relação à complexidade social, o ensino precisaria estar centrado nas necessidades de saúde e no quadro nosológico e demográfico brasileiro. Tais resultados para as evoluções tecnológica e social geraram dicotomias na forma de implementar as políticas de saúde e da educação¹⁷.

As áreas de formação e de serviços de saúde necessitavam da convocação de novos atores para dar respostas ao aumento da complexidade social e tecnológica. No entender de Veras (1981), foram criadas as condições para ampliar as estratégias de formação, com o discurso das tecnologias simplificadas e apropriadas para atenderem aos programas de extensão de cobertura de saúde.

A prática médica se diversificou em especialidades, como também o vínculo do profissional, antes com uma atividade predominantemente liberal, depois completada com o assalariamento. Tal cenário, de acordo com Elias (1987, p. 67), possibilitou que a “residência surgisse como forma mais avançada para, atendendo às necessidades

¹⁷ De acordo com Rezende (2013, p. 17), a formação de profissionais “sempre foi uma questão da educação”. Com o amadurecimento de que esse desenvolvimento impacta o desempenho do sistema de saúde, houve a “interação entre os agentes da educação envolvidos com as questões de saúde e os agentes da saúde envolvidos com os processos educacionais/formativos, num arranjo de tal forma imbricado, que muitas vezes torna-se difícil distinguir um grupo do outro” (REZENDE, 2013, p. 17).

advindas da moderna prática médica, formar o especialista, pois pretendia transformar a prática médica, no sentido de modernizá-la”.

O lócus do moderno exercício médico era o hospital, ponto de encontro de diversas especialidades, detentoras da infraestrutura e dos equipamentos necessários. À medida que se expandia a assistência à saúde, especialmente com a ampliação da rede previdenciária¹⁸, a residência médica¹⁹, segundo Elias (1987, p. 1), se capilarizava em todo o território nacional como “forma de adestramento profissional dirigido à especialização, com ênfase no treinamento em serviço”. De acordo com Feuerwerker (1989, p. 59), o treinamento seria um “processo de combinar os conhecimentos teóricos adquiridos com a experiência clínica (indicando relacionamento com pacientes)”.

Escorel (1999), em seu estudo, aponta que a área de formação de recursos humanos em Saúde Pública construiu algumas estratégias: descentralização da formação do sanitarista por meio dos cursos descentralizados e regionalizados; incorporação das residências de medicina preventiva e social às residências médicas; e criação das pós-graduações *stricto sensu* na área da saúde coletiva. Para Paim (1985), essa associação da residência em medicina preventiva significou que os Departamentos de Medicina Preventiva, os quais antes atuavam dentro dos limites da universidade, passaram trabalhar mais diretamente nos serviços de saúde²⁰.

Concordamos com Escorel (1999) ao considerar que os processos de mudança nessa formação vão desde a transformação do perfil do sanitarista à difusão da abordagem médico-social e o contato com os novos objetos de investigação. Além disso, auxiliaram a consolidar a “hegemonia da proposta médico-social na formação de recursos humanos no campo da saúde coletiva” (ESCOREL, 1999, p. 127).

Para Nunes (2007), essa formação seria um dos três vetores que possibilitariam a estruturação formal do campo da saúde coletiva nos anos de 1970. Os outros foram o avanço das ciências sociais e o da pesquisa financiada pela Fundação de Estudos e Projetos (FINEP). Exploraremos o primeiro aspecto por considerar que a efetivação de

¹⁸ Para maiores detalhes sobre essa discussão, ver Oliveira e Teixeira (1985) e Menicucci (2007).

¹⁹ “A Residência em medicina constitui uma modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, Decreto nº 80.281, 1977). É nesse período que a residência médica terá um aparato legal e um órgão de normatização, a Comissão Nacional de Residência Médica, dentro do MEC. As áreas básicas, financiadas pelo Instituto Nacional de Assistência Social do Ministério da Previdência Social INAMPS/MPS, são: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, medicina preventiva e social, obstetrícia (CNS, 1977).

²⁰ De acordo com Paim (1985, p. 91), a medicina preventiva “permanecia espremida pelos limites próprios da escola médica”.

propostas alternativas para o sistema de saúde contribuiu para o fortalecimento do modelo de formação multiprofissional e o lugar ocupado pela ENSP.

As novas modalidades de curso reinventaram a saúde individual, bem como a coletiva. Para isso, desenvolveram projetos alternativos que vislumbravam mudanças estruturais na sociedade. De acordo com Marsiglia (2013), esses planejamentos desafiaram as instituições acadêmicas a reverem seus programas de ensino, desde o início dos anos de 1970, quando docentes, discentes e profissionais inseridos nas discussões dos Departamentos de Medicina Preventiva²¹ passaram a realizar encontros para definir quais eram as disciplinas e os conteúdos que seriam ministrados em 1974 nos cursos de graduação de Medicina e de especialização em Saúde Pública e em Medicina Social.

Na definição das matérias, foram incorporadas as ciências sociais. Para Magaldi e Cordeiro (1983, p. 39), o social “não é uma variável entre outras que participam do complexo causal, mas como um campo estruturado de práticas sociais na qual a doença adquire um significado especial”.

Para caracterizar esse período de mudanças conceituais, concordamos com Donnangelo (1983) quando afirma que o conhecimento teria um poder explicativo provisório e o desafio seria com

a variedade e o caráter frequentemente restrito e restritivo das conceptualizações do coletivo/social não invalidam o fato de que as práticas sanitárias se viram constantemente invadidas pela necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção. Nem devem induzir à suposição de que a vida social concreta acabe por torna-se mero produto dessas opções conceituais. Ela irromperá, certamente, sob outras formas, também no campo do saber, quando as malhas conceituais e sociais se revelarem estreitas face à concretude dos processos sociais (DONNANGELO, 1983, p. 21).

Segundo Nunes (2007, p. 18), essa época de tantas alterações configurou uma área da saúde coletiva que apresenta alguns princípios básicos, já presentes na medicina social e que já integravam o discurso sanitarista. Esses fundamentos eram “a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger a saúde de seus membros”, especialmente porque “as condições sociais e econômicas têm impacto crucial sobre a saúde e doença” e, por isso, “devem ser estudadas

²¹ Outras nomenclaturas utilizadas pelas instituições: Medicina Preventiva (16); Medicina Preventiva e Social (15); Medicina Social (9); Higiene e Saúde Pública (1); Saúde Coletiva e Comunitária (17); e outros nomes (15) (Fiocruz, 1977).

cientificamente; as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas”.

Concordamos com Loyola (2010, p. 27) sobre a necessidade de especificar outros termos referentes à saúde coletiva. Para essa autora, a área “ênfatiza o aspecto acadêmico, a classificação ou a inclusão da saúde coletiva como produtora de conhecimento no elenco das ciências e das disciplinas científicas”. Já o campo é usado no sentido bourdieusiano, ou seja, “remete ao conjunto de posições e das relações de poder que estruturam normativa, institucional, e politicamente a área” (LOYOLA, 2010, p. 27). Ainda de acordo com ela, a disciplina “refere-se ao corpo de conhecimentos acumulados ao longo do tempo a ser transmitido, reatualizado e ampliado, em suma reproduzido de forma a garantir a própria continuidade da saúde coletiva como um todo” (LOYOLA, 2010, p. 27).

De acordo com Marsiglia (2013), o termo “coletivo” foi entendido ao longo do tempo, tanto no âmbito do conhecimento científico, quanto no das práticas de saúde, como polissêmico. Essa variedade de sentidos trazia uma dualidade, ou seja, o “coletivo” era considerado como sinônimo de “população” por oposição ao indivíduo, o “social” em contraste ao “individual”, o “público” confrontando o “privado” e o “epidemiológico” se contrapondo à “clínica”. Para a autora, o desenvolvimento dos conceitos e a implementação das políticas e práticas de saúde tornaram menos nítidas essas diferenças.

A autora ainda indica que essa mudança vem se refletindo nos trabalhos e nas abordagens, estabelecendo “relações e as pontes entre ‘o indivíduo e a sociedade’, o ‘sujeito e o coletivo’, a ‘clínica e a epidemiologia’, a ‘objetividade e a subjetividade’, até mesmo entre o ‘público e o privado’” (MARSIGLIA, 2013, p. 35). Esses vínculos, aos quais se refere Marsiglia, podem ser considerados uma estratégia de “quando as malhas conceituais e sociais se revelarem estreitas face à concretude dos processos sociais”, como nos sugeriu Donnangelo (1983, p. 21).

A saúde coletiva construiu sua produção de conhecimento como área e disciplina, e atuou no campo da política de criação de recursos humanos. Dessa forma, se estruturou a fim de atender às novas demandas, reformulando os objetivos pedagógicos para práticas mais atuais, contudo sempre teve projetos em disputa. Dentre estes, um que se manteve, segundo Loyola (2010, p. 27), foi o de que “em muitas instituições as linhas de pesquisa passaram a ser politicamente mais importantes que os departamentos e as instituições em seu conjunto [...], o que diferenciava do sentido e da sua concepção original”.

As novas práticas instituídas como estratégias de reorganização da formação de profissionais de saúde na pós-graduação foram uma tentativa de reverter o modelo centrado na alta tecnologia e no padrão liberal de atenção à saúde e de, principalmente, ampliar a entrada de outras profissões. O desafio para o setor saúde foi conduzir a estratégia de extensão de cobertura, com dupla entrada do Ministério da Saúde e da Previdência Social, para resolver o acesso da população aos serviços de saúde.

Na estratégia de extensão de cobertura, a formação do sanitarista também foi considerada e estudada por Nunes (1998) nas escolas de saúde pública nas décadas de 1970 e 1980. A autora observou a seguinte diferenciação no modelo e na oferta dos cursos: a Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP) manteve um eixo comum para todas as profissões e um específico para uma determinada categoria profissional (modelo uniprofissional); a Escola Nacional de Saúde Pública do MS optou pelo modo multiprofissional no final da década de 1960, reunindo alunos de todas as categorias em um mesmo espaço de aprendizagem durante todo o curso.

Para Nunes, a formação do sanitarista apresentou duas tendências: os alunos formados pela Faculdade de Saúde Pública teriam aperfeiçoado técnicas e práticas inerentes à formação original, sem a criação de uma identidade própria, “que teria uma postura renovada daquele profissional no seu campo de origem, à luz das demandas de saúde pública e da sua nova habilitação profissional” (NUNES, 1998, p. 59). Quanto aos formados pela Escola Nacional de Saúde Pública,

pressupunha um processo de formação em que os profissionais de múltiplas origens se integrassem em todas as etapas, reconhecendo a formação profissional 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 como identidade própria e se referenciava nessa especificidade, para identificar as noções que deveriam ser atraídas para esse novo campo (NUNES, 1998, p. 59-60).

Ao assegurar que a formação multiprofissional fosse um elemento de permanência em seus cursos, a Escola Nacional de Saúde Pública, no período do estudo, expressa a centralidade desse modelo em seu projeto de ensino.

Dentre as novas práticas na década de 1970, no *lato sensu*, a residência²², inicialmente denominada de TAS (uma política de formação da Fiocruz), foi a precursora

²² Na década de 1970, existiam treze escolas médicas que ofereciam residência em Medicina Preventiva ou Medicina Social. A partir de 1980, as vagas ampliaram-se com o incentivo do Programa de Apoio à

na estruturação de um curso para recém-formados no modelo de formação multiprofissional. Resta-nos agora entender como a ENSP assumiu o desafio do projeto de uma nova prática.

2.4 POLISSEMIA DO MODELO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Existem muitas maneiras para definir o que se entende por modelo de formação multiprofissional. Não sem razão que a Organização Mundial de Saúde (OMS) decidiu, em 2010, apresentar um conceito que pudesse orientar as práticas de formação em saúde. Sem fazer uso do termo multiprofissional, o órgão descreveu, no documento intitulado “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” (WHO, 2010), as características que viriam a ser a educação profissional. O texto destaca que:

a **Educação interprofissional** ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde (WHO, 2010, p. 13, grifos nossos).

No contexto internacional, Green (2014) apresenta uma visão histórica da educação interprofissional no Reino Unido e descreve três fases. A primeira, reconhecimento do dilema da profissionalização (*recognition of the professionalisation conundrum*), ou seja, a assunção intuitiva que esse tipo de educação melhoraria a colaboração na prática e também os resultados. Além de destacar a percepção inicial dos dilemas da profissionalização, a proliferação de especialidades entre as profissões da saúde e sua compartimentalização (*siloesation*) levariam a apostar na educação interprofissional para mudar o cenário. Esse autor, tomando por base outros estudos que analisaram o Relatório Dawson, elaborado na década de 1920, entendeu que, embora existissem propostas para o trabalho em equipe e colaborativo nos serviços de saúde, estas não foram incorporadas no relatório, constando apenas a integração de serviços. Sendo assim, apesar dos serviços de saúde considerarem a multiprofissionalidade em suas práticas, tal iniciativa não foi contemplada na educação profissional.

Para a década de 1960, Green (2014) refere a existência de iniciativas embrionárias sobre o trabalho em equipe multiprofissional na saúde, como resultado das

Residência em Medicina Social/Medicina Preventiva e Social/Saúde Pública, resultante de convênio entre Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Fiocruz (MAGALDI; CORDEIRO, 1983).

mudanças na educação de grupos anteriormente “semi-profissionais” (por exemplo, enfermagem, obstetrícia, trabalho social) para trabalhadores com formação universitária.

A segunda fase, denominada “legitimação” (*legitimation*), se dá por meio do desenvolvimento de redes, da construção de consenso, do fomento à criação de uma base de evidências da educação interprofissional e da negociação com os formuladores das políticas. Green (2014) observou os esforços para construir essa base de evidências e, ao mesmo tempo, elaborar uma agenda política que pudesse proporcionar mudança nas práticas da formação em saúde. Para esta última, foi necessário refinar os conceitos, como “qualidade” e “envolvimento do usuário”, possibilitando aos usuários do serviço um papel mais participativo.

Na terceira fase, publicizar e agir (*talking up and acting up*), quando a agenda neoliberal estava em curso, articulou-se com “comunidades globais de práticas” a divulgação de exemplos de boas práticas, o desenvolvimento de uma base de pesquisa e empenho para implementar mudanças em várias configurações. Para Green (2014, p. 120), a “evidência empírica, embora promissora, também sugere que permanecem as dificuldades tradicionais da identidade profissional, a burocracia organizacional e a resistência da força de trabalho”.

Hall e Weaver (2001), em revisão bibliográfica, principalmente, de artigos norte-americanos para o período de 1976 a 1999, utilizaram os descritores “interdisciplinar”, “interprofissional” e “multidisciplinar” na educação médica. Para responder a perguntas “quando educar?”, “quem educar?” e “como educar?”, emergem dessa revisão dois principais elementos: um referente ao sistema de educação e formação de profissionais de saúde e o outro relacionado ao conteúdo da educação interdisciplinar.

D’Amour (1997) observou que, a partir dos anos 1970, com a Reforma de Castonguay-Nepveu, os Centros Locais de Serviços Comunitários (Centres Locaux de Services Communautaires – CLSC) no Québec construíram uma proposta com a finalidade da prestação de serviços estar ancorada em colaboração com profissionais de várias disciplinas. Esses lugares produziram uma abordagem global com as seguintes características: a) ser capaz de romper com a fragmentação decorrente da especialidade; b) estabelecer uma prática colaborativa que transcendesse os limites profissionais; c) criar uma cultura organizacional de abordagem geral e comunitária.

D’Amour (1997) considerou que os estudos sobre esse projeto mostraram dificuldades em vários âmbitos, como: a tendência de satisfazer as aspirações profissionais e manter a autonomia, em detrimento da colaboração profissional; o modo

de relacionamento entre os profissionais seria limitado às relações de subordinação (mais frequentemente em relação ao médico); os indivíduos seriam treinados em um sistema educacional que desenvolvesse conhecimentos específicos e definiriam as práticas com base em territórios ou jurisdições exclusivas; o sistema da saúde seria dominado por corporações. A autora conclui que, após 20 anos da existência dessa proposta, o processo de socialização, baseado na colaboração, ainda não seria hegemônico, pois a lógica profissional continuava bastante atual.

Estão presentes nessas três propostas a questão da educação profissional e da prática colaborativa, bem como a sua articulação com o mundo do trabalho e a formação dos profissionais de saúde. Essa integração seria sustentada por políticas de saúde, educação, trabalho, entre outras. Além disso, tais áreas poderiam construir esse processo, podendo expressar um mosaico de experiências que determinaria, primordialmente, a educação profissional. Esta, segundo Peduzzi *et al.* (2013, p. 979), “corresponde a um processo de socialização no qual os estudantes passam a criar uma identidade com a profissão escolhida, os seus valores, cultura, papéis e conhecimentos específicos”. O desafio para a educação interprofissional e a prática colaborativa consiste em fazer parte desse movimento de socialização. Como nos sugere a pergunta de Hall e Weaver (2001), qual seria o momento para esse desafio?

A educação profissional no modelo multiprofissional, com a sua polissemia, já havia sido identificada pela OMS em 1988, antes mesmo do termo ser consenso como um componente importante para a Atenção Primária de Saúde (APS). Entretanto, ela se referia ao ensino multiprofissional e interprofissional como sinônimos, conforme destacado no documento “*Learning Together to Working Together for Health*”:

A Experiência educacional compartilhada por membros ou estudantes de diferentes profissões chama-se “educação multiprofissional”. De certa forma, abordagens semelhantes são descritas de diferentes maneiras na literatura como educação multidisciplinar ou interdisciplinar. Dado que essas palavras possam significar algo diferente (por exemplo, “disciplina” na educação médica e de enfermagem corresponde a matérias como anatomia, fisiologia, imunologia), o Grupo de Estudo recomendou o uso do termo “multiprofissional”. **O termo “interprofissional” é também encontrado na literatura e tem o mesmo significado que “multiprofissional”** (WHO, 1988, p. 5-6, tradução literal. Grifo nosso).

Nesse período, as profissões da saúde se apresentavam com graus diferentes de formalização. Algumas já bem estruturadas, como enfermagem, medicina, odontologia, e farmácia, e outras em processo de constituição para o trabalho nesse campo. As

diversificadas fases de formalização dependem, a nosso ver, do desenvolvimento do sistema de saúde e educacional de cada país, em determinado momento histórico. Podemos utilizar as Escolas de Saúde Pública na década de 1960 como exemplo, pois são consideradas espaço de formação e, por consequência, de articulação da multiprofissionalidade e, de acordo com Ramos (1966) tanto a OMS quanto as escolas estadunidenses recomendavam que as unidades de saúde proporcionassem a observação, estudo, análise, crítica e experiência de campo de alta qualidade

Fee (2008, p. 844) apresentou os principais argumentos que a Fundação Rockefeller utilizava para convencer as escolas de saúde pública a estabelecerem programas de treinamento de campo: “os alunos deveriam aprender a praticar na comunidade do mesmo modo como os estudantes de medicina aprendiam sua arte nas alas de um hospital”. Tanto a formação preconizada pelas escolas de Saúde Pública quanto aquela realizada no hospital propiciaram o encontro de vários profissionais e a experimentação de estratégias pedagógicas em espaços com graus diferenciados de complexidade tecnológica e de níveis de atenção à saúde.

Segundo Ramos (1966), a primeira experiência de treinamento de campo no Brasil, com modelo multiprofissional para médicos, veterinários e farmacêutico, foi na FSP/USP. Ela é referida como uma prática na formação do profissional de saúde pública, a qual “deve abranger, inclusive, a realização de trabalhos em comum, com a participação de vários profissionais, de sorte a estimular o desenvolvimento do espírito de equipe” (RAMOS, 1966, p. 199). Após esse primeiro período em exercício, tornou-se disciplina obrigatória nos cursos de Saúde Pública, de Educação em Saúde Pública e de Administração Hospitalar.

Dez anos após essa vivência, a descrição do que seria o trabalho em comum foi denominada como “colaboração interdisciplinar” e entendida por Pereira e Harris (1976, p. 257) da seguinte forma:

o comportamento interprofissional não exige que membros de profissões correlatas pensem da mesma forma, mas sejam capazes de trabalhar em grupos exigindo do profissional que coloque o problema acima da profissão e/ou de ajudas institucionais. Cabe ao profissional compreensão e habilidade para reconhecer em seus pares os mesmos direitos de participar no processo de solução de problemas.

Como pode ser observado, cada país, especialmente nas décadas de 1960 e 1970, implementou estratégias de formação e diferentes processos de socialização na educação profissional, na prestação de serviços e na pós-graduação. Tais procedimentos se

apoiaram na concepção de um trabalho coletivo, de equipe, em respeito à pluralidade e, ao mesmo tempo, à formação de identidade, na medida em que está organizado para que os alunos, ao se tornarem profissionais, tenham maior facilidade de se posicionar e agir frente aos desafios inerentes à prática da área de saúde.

Compreendemos como sinônimos, como sugerido pela WHO (1988), os termos “educação interprofissional e multiprofissional”. Neste trabalho, adotamos a expressão “modelo de formação multiprofissional”, por ter sido uma estratégia de inovação na oferta dos cursos da ENSP. Esse modelo, especificamente na pós-graduação, é entendido na perspectiva de incorporação de diversos profissionais que, por terem formações correlacionadas com a área de saúde, participam também nos espaços formativos, tanto na sala de aula, quanto no campo de prática. Consideramos que esse modelo possibilitou implementar e ampliar as abordagens interdisciplinares na saúde, o que resultou no desenvolvimento de novos perfis profissionais e práticas colaborativas, especialmente, na área da Saúde Pública nas décadas de 1960 e 1970.

Até o momento, relacionamos quatro aspectos na formação da saúde pública que nos possibilitaram a ancoragem do nosso estudo. A primeira é que as escolas especializadas em tal área, influenciadas por modelos da OMS, da Fundação Rockefeller e de outros referenciados na “filosofia da medicina social”, tiveram trajetórias distintas na formação de profissionais da saúde. Os projetos de mudança, especialmente da medicina, contribuíram para propiciar novas interações entre as escolas, os serviços de saúde e as universidades, o que possibilitou o desenvolvimento de novos objetos de estudo e estratégias de intervenção.

A segunda questão é que o aumento da complexidade tecnológica e social, associado à necessidade de respostas para um programa de extensão de cobertura, impactou no desenvolvimento de modelos de formação e de atenção à saúde. Foi possível identificar nas abordagens da medicina preventiva e da saúde coletiva alguns elementos que cooperaram para a implementação do ensino multiprofissional.

A terceira alteração é a redefinição do lócus do treinamento na formação, de modo que isso significou rever os referenciais teóricos para desenvolver estratégias explicativas centradas nas condições de vida de uma da população, propondo projetos de intervenção e também estruturando estratégias de cooperação com os serviços de saúde. Apresentamos alguns elementos dessa redefinição, mediante propostas de cursos elaborados ao longo do período estudado.

E a quarta modificação se refere aos novos atributos de colaboração para docentes e discentes, às recentes abordagens interdisciplinares e aos programas de curso, os quais são considerados resultado de uma tentativa de construção de um modelo de formação multiprofissional. Entendemos que este, ao se instituir, apresenta importantes elementos para análise, por ser uma resposta à conjuntura de mudanças da formação e do trabalho e da própria ENSP.

Para entender o conceito de multiprofissionalidade, foram necessárias algumas aproximações acerca das razões e estratégias da ENSP para efetivá-lo. O que pode ter contribuído, segundo Nunes (1998, p. 60), 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”. Logo, trata-se de discutir a formação especializada em saúde pública e quais os pontos da agenda da política de saúde influenciaram a ENSP para assumir esse modelo e o curso em nível de residência.

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) pertencente ao Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo de base documental, no qual foram utilizados documentos que ainda não haviam passado por tratamento analítico.

Os materiais são relativos a dois períodos: o primeiro, a década de 1960, quando a formação em saúde pública começava a ser responsabilidade da ENSP que, ao mesmo tempo, experimentava um modelo de ensino multiprofissional, sob a forma de curso em nível de mestrado, e adquiria características de uma instituição de abrangência nacional; o segundo, a metade final da década de 1970²³, época da implementação do Treinamento Avançado em Serviço, momento em que foi elaborado o projeto da primeira experiência de formação multiprofissional, em nível de residência, como parte do programa de formação da Fiocruz.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E SUAS CATEGORIAS

Nosso objeto de estudo é o modelo de formação multiprofissional em uma instituição da área da saúde pública. Para alcançar tais objetivos, o percurso metodológico foi o da pesquisa documental. O Apêndice A sintetiza o desenho desse trabalho.

Adotamos a abordagem de Flick (2009) para análises de documentos institucionais. O autor considera que esse tipo de investigação possui uma dupla finalidade: registrar as rotinas e servir como informação a respeito da forma como estas ocorrem. Para esse autor, “isso se torna particularmente relevante quando problemas, fracassos ou erros precisam ser justificados” (FLICK, 2009, p. 235). Tendo em vista que o período do nosso estudo se deu entre 1964 e 1976, estivemos mais atentos aos objetivos dos registros institucionais.

Outro aspecto importante na pesquisa documental é, de acordo com Krippendorf (1980 apud LUDKE; ANDRÉ, 1986), o reconhecimento do caráter subjetivo da análise realizada pelo pesquisador. Para ele, os conhecimentos lógicos, formais e experienciais (sensações, percepções, impressões e intuições) coexistem no processo de decodificação

²³ O período de 1970-1974 foi excluído por não haver informações sobre a proposta do TAS.

da mensagem pelo receptor. Assim, assumimos essa perspectiva como um componente da análise documental.

No que diz respeito à fidedignidade em uma investigação qualitativa, concordamos com os autores Ludke e André (1986), os quais afirmam não ser possível que dois pesquisadores cheguem aos mesmos resultados, “mas sim de que haja alguma concordância, pelo menos temporária, de que essa forma de representação da realidade é aceitável, embora possa existir outras igualmente aceitáveis” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 52).

Newnham (1997, p. 28 apud GOODSON, 2008, p. 118) considera haver perda de memória institucional quando “camadas de conhecimento não quantificável adquiridas durante anos de experiências são jogadas fora [e não se tem] qualquer sentido de passado”. Assim, nosso esforço consiste em reavivar a memória da instituição, além de entender as características do modelo de formação multiprofissional existente nela.

Existem vantagens e desvantagens na pesquisa documental. Para Cellard (2010), o benefício seria assegurar a possibilidade de eliminação da influência do pesquisador no conjunto de interações, acontecimentos ou comportamentos. Segundo Flick (2009), o ponto negativo estaria no fato desse tipo de trabalho ter uma abordagem específica e limitada a uma determinada experiência e a um certo processo.

Este estudo foi desenvolvido com base em Cellard (2010), ou seja, pretendemos: entender o contexto em que o documento foi elaborado, qual o seu autor, o seu período e outras versões existentes dele; compreender a natureza das palavras e dos conceitos, delimitando seus sentidos de forma adequada; e verificar se o texto teria credibilidade e representatividade.

Para definir as categorias teóricas, trabalhamos com autores do campo da sociologia dos estabelecimentos de ensino. Podemos citar dois autores portugueses que discutem a temática, Antônio Nóvoa (1992) e Licínio C. Lima (2001), e a autora brasileira Leila Alvarenga Mafra (2011).

Mafra (2011), ao apresentar o itinerário da produção estrangeira, observou que esse campo da sociologia se materializa sob uma abordagem sociocultural e conforme diferentes dimensões teórico-metodológicas. Essa autora ainda reconheceu seus principais avanços: “visão histórica, multidimensional, pluralista, diversificada, ainda que abordada a partir de *consensus* ou *ethos* culturais unificadores, que se mantém ou se transforma ao longo do tempo e das épocas” (MAFRA, 2011, p. 131).

Nóvoa (1992) e Lima (2001) são autores que desenvolveram estudos sobre a sociologia das organizações escolares, enquanto unidade social e como ação pedagógica organizada denominada “meso-abordagem”. Se, para Lima (2001), essa concepção faz a integração entre os objetos macroestruturais (Estado) e os microestruturais (sala de aula) do estudo, para Nóvoa (1992, p. 20) seria “o melhor enfoque particular sobre a realidade educativa que valoriza as dimensões contextuais e ecológicas, procurando que as perspectivas mais gerais e mais particulares sejam vistas pelo prisma do trabalho interno das organizações escolares”.

Ainda segundo Nóvoa (1992), essa abordagem propiciou a formação de dois tipos de modelo: políticos e simbólicos. O primeiro incorporou vários conceitos, como poder, disputa ideológica, conflito, interesses, controle, regulação, entre outros. O segundo enfatizou o significado que os diversos atores têm sobre os acontecimentos, ou seja, o “caráter incerto e imprevisível dos processos organizacionais mais decisivos” (NÓVOA, 1992, p. 25). Com base nesses exemplos, o autor realizou estudos nas escolas primárias e secundárias portuguesas, considerando as características organizacionais e de sua cultura.

Como nossa pesquisa diz respeito ao ensino de pós-graduação em uma instituição de saúde pública, adaptamos as abordagens de Nóvoa (1992), Lima (1996) e Libâneo *et al.* (2012). Elaboramos nossas categorias teóricas relacionadas às características organizacionais, na perspectiva da garantia do apoio político e financeiro das autoridades. Além disso, destacamos outras três características referentes à garantia de fortalecimento da própria instituição para se tornar uma escola de fomento à formação: autonomia escolar, liderança organizacional e reconhecimento público.

Em nossa tese, a autonomia acadêmica foi entendida a partir de Lima (1996 apud LIBÂNEO *et al.*, 2012), ao considerar que, em face das várias instâncias sociais, ela será sempre relativa e a importância de reconhecer a tensão entre as decisões da escola e do sistema ao qual ela está vinculada. Nos dizeres do autor, “nos terrenos da ação em contexto escolar, nenhuma das partes pode exercer hegemonicamente o controle total sobre a outra” (LIMA, 1996, p. 32 apud LIBÂNEO *et al.*, 2012 p. 418). De acordo com Nóvoa (1992, p. 26), essa característica “é importante para a criação de uma identidade da escola, *ethos* específico e diferenciador que facilite a adesão de diversos atores e elaboração de um projeto próprio”. Para garantir essa autonomia, consideramos o

processo de tomada de decisão sobre problemas específicos, como os de natureza administrativa, pedagógica, jurídica e financeira (BRASIL, 2006)²⁴.

A liderança organizacional significa assegurar estratégias de participação e de tomada de decisão coletiva na definição dos projetos de trabalho. O reconhecimento público significa imprimir nas relações estabelecidas na própria instituição um conjunto de valores comuns que definem a sua identidade.

As três características institucionais relacionadas ao programa de ensino se referem à articulação curricular (estabelecer uma adequada seleção e organização dos conteúdos de acordo com os objetivos do projeto ou programa pactuados), à formação de pessoal (possibilitar o aprimoramento da atualização docente, articulada com o projeto e os programas pedagógicos da instituição e estímulo à prática da pesquisa) e aos compromissos e responsabilidades institucionais e associativas (relação estabelecida com os serviços de saúde, com os conselhos de classe e associações profissionais para a constituição de um determinado perfil).

Para os aspectos relacionados à cultura organizacional, alguns elementos foram considerados em nosso estudo, especialmente os que Nóvoa (1992, p. 30) chama de “zona de visibilidade”. Para o autor, ela pode ser observada nas manifestações verbais e conceituais e identificada nos elementos escritos (objetivos organizacionais), no organograma, nos regimentos, regulamentos, entre outros.

As categorias empíricas foram elaboradas ao longo do trabalho de campo, da constituição do *corpus* e da análise dos dados.

3.2 PESQUISA DOCUMENTAL

3.2.1 Constituição do *corpus* da pesquisa

²⁴ De acordo com o Conselho Escolar e o financiamento da educação no Brasil (BRASIL, 2006), a natureza administrativa refere-se à possibilidade da escola elaborar e gerir seus planos, programas e projetos; a pedagógica “está estreitamente ligada à identidade, à função social, à clientela, à organização escolar, à avaliação bem como os resultados” (Ibid., p. 85); a jurídica refere-se à possibilidade da escola elaborar suas normas e orientações escolares; a financeira consiste na existência e utilização de recursos financeiros para efetivar seus planos e projetos, podendo ser parcial, quando administra parte dos recursos e o restante é da responsabilidade do órgão central, ou total, quando a administração é somente de sua responsabilidade.

Constituímos o *corpus* da pesquisa a partir de documentos disponíveis nas bases de dados Arch da Casa de Oswaldo Cruz²⁵ (COC) e da Escola Nacional de Saúde Pública²⁶, ambas da Fundação Oswaldo Cruz. Segundo Moraes (2003), realizamos sua desconstrução e unitarização, com a codificação de cada documento por dia, mês, ano e década. Identificamos na documentação eventos institucionais relativos às décadas de 1960 e 1970, de acordo com as categorias teóricas, as quais organizamos por meio de uma linha do tempo e definimos a partir das categorias empíricas. Cabe justificar que, embora os documentos relativos à IV CNS (BRASIL, 1967) não tenham sido incluídos no *corpus*, fizeram parte da análise documental por revelar a transição que existiu entre os modelos de formação profissional.

Dos seis tipos de banco de dados existentes na base Arch da COC, selecionamos os documentos textuais²⁷, organizados sob a forma de fundos e coleções²⁸. Utilizamos somente os fundos ENSP e Presidência²⁹, por conterem documentos que faziam referência ao modelo multiprofissional e ao TAS. Do fundo ENSP, serviram como fonte documental aqueles relativos às seções Direção, Secretaria de Administração Geral e DAPS e do fundo Presidência, a seção Secretaria Geral. Todas as referências a esses documentos estão disponíveis nos dois sítios da instituição³⁰.

²⁵ A base Arch hoje se encontra no Departamento de Arquivo e Documento (DAD), anteriormente sob custódia da Diretoria de Administração, unidade da Fiocruz, depositária de documentos permanentes do Instituto Oswaldo Cruz e de arquivos não correntes de outras unidades da instituição (Base Arch/COC/Fiocruz).

²⁶ A base Arch ficou disponível ao público a partir de 2017 e faz parte do Projeto Memórias, que tem o apoio da Casa de Oswaldo Cruz para preservar os documentos ligados à história da instituição. Os objetivos desse projeto são a identificação, o armazenamento e a divulgação de documentos resultantes de pesquisas realizadas pelos Centros e Departamentos da ENSP. Nessa base, também estão arquivadas as coleções documentais dos Programas de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) e de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE), entre outros.

²⁷ Cabe esclarecer que os bancos de dados são de seis tipos: textuais (dossiês e maços, ordenados cronologicamente, acondicionados em caixas); iconográficos (fotografias das décadas de 1960 e 1980); cartográficos (plantas arquitetônicas do prédio sede da ENSP); sonoros (depoimentos orais coletados entre 1985 e 1993, no âmbito de projetos de pesquisa); discos sonoros (produzidos pelo Ministério da Saúde para as campanhas de controle de doenças e de vacinação); e filmográficos.

²⁸ Segundo o Dicionário brasileiro de terminologia arquivística (ARQUIVO NACIONAL, 2005), o termo “fundo” é o conjunto de documentos de uma mesma proveniência e “coleção” é o conjunto de documentos com características comuns, reunidos intencionalmente.

²⁹ A título de informação, o fundo ENSP é organizado nas seções Secretaria de Administração Geral, Coordenação de Cursos Descentralizados, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Direção, Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos. O fundo Presidência, por sua vez, é organizado nas seções Assessoria de Planejamento Estratégico, Assessoria Geral de Planejamento, Auditoria, Coordenadoria de Comunicação Social, Diretoria de Administração, Diretoria de Administração do Campus, Diretoria de Recursos Humanos, Secretaria Geral, Superintendência de Administração Geral, Superintendência de Planejamento, Vice-Presidência de Desenvolvimento Tecnológico e Produção.

³⁰ Disponível em: <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/escola-nacional-de-saude-publica-2> e <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/secretaria-geral>.

Para identificar e selecionar os documentos, utilizamos os seguintes descritores: multiprofissional; multiprofissionalidade; pluriprofissional; pluriprofissionalidade; treinamento avançado em serviço; residência em saúde pública; residência em medicina preventiva e social; formação em saúde.

O levantamento foi realizado entre os meses de agosto de 2018 e janeiro de 2019. O *corpus* totalizou 332 documentos³¹, que receberam numeração cardinal de 1 a 332, por ordem de identificação à medida que foram encontrados.

Na fase de levantamento, esses materiais foram registrados em uma planilha do Excel, preenchida com os seguintes itens: número do documento; dossiê; caixa; maço; ano; contexto; atores; instituição; finalidade. Na etapa de análise, selecionamos 31 documentos e a composição da planilha foi: data; tipo de documento; ator; instituição; objetivo; informações pertinentes.

3.2.1.1 Critérios de inclusão

Os documentos da década de 1960 selecionados para análise foram: registros realizados pelas principais instâncias decisórias (conselhos e coordenações); técnico-acadêmicos; participação de discentes em órgãos colegiados, como também moções de apoio; convênios realizados para manutenção dos campos de prática e subsídios por meio de bolsas de estudo; relatórios de seminários, congressos, entre outros, sobre a formação de recursos humanos para a saúde pública; relatos de cooperação técnica e pareceres; Regimento e Regulamentos da ENSP e da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP).

Os documentos da década de 1970 selecionados para análise foram: programas de cursos, relatórios de avaliação, trabalhos apresentados e seus relatórios finais; trabalhos de conclusão de curso; projetos de pesquisa, artigos e relatórios tanto da ENSP, como da Fiocruz, sobre a área de ensino; correspondências emitidas sobre o ensino; formulação, desenvolvimento e avaliação de convênios; programas e projetos voltados às áreas de ensino em saúde pública, resultantes da cooperação com instituições brasileiras e os órgãos internacionais; Regimento e Regulamento do Instituto Presidente Castelo Branco (IPCB) e da ENSP.

³¹ Foram fotografados 316 documentos no formato de arquivo *Joint Photographics Experts Group* (JPG), totalizando aproximadamente 4.400 fotos.

3.2.1.2 Critérios de exclusão

Em ambas as décadas, não foram selecionados documentos cujos temas não estavam diretamente relacionados aos objetivos de estudo: assuntos de pessoal (recursos humanos); aquisição e controle de materiais e equipamentos; planejamento orçamentário e acompanhamento contábil; projetos de pesquisa em epidemiologia, administração e/ou saneamento; e relatórios produzidos pelas unidades de saúde, tipo rural e urbana.

3.2.2 Descrição dos documentos

Encontramos alguns textos com uma estrutura genérica homogênea, como registros de instâncias de decisão da instituição, do Ministério da Saúde (MS) e de órgãos deliberativos da instituição. Todas as atas apresentavam elementos fixos, previsíveis e ordenados e de fácil identificação, como: número³²; reunião ordinária ou extraordinária; abertura com horário, local e participantes; comunicações; ordem do dia; assuntos gerais; aprovação de programas; aprovação de docentes. Outros documentos exibiam uma estrutura genérica heterogênea, como eventos, registro de reuniões de trabalho e outras produções textuais sobre a formação em saúde. Podemos citar, por exemplo: cartas, moções e ofícios; relato de cooperação técnica; parecer técnico; relatório de reunião, seminário, congresso, monografias, entre outros; programas e projetos; relatório anual; Regimento e Regulamento. Para fins de exemplificação dos tipos de documentos, selecionamos alguns e os apresentamos nos anexos A, B, C, D e E.

3.2.3 Análise dos dados

Para análise dos dados, adotamos Norman Fairclough (2016), autor que elaborou um dos métodos para a análise do discurso: a Análise do Discurso Textualmente Orientada. Esse autor apresenta o discurso como um modo de ação, uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo, e também uma forma de representação, tanto do mundo como de si. Ele considera a existência de uma relação dialética entre o discurso e a estrutura social, à medida que o primeiro é moldado e restringido pela segunda, mas, ao mesmo tempo, contribui para a constituição de todas as suas dimensões. Portanto,

³² Somente as atas do Conselho Consultivo da ENSP apresentam numeração.

especifica que o discurso pode ser caracterizado como um modo da prática política e ideológica, em que aquela significaria “estabelecer, manter e transformar as relações de poder e as entidades coletivas (classes, blocos, comunidades, grupos) entre as quais existem relações de poder” e esta “constitui, naturaliza, mantém e transforma os significados do mundo de posições diversas nas relações de poder” (FAIRCLOUGH, 2016, p. 98).

A ADTO se expressa pela concepção tridimensional do discurso³³. Esse ponto de vista considera que: a análise textual é realizada a partir do vocabulário, da gramática, coesão e estrutura textual; a prática discursiva (análise da produção, da interpretação e do consumo textual) tem a intertextualidade³⁴ como o foco principal da análise; a prática social (análise das circunstâncias institucionais e organizacionais do discurso) considera “o discurso em uma concepção de poder como hegemonia e em uma concepção da evolução das relações de poder como luta hegemônica” (FAIRCLOUGH, 2016, p. 121). Para o autor, uma característica especial a ser destacada é o papel da prática discursiva na ligação entre a realidade social e o texto, por ser possível “avaliar as relações entre mudança discursiva e social e relacionar sistematicamente propriedades detalhadas de textos às propriedades sociais de eventos discursivos como instâncias de prática social” (FAIRCLOUGH, 2016, p. 27).

A partir do entendimento do discurso como prática discursiva, política e ideológica, estabelecemos as seguintes etapas no tratamento analítico:

- ✓ Mapeamos os documentos cujos discursos seriam analisados mais detalhadamente.
- ✓ Após análise minuciosa de alguns materiais, tomamos como referência as relações sociais mantidas e divulgadas por meio da linguagem, estabelecidas nos discursos produzidos e reproduzidos. Nosso foco foi o da compreensão da prática discursiva com base na interdiscursividade e verificamos o tipo de discurso e se houve mudança discursiva.

³³ Para Fairclough (2016, p. 136), este método incluiria: “aspectos de uma concepção foucaultiana de discurso com a ênfase bakhtianiana na intertextualidade” e funções da linguagem adotadas a partir do linguista inglês Halliday: identitária (identidades sociais e posições do sujeito); relacional (relações sociais entre pessoas); e ideacional (sistemas de conhecimento e crença).

³⁴ De acordo com Fairclough (2016, p. 158), a intertextualidade pode ser manifesta ou constitutiva, e esta última seria nomeada de “interdiscursividade”, que, para ele, é “uma questão de como um tipo de discurso é constituído por meio de uma combinação de elementos de ordens de discurso”: o gênero, o estilo, o discurso e o tipo de atividade.

✓ Para Fairclough (2016) um “discurso” é um modo particular de construir um conteúdo ou assunto, sendo a forma que estes entram no texto capaz de expressar uma área de conhecimento e como esta se constitui. Para identificar a mudança discursiva, examinamos se estavam presentes o que Fairclough chama de “convenções discursivas, códigos e os elementos de maneira nova em eventos discursivos inovadores” (FAIRCLOUGH, 2016, p. 134). Essas alterações estruturariam uma outra ordem de discurso.

✓ Após a seleção dos documentos, devido ao grau de diversidade de estrutura dos textos e discursos presentes e por variarem de uma época à outra, fizemos a descrição e interpretação dos discursos.

✓ Na leitura, nos baseamos em Ramalho e Resende (2011) para identificar as relações dialógicas harmônicas ou polêmicas³⁵, a existência de uma mistura significativa de discursos e traços que caracterizam os discursos articulados (relações semânticas entre palavras, colocações, metáforas, presunções, traços gramaticais) e a maneira como foram conectados.

Para fins da análise documental, a partir do entendimento dos discursos relacionados ao lugar de representação dos atores, ao componente institucional ou associativo e à área de conhecimento, definimos os seguintes discursos:

Sanitarista – aqueles que expressam a posição política de atores dos programas de formação de profissionais de saúde e de atenção à saúde, especificamente na área de Saúde Pública.

Gestão Acadêmica – discursos que exprimem o posicionamento político de atores de instituições de ensino, como decisões sobre o tipo de ensino, currículo e pedagogias referentes a um programa de ensino, de acordo com o perfil de discentes e docentes estabelecidos pela instituição.

Institucional – aqueles produzidos na estrutura administrativa do Estado³⁶ e os que explicitam a posição política de atores designados para ocupar um cargo nessa esfera.

³⁵ Para as autoras, essas relações são suscitadas quando diferentes discursos representam um mesmo aspecto do mundo em um dado texto.

³⁶ Para este discurso, adotamos o conceito de Luz (1979, p. 33): “pode se exprimir em normas, mas nelas não se esgota. Ele é o saber que as suporta: conhecimento e técnica, ciência e arte, ideologia materializada em práticas (discursivas) específicas.”

Discurso de grupos de interesse – discursos produzidos por associações (estudantis ou profissionais) que revelam a posição política desses atores.

4 RESULTADOS

A iniciativa de elaborar um modelo de formação multiprofissional na ENSP mobilizou um conjunto de estratégias que tornaram possível a sua implementação. Identificamos tais estratégias em dois cursos: um, de meados da década de 1960, em nível de mestrado – mestrado em Saúde Pública; e o outro, de meados da década de 1970, em nível de residência – Treinamento Avançado em Serviço. Nossa tese analisou o programa de ensino em Saúde Pública dessa instituição a partir de 1964, nos primeiros 12 anos da ditadura militar, quando a instituição passou por um processo de estruturação. É importante destacar que este se deu numa época do regime de exceção, o qual vigorou até meados da década de 1980, em que os partidos políticos foram extintos, havia a perda das garantias democráticas, o direito de greve foi suprimido e existia a proibição de livre manifestação.

Dos 31 documentos que analisamos, 4 são dos anos 1964 e 1965, quando a instituição foi estruturada; 8 são dos anos 1966 e 1967 e estão relacionados à sua reestruturação e implementação do modelo de formação multiprofissional; 8 são dos anos 1967, 1968, 1969 e 1975 e dizem respeito à consolidação do seu modelo de formação multiprofissional e de sua reestruturação incompleta; e 11 são dos anos 1975 e 1976, referentes à implementação do curso TAS e à continuidade da sua reestruturação. Realizamos a discussão dos resultados conforme os períodos acima definidos.

4.1 ESTRUTURAÇÃO DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

O início da estruturação da ENSP se deu em 1959, cinco anos após sua criação, quando foram publicadas as legislações referentes ao seu Estatuto e Regimento³⁷. Também foi o ano em que se iniciou o programa de ensino em Saúde Pública, que incorporaria os cursos ofertados pelos Departamentos Nacional de Saúde (DNS), Nacional da Criança (DNCr) e o Nacional de Endemias Rurais (DNERu).

Acreditamos que a ENSP, além de responder às demandas de formação do Ministério da Saúde, iniciava seu processo de estruturação pelo caráter de escola nacional, o que podemos caracterizar como uma agenda política. Como analisaremos a seguir, a instituição propôs medidas de participação, assessoria e convocação de eventos para

³⁷ Não incluímos esses documentos no estudo por não serem foco de nossa análise.

apoiar essa agenda. Isso pode ser interpretado como estratégias para articular projetos e programas de formação a partir das demandas das instituições de saúde e de educação, bem como do Ministério da Saúde.

A proposta de descentralização do ensino médio em saúde, relatada na reunião do conselho consultivo³⁸, segundo Fonseca (2004), foi tema da III CNS, em 1963, em que a excessiva centralização foi identificada como um dos problemas da organização do sistema de saúde brasileiro. Entendemos que a participação da ENSP na reunião possibilitou que a instituição tivesse subsídios não só para a formação de pessoal (“realizar cursos de atualização técnica para médicos, engenheiros e enfermeiros...”), mas também para conhecer possíveis novas parcerias, que a permitiriam construir novos saberes sobre a formação em saúde pública (“serem efetuadas em centros do Nordeste de maiores recursos, com orientação e participação da ENSP”). Essas expressões fazem parte do discurso sanitarista.

O texto do “Parecer à Sudene sobre um Centro de Treinamento de Pessoal da Saúde”³⁹, de 1965, nos faz supor que a formação em saúde pública precisaria ocupar um lugar na agenda do setor de saúde, contextualizado pelo “progressivo fenômeno de esvaziamento de técnicos de ambos os níveis – superior e médio”, especialmente pelas “condições de desritmo de desenvolvimento” e uma demanda de “variada formação para atendimento de problemas básicos”.

Nesse documento informou-se a realização de cursos tradicionais e experimentais, “visando proporcionar condições para uma avaliação objetiva das áreas de recrutamento de pessoal e da natureza da ministração do ensino”. Também foi proposta a “descentralização de seu ensino tão pronto seja obtida a cobertura administrativa necessária”. Segundo o parecer, a descentralização não só permitiria a “flexibilidade ao ensino, menor custo, e, sobretudo maior aproveitamento de recursos humanos locais”, mas também há de ser fator de avaliação do ensino o atendimento “às exigências regionais, isto é, o contexto socioeconômico, quadro nosológico local, condição de saneamento e recursos humanos”. Ao final, ele faz uma consideração de caráter abrangente: “se deveria promover a elaboração de um plano nacional de ensino de saúde

³⁸ “Ata da 55ª Reunião Ordinária do Conselho Consultivo da ENSP”, de 5 de novembro de 1964. Composição: presidência, Edmar Terra Blois (Diretor da ENSP); e, conselheiros Lúcio Costa, Nelson Moraes, Homero Xavier de Andrada Pederosa, Gobert de Araújo Costa, Daphinis Souto, Lincoln de Freitas Filho, Achilles Scorzelli Junior. Fundo ENSP/Direção 0318/57/04, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

³⁹ “Parecer à Sudene sobre um Centro de Treinamento de Pessoal da Saúde”, 1965. Assinado por Edmar Terra Blois (Diretor da ENSP). Fundo ENSP/Direção 0318/57/04.

pública no qual seria prevista a fixação de Centros de Treinamento por regiões previamente delimitadas, sempre que possível vinculado, à Universidade, às facilidades de transporte e a analogia de problemas sanitários”.

A participação da ENSP na Reunião de Secretários de Saúde do Nordeste e o parecer elaborado podem ser entendidos por nós como uma estratégia de ocupação de espaço na formação em saúde pública para os quadros técnicos do Ministério da Saúde, expressão do discurso sanitarista. Assim, essa estratégia garantiria viabilidade ao projeto, o qual foi gestado aos poucos, com o fito de construir sua identidade institucional, ou seja, ser uma escola de âmbito nacional. Além disso, haveria a premência da instituição em articular-se com novos atores para construir um programa de ensino descentralizado que respondesse às demandas nacional, regional e local.

Para manter esse espaço na formação, a ENSP, em 1965, solicitou apoio ao Ministério da Saúde⁴⁰. Com a necessidade de suplementação orçamentária, os argumentos apresentados se localizam em alguns discursos. O sanitarista se expressa no esquema proposto das cinco finalidades do ensino (“formação de pessoal básico de níveis superior e médio; especialização de pessoal para atender às condições de ação integrada; preparo intensivo de pessoal, a fim de as exigências atuais do país, tendo em vista principalmente a carência de técnicos; patrocínio e orientação geral de cursos de adiestramento a serem realizados por órgãos interessados; centro de estudos de alto nível”), e na organização de simpósios (de pediatria social e o de formação em saúde pública). A instituição também solicitou apoio financeiro do MEC, “cujo o orçamento prevê condições que se ajustariam às finalidades da Escola”.

O discurso institucional se expressa na afirmação de que “não é compreensível não admitir a existência da Escola, de fato e de direito, e, conseqüentemente, a condição de Unidade Orçamentaria dentro do Ministério da Saúde”.

O projeto de se tornar Fundação já se explicitava no texto do documento: “a expectativa, contudo, de aprovação do anteprojeto de lei que transformará a ENSP em entidade funcional e estabelecerá os termos substanciais de seu funcionamento, objetivos e finalidades, virá permitir que se anteveja a solução definitiva”. Isso se refletiria, no nosso entendimento, em um novo status dentro da burocracia estatal.

⁴⁰ Esse apoio foi solicitado por meio do Ofício nº 197, de 1º de abril de 1965, e denominado expediente aditivo ao programa de trabalho apresentado em dezembro de 1964. O documento foi dividido nas áreas de ensino, pesquisa, práticas de atendimento à comunidade e distribuição das atividades meio (material; serviços de terceiros). Assinado por Edmar Terra Blois (Diretor da ENSP). Fundo ENSP/Direção 0/55/MS, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Supomos que o apoio do Ministério da Saúde se viabilizou, em agosto de 1965, com a realização da 1ª Reunião dos Dirigentes de Ensino de Saúde Pública do Brasil⁴¹, na cidade do Rio de Janeiro, organizada pela ENSP e pelo Ministério da Saúde, com a presença de Diretores de Escolas de Saúde Pública e Dirigentes de Institutos de Higiene do Brasil.

O desafio de saber quais profissionais priorizar e quais propostas de ensino adotar foram questões levantadas na reunião dos dirigentes. Algumas dessas sugestões foram mapeadas, considerando o descompasso e a lacuna entre a formação e a gestão, ora do sistema de saúde, ora de educação. A discussão dos temas “Formação do Pessoal de Nível Superior; Métodos e Treinamento em Ação; Currículo e Programa; e Recrutamento, Qualificação e Regime Didático” explicitou diferentes compreensões. Foram feitas recomendações que nortearam algumas tentativas de respostas, especialmente sobre a formação de pessoal, currículo, docência e treinamento em serviço (ANEXO A).

Essa reunião nos possibilitou entender algumas razões do contexto para que a ENSP estruturasse uma proposta de modelo de formação multiprofissional. Os atores participantes levaram para o debate questões que estavam em processo de germinação desse modelo, citadas, abaixo, conforme a divisão dos temas propostos pela Reunião.

No tema “Formação de Pessoal de Nível Superior”⁴², a discussão se deu entre os participantes⁴³ que levaram para a cena da formação a articulação entre a estrutura sanitária e a política de saúde e a da educação, o que deveria ser traduzido por um plano nacional de saúde e de educação.

Alguns participantes abordaram questões que entendemos ser preocupações quanto a um programa de formação: *quais [são] os tipos de preparação para as diferentes*

⁴¹ O documento dessa 1ª Reunião encontra-se dividido em cinco partes. Destas, quatro referem-se aos seguintes temas: Formação do Pessoal de Nível Superior; Métodos e Treinamento em Ação; Currículo e Programa; Recrutamento, Qualificação e Regime Didático. A última parte do documento é o relatório sobre “As Tendências Gerais e Comuns Resultante da 1ª Reunião dos Dirigentes de Ensino de Saúde Pública do Brasil”, que está estruturado em 15 tópicos sobre os temas que foram consenso e os que precisavam de mais subsídios para serem discutidos em outros encontros. Vale ressaltar que esses quatro temas estão datados, ao contrário da parte final. Fundo ENSP/Direção, 074/14/02, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁴² Participantes da Reunião no dia 3 de agosto de 1965: Edmar de Terra Blois, Nelson Moraes, Achiles Scorzelli Junior (Professor Interino de Higiene da Faculdade Nacional de Medicina, livre docente de Higiene, e ex-Diretor da ENSP, Diretor do DNS), Elza Paim (Enfermeira da FSESP cedida a ENSP como docente), Profs. Álvaro Guimarães (SP), Urcício (nome incompleto) Santiago (BA, nome incompleto), Hélio Lopes (MG), Dr. Eliezer Jacob Zagury (Diretor de Cursos do DNCr), Orlando de Parahya (PE), Walter M. Cantídio (CE). Participantes não incluídos na listagem, mas com falas identificadas: Prof. M. Senecal. (Observador Externo), Gobert de Araújo Costa (IOC), Ernani Braga da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem) e Oberdan Perrone.

⁴³ Os documentos dessa reunião que foram selecionados são registros taquigrafados, ou seja, a fala não é literal. Acreditamos que o profissional o qual fez o registro se baseou em critérios considerados mais relevantes. Assim, apresentamos em itálico a transcrição das falas dos participantes.

*categorias? Preparação, formação, adestramento, aperfeiçoamento, domesticação*⁴⁴. Quanto ao nível de formação (graduação, pós-graduação, especialização ou treinamento), ainda havia dúvidas, embora as falas fizessem referência às profissões que já existiam na saúde pública, como a enfermagem, a engenharia, a odontologia e o sanitarista.

Para outros participantes, a formação em saúde pública não fazia parte do currículo da graduação, mas da especialização, com a justificativa de que a formação profissional não poderia ser prolongada (*a formação da enfermeira [em Saúde Pública] deve ser dada pela Escola de Saúde Pública*). Em outras profissões (engenheiros, médicos), dada a dificuldade de atração devido aos baixos salários, os participantes consideraram que seria importante *melhorar o salário para recrutamento de pessoal novo e qualificado*. Quanto ao entendimento para um trabalho em equipe, precisariam saber biologia e saúde pública, dando como exemplo que *a engenharia sanitária tem que ir ao lado da medicina preventiva. Não adianta dar remédio contra a schistosomose se logo depois se infestar da mesma doença. A importância é da água, esgoto e lavanderias*.

Nesse período, a expansão do mercado de trabalho não estava no seu auge, o que viria a acontecer na década de 1970⁴⁵, e as atribuições de cada profissão não estavam definidas, como expresso pela fala de um dos participantes: *não existe o profissional, já existe rivalidade entre médicas e enfermeiras [e entre] enfermeiras e obstetizes para fazerem a mesma coisa*.

Quanto à discussão da especialização em Saúde Pública, um dos participantes de uma Escola de Saúde Pública não pertencente à Universidade exemplificou a dificuldade dos médicos de se inscreverem no curso por sua extensa duração, sugerindo uma tendência de redução do tempo de um ano para seis meses. Esse posicionamento expressaria o discurso de gestão acadêmica.

Para a questão de médicos se inscreverem nos cursos, a metáfora apresentada foi: *o problema é lançar o “vírus do Saneamento”* que expressaria o discurso sanitarista⁴⁶. Essa metáfora nos fez pensar na existência de permanências, mudanças ou releituras do processo histórico, pois, quando o discurso sanitarista aparecia na fala de um dos participantes da reunião, não só expressava a urgência de garantir seu lugar de destaque

⁴⁴ Presumimos que o termo “domesticação” possa estar referido a uma linha pedagógica tecnicista, pois, segundo Libâneo *et al.* (2012, p. 244), “não é o conteúdo da formação científica que importa, mas certa formação técnica supostamente mais afinada com as necessidades do mercado de trabalho”.

⁴⁵ Para maiores informações desse período, verificar Sayeg (1977).

⁴⁶ A metáfora utilizada lembra uma época que, segundo Castro Santos (1985, p.206), o chamado “movimento sanitário nacional” teve a sua maior expressão quando o saneamento rural estava no topo da agenda política durante a Primeira República.

na agenda, mas a de valorizar a relação saúde-desenvolvimento, traduzida numa rede permanente de serviços. Para Paiva (2016), essa relação estaria em sintonia com as mudanças sociais e políticas, se deslocaria em camadas e introduziria novos sentidos aos discursos.

Para os participantes dessa reunião, a demanda de formar sanitaristas poderia ser resolvida com a definição de novos atributos e a inclusão de outros atores para esse perfil profissional. Uma das falas pode evidenciar esse pensamento: a de que o sanitarista precisaria entender os *processos de massa para preservação da saúde*. E, ao vir de outras graduações, poderia caracterizar a saúde pública como profissão. Podemos considerar esses discursos como sanitaristas por expressarem que sua formação precisava de mudanças não baseadas no modelo biológico, mas em um modelo explicativo multicausal.

Como contraponto a essa redefinição profissional, um participante que representava uma escola pertencente à Universidade emitiu a opinião de que não havia diversificação profissional. Isso pode significar que seu entendimento era de que existiriam fronteiras bem delimitadas nos perfis estabelecidos na graduação.

No relatório final, foram feitas sugestões, as quais entendemos visar diminuir os entraves para a efetivação de uma política, a fim de que a formação da carreira de sanitarista seja atrativa. Algumas propostas foram voltadas para a transformação do sanitarista em carreira de Estado e não de governo (“necessidade de empenho comum junto a autoridades executivas, no sentido de aproveitamento de candidatos devidamente habilitados e qualificados nas Escolas e Institutos especializados”).

Quanto ao tema “Método e Treinamento em Ação”⁴⁷, os participantes discutiram a experiência da formação *em local de trabalho* para nível médio, auxiliar e superior. Podemos supor que esses participantes, ao apresentarem experiências diversificadas, traziam para o tema as potencialidades e necessidades da estrutura sanitária para abarcar novos projetos de formação em saúde pública.

A primeira discussão foi sobre o nível médio e auxiliar. Havia a percepção de que a formação voltada para campanhas específicas qualificaria auxiliares para atividades

⁴⁷ Participantes da Reunião no dia 4 de agosto de 1965 (Manhã): Edmar de Terra Blois, Bichart de Almeida Rodrigues (DNS/ENSP), Elza Paim (FSESP/ENSP), Prof. Álvaro Guimarães (SP), Santiago (BA), Hélio Lopes (MG), Orlando de Parahya (PE), Prof. Senecal, Ataulfo dos Santos Coutinho (Escola Nacional de Engenharia e ex-Diretor do Departamento de Águas da Guanabara); Professor Valdir Mendes Arcorverde (RS); Candido Mata Ribeiro.

monovalentes, isto é, com conhecimentos voltados para a abordagem de uma só doença, como a de chagas, a peste e a malária.

A experiência de formação de auxiliares para atividades polivalentes realizada nas campanhas do tracoma, da bouba, da ancilostomose e da vacinação foi exemplificada por um dos participantes como *o ensino necessário à flexibilidade para a polivalência da ação*. Para esses indivíduos, seria uma tendência em um sistema de saúde com uma rede permanente de serviços, em contraposição aos programas verticalizados, como as campanhas de saúde pública. Para nós, um elemento importante nos programas de formação para os cursos ofertados pelas instituições de ensino e de saúde (escolas técnicas, universidades, escolas de saúde pública).

Dessa forma, esboçavam-se dois aspectos: articulação entre a teoria e a prática e projeto de mudança na formação e na atenção à saúde. No primeiro, o discurso sanitarista foi expresso na fala de um dos participantes: *não é possível orientação teórica sem mostrar a realidade prática de onde vai trabalhar*. E, no segundo aspecto, outras falas possibilitaram compreender a relação que se estabeleceria entre as instituições de ensino e a comunidade, segundo os princípios da medicina comunitária. Convergindo ambos os aspectos, identificar problemas e pensar soluções para as necessidades de saúde de uma determinada comunidade significava, para nós, uma maior articulação entre os docentes e discentes, cujos métodos de ensino e de treinamento específicos obedeceriam às prioridades locais, que, no dizer de Arouca (1975), equivaleria a “mirada clínica” para o social que precisaria ser “inculcada” no discente.

Para garantir o treinamento, os participantes dessa reunião consideraram que seria tarefa do Ministério da Saúde o fortalecimento, tanto das estruturas de saúde estaduais e municipais, quanto das faculdades ou Institutos de Higiene e Saúde Pública.

Observamos que as sugestões do relatório final para esse tema explicitavam a importância de se viabilizar uma rede serviços de saúde como espaços de formação, especialmente para as práticas de saúde pública. Além disso, ressaltou-se também a maior divulgação das experiências entre as instituições formadoras, além da valorização da metodologia dos cursos⁴⁸. Alguns encaminhamentos foram dados para garantir o

⁴⁸ No relatório final, no sentido de implantar os chamados “métodos de treinamento em ação”, foi solicitado que cada instituição apresentasse os seguintes itens: “1- Orientação e Supervisão propiciadas aos treinamentos; 2- Condições em que é ministrado o treinamento de campo, se no final do curso ou durante o seu transcurso desde o primeiro período; 3- Prioridades consideradas em várias áreas”. Também foi solicitado às unidades de treinamento das instituições participantes que encaminhassem as seguintes informações sobre a estrutura e os processos de trabalho: “população coberta, pessoal em serviço com a

“Treinamento em Ação”, não só para o nível médio, como também para a graduação e especialização. Destacamos um deles, a seguir:

Diligenciar, no sentido de ministrar os seus cursos em locais onde **as práticas de saúde pública possam ser exercidas, avaliadas e aperfeiçoadas**, envolvendo não somente os aspectos urbanos, mas também os rurais, atendidas as peculiaridades regionais das diferenças resultantes de desigual desenvolvimento socioeconômico e cultural (Tendências Gerais e Comuns resultante da 1ª Reunião dos Dirigentes de Ensino de Saúde Pública do Brasil, agosto de 1965, grifos nossos).

Dois anos antes, a OPAS havia divulgado um documento, não restrito ao treinamento em ação para o nível auxiliar, e convocado os países latino-americanos para a formação de uma categoria específica; levando em conta que o Ministério da Saúde colaborou com as Escolas Médicas através de recursos para que os hospitais e centros de saúde servissem como “instituições de aprendizagem da medicina em seu conceito mais amplo” (OPAS, 1963, p. 37). A convocação tinha por objetivo a ampliação do conceito de saúde nas Escolas Médicas, a partir da incorporação do treinamento em níveis diferentes de atenção.

Ao contrário da OPAS, o relatório “Método e Treinamento em Ação” concebia a sua ampliação com a incorporação de mais categorias profissionais, contendo propostas que fomentassem a discussão do método de ensino para serem incorporadas às mudanças da formação dos profissionais de saúde. Significa dizer que as práticas de saúde pública, ao serem “exercidas, avaliadas e aperfeiçoadas”, comporiam essas mudanças e estariam disponíveis em unidades de treinamento e atentas às peculiaridades do meio urbano e rural.

Em relação ao tema “Currículo e Programa”⁴⁹, os projetos de mudança na formação se explicitaram nas falas dos participantes, especialmente aqueles das universidades. Entendemos que o vetor desse assunto foi o de repensar os conteúdos dos currículos para a formação em saúde pública que atendessem à rede de serviços.

A medicina integral, a medicina preventiva e a saúde pública, que caracterizam, no nosso entender, um discurso sanitarista, contribuiriam com a formação médica. A pergunta de um dos participantes sobre a formação em saúde pública – *o que fazer nas*

devida qualificação e regime de trabalho, equipamento e facilidades materiais disponíveis, assim como os métodos de registro e avaliação utilizadas.”

⁴⁹ Participantes da Reunião no dia 4 de agosto de 1965 (tarde): Edmar de Terra Blois, Nelson Moraes, Bichart de Almeida Rodrigues (Diretor Geral do DNS), Elza Paim, Gobert de Araújo Costa (IOC), Prof. Alvaro Guimarães (SP), Santiago (BA), Hélio Lopes (MG), Orlando de Parahya (PE), Walter M Cantidio (CE), Prof. Senecal.

escolas de Medicina? – foi assim respondida: preparar o trabalho dentro de um contexto econômico-social. [...] o médico entenda o porquê a saúde do povo está nesse nível e não num nível melhor. [...] É preciso: conhecimento de planejamento de saúde; conhecimento do contexto econômico-social.

Sua resposta, no nosso entendimento, é quase uma convocação: não incluiria as *técnicas detalhadas de microscópio*, mas propunha uma nova disciplina e um outro tipo de abordagem – planejamento de saúde e o contexto econômico e social – para apoiar o trabalho da equipe de saúde.

Um dos convidados, ao relatar sua dificuldade de, na França, encontrar docentes da área da economia para correlacionar seus conteúdos com a medicina e com a saúde pública, sugeriu, então, que o planejamento fosse uma especialização.

Os participantes, docentes na graduação, apresentaram as mudanças curriculares realizadas na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)⁵⁰ e na Universidade da Bahia⁵¹. Essa última apresentou a disciplina História da Saúde Pública, que tinha como objetivo *mostrar a correlação, através desse curso, entre as diversas profissões e a Saúde Pública* e que dialoga com o nosso objeto de estudo. Reconhecemos que essa matéria pode significar uma estratégia de ampliação e viabilização da incorporação de novas profissões, e cujo entendimento é o da existência de uma relação entre a saúde pública e a prática dos profissionais de saúde.

Nas sugestões do relatório final, foi consenso a revisão do currículo que contemplasse a articulação de três aspectos: saúde, desenvolvimento econômico e adaptação à realidade. De acordo com a transcrição do parecer, os currículos deveriam deixar de ser tecnicistas, dando ênfase à aplicação dos aspectos essenciais da saúde e desenvolvimento econômico, ajustados à realidade do país. Foram utilizadas as expressões “descortinando os aspectos essenciais” e “perfeita formação profissional”, que, no nosso entendimento, traduziriam a procura de uma nova imagem de currículo e de uma formação profissional. Esse descortinar ampliaria o olhar para uma realidade contextualizada, ao mesmo tempo que o currículo tivesse a força de antever um padrão ideal de formação em saúde pública.

⁵⁰ Na USP, o currículo estruturava-se em 17 cadeiras e 74 disciplinas, organizadas em 10 departamentos. As disciplinas se dividiam em obrigatórias, eletivas ou optativas, sendo estas últimas por “escolha do que o aluno quer se especializar ou dentro de sua profissão”.

⁵¹ Numa Universidade da Bahia, as mudanças foram: abolição da Cátedra (“aboliu a vitaliciedade”), reestruturação dos currículos, elaboração da avaliação dos cursos e do corpo docente pelo discentes, ênfase na incorporação dos conteúdos de medicina preventiva desde o segundo ano e criação das disciplinas básicas e complementares.

A uniformização das disciplinas obrigatórias no currículo dos Cursos de Saúde Pública seria discutida em outro encontro. Para as Escolas não ligadas à Universidade, foram considerados três aspectos essenciais na formação de saúde pública: o progresso das ciências, da pesquisa (em especial junto à comunidade) e as práticas. Nesse relatório, também foi sugerido que as instituições definissem um projeto de normatização das organizações escolares voltado para a “orientação, ministração e avaliação do ensino”.

Em relação ao tema “Recrutamento, Qualificação e Regime Didático”⁵², houve o entendimento de que, para articular a política de saúde e a da educação com a estrutura sanitária, o que seria traduzido por um plano nacional de saúde e de educação, um elemento era imprescindível: o docente. Nas falas e no relatório final, os aspectos referentes ao docente foram explicitados: qual o perfil pretendido, como formá-lo, de que forma selecioná-lo e qual tipo de vínculo e categoria admitir em seus quadros de docentes nas instituições.

As Escolas e Institutos sinalizaram a preocupação com uma política de formação regional e federal, especificamente no que diz respeito ao pessoal docente para o ensino da saúde pública. Para os participantes, alguns pré-requisitos e atributos dos educadores foram apresentados, o que expressa o discurso sanitarista: *conhecer a Saúde Pública; experiência prática e teórica; corpo docente próprio; núcleo central de permanentes e contratados; recrutamento através de concurso ou através de avaliação de carreira; várias categorias de docentes.*

Para o nosso estudo, o pré-requisito *várias categorias de docentes* explicitou o início da ampliação da formação em saúde pública para outras classes profissionais, embora com as *dificuldades dos professores em fazerem concurso*. Então, como ampliar e propor um modelo multiprofissional, existindo dificuldades para encontrar docentes com esses pré-requisitos? Enquanto o modelo uniprofissional referia-se aos conteúdos específicos de uma profissão, muitas vezes com o corpo docente da mesma área, tanto na graduação, quanto na pós-graduação, o modelo multiprofissional contemplaria os conteúdos específicos e gerais de uma área de conhecimento para profissionais com formação especializada. Consideramos que, para este último, o desafio para discentes e docentes teria sido o de articular esses conteúdos, como ampliação de conhecimento em

⁵² Participantes da Reunião no dia 5 de agosto de 1965: Edmar de Terra Blois, Nelson Moraes, Bichart, Scorzelli, Elza Paim, Prof. Alvaro Guimarães (SP), Santiago (BA), Hélio Lopes (MG), Orlando de Parahya (PE), Walter M Cantidio (CE), Prof. Senecal, Elso Arruda, Lincoln de Freitas, Aloisio de Sales, Bicudo de Castro.

sua área de formação, e, concomitantemente, construir um novo perfil profissional – o de sanitarista.

A leitura do relatório final gerou as perguntas: Qual seria o perfil dos docentes para as disciplinas básicas? Quais requisitos mínimos seriam exigidos para a formação docente? As sugestões apresentadas trazem poucos elementos para responder a essas perguntas, pois estão concentradas em aspectos gerais, como a garantia de contratação.

Em síntese, a reunião expressou níveis diferenciados de atuação na formulação e implementação de políticas de recursos humanos nos sistemas de educação e de saúde, voltados para a construção de uma agenda de formação em saúde pública. Supomos que ela foi o início de um diálogo que se concretizaria na IV Conferência Nacional de Saúde, em 1967, como parte dessa agenda. Essa reunião acrescentou ao debate questões latentes para o desenvolvimento do modelo de formação multiprofissional: a entrada de novos profissionais na rede de serviços de saúde; a dificuldade de atrair a categoria médica para os cursos de especialização em Saúde Pública; a incorporação de novos conhecimentos no currículo dos cursos de saúde pública para outras profissões, norteados pela medicina preventiva e social, em que o treinamento em serviço seria um dos componentes centrais; a integração das instituições formadoras com as de serviços de saúde. Os temas da reunião sinalizaram a aproximação dos atores da saúde pública aos da Universidade⁵³, embora houvessem modificações em curso nas políticas de saúde e de educação⁵⁴.

Os documentos pesquisados nos indicam que a ENSP se articulou para garantir o seu reconhecimento público nos setores da saúde e da educação. Supomos que se refira ao reconhecimento voltado à participação, à assessoria e à convocação de eventos relativos à formação em Saúde Pública.

4.2 REESTRUTURAÇÃO DA ENSP E IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

⁵³ Não encontramos documentos referentes à continuidade dessa reunião. Supomos que possa ter ocorrido em um período em que se originou a ideia de um diálogo entre a Universidade e as Escolas de Saúde Pública, com temas pertinentes que, no entanto, só retornariam na IV Conferência Nacional de Saúde.

⁵⁴ Menicucci (2007), em seu trabalho de pesquisa, nos traz a informação de que, no período em que essa reunião foi realizada, a política de saúde priorizava a medicina previdenciária e hospitalar. Para ela, “a contrapartida da expansão da assistência previdenciária foi a perda da importância relativa das medidas de saúde pública voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo” (MENICUCCI, 2007, p. 69). Outro estudo identificou que, nos anos 1965-1967, o Ministério da Saúde não era prioridade para o governo, pois “canalizava as verbas de saúde para setores mais estratégicos, no seu conceito de desenvolvimento e segurança” (SHIRAIWA *et al.*, 1976, p. 8).

Entre a 1ª Reunião dos Dirigentes de Ensino de Saúde Pública do Brasil, em 1965, e a IV CNS, em 1967, alguns eventos contribuíram para definir novas estratégias voltadas à formação na saúde pública na ENSP.

A partir de 1966, a instituição se organizou em uma estrutura física e administrativa condizente com o desafio a ser enfrentado de se consolidar como uma escola de formação em saúde pública de âmbito nacional. Segundo seu diretor da época, Dr. Edmar Terra Blois, foi uma resposta à falta de sede própria e de integração do corpo docente.

A transferência para uma nova sede, associada à mudança de sua autonomia, pode ser a expressão de dois discursos. O primeiro, institucional, garantiu a autonomia administrativa, financeira, didática e disciplinar de uma Fundação; o segundo, o discurso sanitarista, afirmou que a ENSP seria integrada à Fundação e manteria suas disposições regulamentares e regimentais⁵⁵.

As articulações para efetivar uma escola de saúde pública em âmbito nacional e a manutenção dessas disposições significaram um momento importante na criação da Fundação de Ensino Especializado em Saúde Pública (FENSP), que podemos caracterizar como de reestruturação da instituição. Isso contribuiu para o fortalecimento do seu programa de ensino, com a implementação do curso de mestrado no modelo de formação multiprofissional.

Alguns dispositivos originados na ENSP foram mantidos na FENSP. Quando a instituição definiu, em 1958, uma instância de decisão colegiada, possibilitou reforçar, nos anos seguintes, uma característica organizacional importante: a da liderança organizacional⁵⁶. Essa instância colegiada, com tomada de decisão por consenso, denominada Conselho Consultivo, era formada por docentes designados pelo Ministro da Saúde, com a presidência do Diretor da instituição.

Com a criação da FENSP, foi instaurado um Conselho Diretor, com a presença de conselheiros externos (representantes do MEC, MS, Ministério Público Federal e docentes da instituição) nomeados pelo Presidente da República, e a indicação da presidência do Conselho pelo Ministro da Saúde. Além desse Conselho, foi instaurado o

⁵⁵ Artigo 3º da Lei nº 5.019, de 7 de junho de 1966, que autorizou a instituição da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública e o Decreto nº 59.050, de 11 de agosto de 1966, de aprovação do Estatuto da Fundação.

⁵⁶ Conceito descrito por Nóvoa, que, com base em Chapman e Rolin (CHAPMAN, 1990; ROLIN, 1992 apud NÓVOA, 1992, p. 26), considera que a liderança organizacional “deve ser legitimada por uma tomada de decisão e participação colegiais, envolvendo o conjunto da comunidade educativa na definição e salvaguarda dos objetivos próprios do estabelecimento de ensino”.

Conselho Departamental como um dos níveis de decisão. Este era integrado pelos chefes dos Departamentos de Ensino⁵⁷, de Ciências Biológicas, de Ciências Sociais, de Epidemiologia, de Metodologia do Planejamento, de Administração de Saúde, de Estatística, de Saneamento e a Administração das Áreas de Treinamento, e submetido em última instância ao Conselho Diretor.

Não sabemos quando os documentos analisados foram elaborados, mas uma das características comuns a eles é a contextualização das atividades desenvolvidas com a apresentação de um breve histórico. Nos documentos dos anos 1960, afirmava-se a ENSP como herança dos sanitaristas do início do século XX e como resposta a eles pela geração de 1950.

Podemos entender que, dessa forma, suas ações posteriores se constituiriam em uma inovação e âncora para sua identidade no presente. Uma das novidades foi a criação e implementação do modelo de formação multiprofissional no contexto da própria instituição e do ensino em saúde pública. As inovações incorporadas à essa herança podem ser entendidas como expressões do discurso sanitarista. Assim, as manifestações escritas desse legado poderiam explicitar uma nova cultura organizacional.

O documento “Relatório de Atividades da Fundação de Ensino Especializado durante o exercício de 1966”⁵⁸ considerou que o ano de 1966 foi de transição, voltado para ocupar as novas instalações da ENSP, e implementação da nova legislação interna. No entanto, a especificidade do relatório foi de apresentar o programa de ensino que antecedia a criação do modelo multiprofissional na fase de implantação da FENSP.

No documento, foram apresentadas as atividades da ENSP que seriam incorporadas à FENSP. A contribuição dos Departamentos se dava na atividade didática, por meio da participação nos cursos centralizados⁵⁹ e descentralizados⁶⁰. Também foi apresentada a reformulação dos programas de ensino, dentre eles as disciplinas do

⁵⁷ Compunham o Departamento de Ensino, a Escola Nacional de Saúde Pública (destinada aos cursos de pós-graduação) e o Colégio Técnico (destinado aos cursos de nível médio) (Decreto nº 59.050/66, Capítulo VI, § 2º).

⁵⁸ O “Relatório de Atividades da Fundação de Ensino Especializado durante o exercício de 1966”, de 16 de fevereiro de 1967, apresenta as atividades realizadas em 1966 pela Fundação e pela ENSP (Departamentos, Áreas de Unidade de Treinamento, Biblioteca e Setor Gráfico). Fundo ENSP/ Direção 03181/64/14, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁵⁹ Os Cursos eram oferecidos para profissionais de nível superior: Básico de Saúde Pública para médicos; Básico de Saúde Pública para enfermeiros; Especialização em Saúde Pública para veterinários, Especialização em Saúde Pública para farmacêuticos, Especialização em Tisiologia Clínica e Sanitária, Especialização em Educação Sanitária, Especialização em Saúde Mental, Especialização em Odontologia Sanitária, Organização e Administração Hospitalar.

⁶⁰ Os cursos oferecidos eram: Atualização em Técnicas de Saúde Pública para médicos em Recife, Belo Horizonte e Porto Alegre, e de nível médio para visitadoras.

Departamento de Ciências Sociais (Sociologia, Antropologia Cultural, Economia e Psicologia e Seminários Integrados). Em relação à pesquisa, vários Departamentos participariam de um estudo a ser desenvolvido para elaborar a proposta de implementação de uma unidade urbana⁶¹. As considerações finais do relatório resumiram as iniciativas implementadas (desde a compra de material de consumo até a organização do material didático) e as futuras, como a experiência desenvolvida em 1967.

Consideramos que o modelo de formação multiprofissional, apresentado em reunião do Conselho Diretor⁶² em novembro de 1966, faria parte do “desenvolvimento de um novo e aperfeiçoado sistema de trabalho”. Na Ata dessa reunião, encontramos uma resolução em que se explicita o perfil dos profissionais que se inscreveriam no Curso de Saúde Pública: médicos, engenheiros, veterinários, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos e arquitetos. O egresso seria certificado como mestre em Saúde Pública.

Ainda no mês de novembro de 1966, em reunião do Conselho Diretor⁶³, foram apresentadas recomendações sobre a conveniência de definir os “campos de atividades das várias categorias profissionais no âmbito da Saúde Pública”. Nessa mesma reunião, discutiu-se sobre o curso e a clientela: “tudo deverá ter caráter experimental e a programação poderia ser modificada de acordo com as necessidades, no sentido de aperfeiçoamento”.

Perguntamos: como definir o corpo docente para um curso com não só uma clientela diferenciada, mas o próprio nível do curso – mestrado? Para tentar responder a esta pergunta, analisamos duas normas expedidas com prazo de execução em momentos diferentes: “Normas para preenchimento de cargos de professores integrantes do

⁶¹ Como exemplo, a “colaboração na coleta de informações de caráter socioeconômico da área selecionada para as atividades da FENSP, visando no planejamento da Unidade Sanitária” (Departamento de Estatística); a “participação no Censo Preliminar da área de Manguinhos, através da Comissão de Supervisão” e atividades de campo: “observação informal nas áreas faveladas de Manguinhos: coleta inicial de dados para futura pesquisa em colaboração com a Unidade Sanitária” (Departamento de Ciências Sociais).

⁶² “Ata da Reunião Ordinária do Conselho Diretor”, de 9 de novembro de 1966. Composição: a presidência, Edmar Terra Blois; conselheiros Achiles Scorzelli Junior, Roberto Siqueira Santos, Manoel José Ferreira, José Leme Lopes e Adhemar Vidal. Secretariada por Ulysses Coutinho. Fundo ENSP 0496/91/04, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁶³ “Ata da Reunião Ordinária do Conselho Diretor”, de 30 de novembro de 1966. Composição: a presidência, Edmar Terra Blois (Presidente); conselheiros Achiles Scorzelli Junior, Manoel José Ferreira, José Leme Lopes (UFRJ), Theophilo Benedicto Ottoni Neto (Professor de Engenharia) e Adhemar Vida (Procurador Geral). Foi solicitada, antes de iniciar os trabalhos, a presença dos doutores Lúcio Leite (Diretor de Administração), Sávio Antunes (Chefe do Dep. de Ensino) e Oswaldo Costa (Chefe do Dep. de Met. de Planejamento). Secretariada por Ulysses Coutinho. Fundo ENSP 0496/91/04, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

magistério da FENSP em sua primeira composição” (até 29 de fevereiro de 1968⁶⁴ e 30 de junho de 1968⁶⁵). Nelas, é definido o perfil do corpo docente: ser especialista em saúde pública; ter experiência didática no ensino de saúde pública; ter vivência na execução de programas ou serviços de saúde, em âmbito nacional ou internacional; realizar estudos ou pesquisas sobre “assuntos de SP, assuntos com ela relacionados, e/ou de sua correspondente especialidade”; “ter publicado trabalhos ou monografias no campo da experimentação, da pesquisa e da prática de saúde pública e/ou trabalhos didáticos na respectiva especialidade”. Quanto à dedicação exclusiva, a primeira norma foi mais detalhada. Dentre outras coisas, “estar à disposição da FENSP durante 24 horas do dia, não podendo exercer outras atividades, remuneradas ou não”. Já na segunda, não houve detalhamento. Supomos que essa norma tenha sido instituída para evitar perdas de possíveis candidatos, porque, em 1965, na 1ª Reunião dos Dirigentes de Ensino de Saúde Pública do Brasil já se havia sinalizado a dificuldade de ter docentes na área de Saúde Pública.

As exigências – que foram se tornando mais próximas de um perfil de docentes na área acadêmica do que na área técnica, e com a ampliação de estudos entre a Saúde Pública e outras especialidades – podem ser entendidas como a expressão do discurso de gestão acadêmica.

Entendemos que, naquela época, a direção da FENSP considerou que o curso de mestrado era inovador, por adotar um modelo multiprofissional e ter um perfil diferenciado de docente. Essa afirmação pode ser confirmada pelo Ofício encaminhado à CAPES por seu Diretor⁶⁶, no qual se afirmava ser “o curso de pós-graduação pluriprofissional o primeiro do gênero no Brasil e experiência pioneira no mundo”.

⁶⁴ “Normas para preenchimento de cargos de professores integrantes do magistério da FENSP em sua primeira composição”. Execução até 29 de fevereiro de 1968. s/d. Fundo ENSP/Direção 495/91/03, Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁶⁵ “Normas para preenchimento de cargos de professores integrantes do magistério da FENSP em sua primeira composição”. Execução até 30 de junho de 1968. s/d. Fundo ENSP/Direção 0242/44/02, Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁶⁶ “Ofício ao Diretor Executivo da Coordenação de aperfeiçoamento do Pessoal do Nível superior – Capes”, de 4 de maio de 1967. Solicitação de verba, assinado por Edmar Terra Blois, Presidente da FENSP. Fundo ENSP/Direção 495/91/03, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Analizamos dois documentos com as informações sobre o programa desse curso. O primeiro apresentava a sua proposta⁶⁷ e o segundo, o que foi implementado⁶⁸ (ANEXO B). O objetivo do curso de mestrado era habilitar o profissional “não só a identificar problemas médicos sanitários, mas também a associá-los às condições econômico-sociais e analisá-los à luz de dados estatísticos, armando-se dessa forma para dar-lhes a solução mais condizente com a vida dessa região”. Organizava-se nas seguintes disciplinas: Estatística, Administração, Planejamento, Psicologia, Economia e Ciências Sociais, caracterizando um meio para a consolidação do modelo multiprofissional. Essas matérias alinhavam a prática às noções teóricas e eram ministradas nos diversos laboratórios e nas unidades de treinamento⁶⁹.

O relatório de julho de 1970 teve como objetivo deixar registrado o resumo das principais atividades nas áreas de ensino, pesquisa e treinamento de pessoal, nos exercícios 1966, 1967, 1968 e 1969. O curso de mestrado adotou uma metodologia considerada como inovadora (“constituiu inovação no país, dividiu o período do curso em áreas, nas quais, por vezes alternadamente, ora todos os alunos se reuniam, ora se separavam em grupos, de acordo com as afinidades das categorias profissionais”). O grande interesse no curso estava relacionado à certificação (Mestre em Saúde Pública) e aos estímulos oferecidos aos alunos (bolsas de estudo, passagem aérea, hospedagem em alojamentos da própria Fundação).

Entendemos que as principais inovações realizadas foram: a inclusão da área de Ciências Sociais e Ensino como Departamento no organograma; a criação de cursos, como o mestrado no modelo de formação multiprofissional; a definição do perfil docente; e o apoio financeiro aos discentes. Essas alterações podem ser expressões dos discursos

⁶⁷“Programação Plurianual/1967-1971 da Fundação Ensino Especializado em Saúde Pública, Programa de Ação do Ministério da Saúde no Governo General Costa e Silva”, s/d.Fundo ENSP/Direção 0241/44/01, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁶⁸ “Relatório das atividades da ENSP e Fundações que a absorveram quadriênio de 1966-1969”, autoria com siglas (em letras minúsculas) mbt/ksa. Fundo ENSP/Direção 464/81/02, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁶⁹ Do ponto de vista da carga horária, o curso de mestrado tinha duração de 10 meses e uma carga mínima diária de 6 horas de aula, com carga anual de 1380 horas-aula, com a previsão de vagas para o mestrado em Saúde Pública de 60 (1967-68), 70 (1969), 90 (1970) até chegar a 100 alunos, em 1971. Como parte do ensino integrado, “noções teóricas com importantíssima parte prática” nas Unidade de Treinamento, de tipo rural e de tipo urbano: 1) de tratamento de variadas doenças; 2) de atendimento ao público das diversas camadas socioeconômicas; 3) de montagem, manutenção e conservação de unidades sanitárias. E, além disso, paralelamente, destinadas a prestar assistência médica e odontológica às populações das áreas sob sua influência, pois essas pessoas que fornecem a principal matéria para o ensino [...] sobre as formas de atendimento de indivíduos de camadas socioeconômicas distintas”. (Programação Plurianual/ 1967-1971 da Fundação de Ensino Especializado em Saúde Pública, Programa de Ação do Ministério da Saúde no Governo General Costa e Silva, loc.cit)

de gestão acadêmica e sanitária, pois viabilizaram uma resposta às necessidades da formação em saúde pública.

4.3 CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL E A REESTRUTURAÇÃO INCOMPLETA DA ENSP

A consolidação do modelo de formação multiprofissional se deu de três formas: relacionada aos conflitos de interesse à sua implementação; referente à sua recomendação advinda da IV CNS; e no que diz respeito à sua incorporação ao nível *lato sensu*. Além disso, discutimos as características da reestruturação incompleta da ENSP.

4.3.1 Os conflitos de interesse

Diversas ordens de discursos, relativos à ruptura do modelo hegemônico uniprofissional e à abertura de curso específico que incluía outras profissões, além dos médicos, tiveram origem a partir de uma opinião divulgada na imprensa diária⁷⁰ contra a formação de pessoal especializado em saúde pública. Essa opinião suscitou reações de discentes e de alguns grupos ligados a associações médicas e do próprio governo. Nos documentos, a seguir, analisamos a resposta da instituição a essas reações.

Uma delas, “Moção de Apoio”⁷¹ ao modelo pluriprofissional, de maio de 1967, expressava a estranheza dos alunos da “Segunda turma de mestrado de Saúde Pública da FENSP – ano de 1967” com a opinião publicada na mídia escrita contra a formação de profissionais especializados em saúde pública. Na moção se reconhecia a importância dos cursos da FENSP serem ampliados e aprimorados, o que resultaria em maior benefício para a saúde da população. Além disso, reconhecia-se a importância da formação do maior número de médicos para atuar nas equipes de saúde, sem, no entanto, excluir desses cursos, outros profissionais. Dessa forma, os alunos afirmaram estar “convictos do acerto político da FENSP”. Entendemos que a moção foi expressão do discurso de um grupo de interesse (alunos) e poderia estar relacionada à implementação do modelo de formação multiprofissional em uma área de disputa ideológica no ensino da saúde pública.

⁷⁰ Realizamos buscas nos jornais Correio da Manhã e Jornal do Brasil, mas não a localizamos.

⁷¹ “Moção de Apoio”, de 23 de maio de 1967, autoria “Segunda Turma de Mestrado de Saúde Pública da FENSP – ano de 1967”. Fundo ENSP/Direção 075/14/03, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Outro documento, “Moção de Incentivo às atividades em curso na Escola Nacional de Saúde Pública”, proposta pela Associação Médica do Estado da Guanabara (AMEG)⁷², registrado na Ata da reunião do Conselho Departamental da FENSP, de maio de 1967⁷³, apoiou a implementação do modelo de formação multiprofissional como contraponto à opinião anteriormente divulgada na mídia, como transcrito, “sem prejuízo na formação de novos médicos, o Brasil necessita de pessoal especializado em saúde pública, não só em nível médico, como em caráter de pós-graduação e de alto padrão”. Assim, reforçava-se a formação de categorias profissionais a serem integradas à equipe de saúde: engenheiros, arquitetos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, agrônomos, veterinários, químicos, sociólogos, economistas, antropólogos, cientistas e políticos. Esse posicionamento pode ser entendido como a expressão do discurso de um grupo de interesse (médico) como parte da estratégia de aliança com a saúde pública.

No início do mês de junho de 1967⁷⁴, a Ata da reunião registrou que representantes das Forças Armadas propuseram criar uma escola médica na estrutura da FENSP, como comunicado o “Senhor Presidente ter sido procurado pelo Brigadeiro Bijus, no sentido de que estudasse uma fórmula de a Fundação vincular-se à formação médica”. A proposta foi rejeitada pelo Conselho Diretor, com o argumento de que a demanda seria contrária à lei de Diretrizes e Bases de Educação e também não corresponderia à utilização de recursos humanos para a saúde.

Entendemos que esse fato representou a explicitação de algumas disputas na arena da formação de recursos humanos. O apoio à formação médica já estava na pauta da

⁷² De acordo com Escorel (1999), esta Associação foi originária da Associação Médica do Distrito Federal (AMDF), com a mudança da capital federal se tornou Guanabara, depois de 1975 de Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (AMERJ). A AMDF foi fundada em 1950, surgiu numa campanha salarial que alcançava todo país, organizada pela Comissão Central Pró-Aumento do Salário, e foi responsável por duas jornadas de protestos em 1952 e 1953 e uma greve nacional de médicos “a primeira no Brasil, talvez nas Américas” (Revista Cremerj, s/d, apud ESCOREL, 1999, p. 100).

⁷³ “Ata da Reunião Ordinária do Conselho Departamental da FENSP”, de 31 de maio de 1967. Composição: a presidência, Edmar Terra Blois; e, conselheiros Sávio Albuquerque Antunes, Luiz Fernando Rocha Ferreira, Oswaldo Lopes da Costa, Maurício de Pinho Gama, Szachna Eliaz Cynamom, Acácia Rocha Mendonça, Mário de Magalhães Chaves e Nelson Araújo Moraes, presente também o Doutor Hugo Coelho Barbosa Tomassini, Administrador das Áreas de Treinamento. Secretária Eliana Hinds. Transcrito o Ofício nº 96/1967 recebido da Associação Médica do Estado da Guanabara (AMEG), conforme transcrito, “aprovado por unanimidade por sua diretoria”. Fundo ENSP/Direção 0495/91/03, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁷⁴ “Ata da Reunião Ordinária do Conselho Diretor da FENSP”, de 8 de junho de 1967. Composição: a presidência, Edmar Terra Blois; e, conselheiros Newton Potsch de Magalhães, Elza Ramos Paim, Vicente Tovar Bicudo Castro e Adhemar Vidal, presente, também o Doutor Mário Brandão Torres, Secretário Geral da Fundação. Fundo ENSP/Direção 0496/91/04 Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

agenda das OIs⁷⁵. De acordo com Edler e Pires-Alves (2018, p. 130), “a expansão se fazia com base nas escolas privadas e isoladas, num movimento estimulado pelo regime militar em 1964”, o que foi considerado divergente no Brasil em relação ao continente latino-americano.

Os discursos sanitaria e de grupos de interesse (alunos e AMEG) entravam nessa arena, com determinação, para imprimir o modelo de formação multiprofissional na especialização de saúde pública, devido à mudança dos modelos explicativos da saúde e doença, que se espalhavam para os espaços formativos e da atenção à saúde. Para isso, precisariam rediscutir alguns subtemas que já estavam na Convocação da IV Conferência Nacional de Saúde⁷⁶, desde abril de 1966, especialmente o que afirmava ser “o médico que o Brasil necessita”.

4.3.2 As recomendações da IV CNS

Supomos que, ao longo de 1967, a diversificação das categorias profissionais impôs à Política de Saúde e de Educação uma nova agenda na formação em saúde pública, cujo modelo seria discutido na IV Conferência Nacional de Saúde (IV CNS), no final de agosto daquele ano.

O tema central da Conferência foi Recursos Humanos para as atividades de saúde. Sua finalidade foi a de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação de contingentes de pessoal de que o Brasil carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde” (BRASIL, 1967, p. 11).

Para fins deste estudo, analisamos nos Anais⁷⁷ os subtemas “O profissional de saúde de que o Brasil necessita”, apresentado por Achilles Scorzelli Junior⁷⁸; e, “A

Na “*Reunión de Ministros de Salud – Grupo de Estudio, Informe final*”⁷⁵, entre 15 a 20 de abril de 1963, em Washington, as recomendações foram a ênfase na formação do médico e o seu lugar de direção e orientação na equipe de saúde. Esta ênfase significava uma coordenação mais estreita entre os ministérios da saúde e da educação, a fim de melhorar o financiamento e adequação das Escolas médicas às necessidades dos países, a garantia que as instituições de saúde sirvam como instituições de aprendizagem da medicina; o desenvolvimento de programas de formação em nível de pós-graduação por meio de residências em hospitais e em instituições de saúde pública, de especialização, de capacitação e de atualização; a promoção e o estímulo para trabalhos de investigação (OPAS, 1963).

⁷⁶ Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966, nos termos do disposto no art.90 e parágrafo único da Lei nº 378, combinado com o art. 1º da Lei nº 1.920, de 25 de junho de 1952.

⁷⁷ Os quatro temas incluídos nos Anais da IV CNS foram: O profissional de saúde que o Brasil necessita; Pessoal de nível médio e auxiliar; Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política nacional de saúde.

⁷⁸ Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde.

responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar”, apresentado por Edmar Terra Blois. No primeiro, foram discutidas quais as principais características que os profissionais de nível superior deveriam ter para atuar nos programas de saúde, qual seria a oferta de profissionais de nível superior e se a formação desses profissionais atenderia às necessidades do país. No segundo, foram discutidas as responsabilidades do Ministério da Saúde e das universidades na formação dos profissionais de nível superior, médio e elementar e qual seria a contribuição do MS na oferta de campo de práticas para esses profissionais.

O modelo de formação multiprofissional voltado ao nível superior já era esboçado na proposta apresentada: pós-graduação completa, pós-graduação abreviada e preparação complementar⁷⁹.

Supomos que havia nos programas de ensino da saúde pública uma interdependência entre os vários níveis de formação dos profissionais de saúde, explicitada durante a CNS e determinada em “função das necessidades regionais, que se mostram variadas em face das condições vigentes” e na “necessária flexibilidade de ação, evitando-se as programações invariáveis e que desconheçam as variações do mercado de trabalho” (BRASIL, 1967, p. 103 e 107).

Quanto às equipes de saúde, as propostas se referiam ao entendimento de que um programa de saúde depende do trabalho em equipe (chamada à época “multidisciplinária”). Sendo assim, a atuação não estaria centrada em um só profissional, mas em um grupo, com participação da comunidade, e a realidade local determinaria a composição dele.

Nas conclusões relacionadas a esse subtema, a denominação inicial “equipes multidisciplinares” foi substituída por “equipe pluriprofissional”, com composição variada, ou seja, “em função dos aspectos predominantes dos problemas de saúde, da influência dos fatores socioeconômicos e da evolução científica e tecnológica” (BRASIL, 1967, p. 277). As mudanças na formação profissional, para que esta respondesse a esses aspectos, só seriam possíveis com a flexibilização da estrutura curricular e o ajuste da

⁷⁹ A primeira abrangia a preparação básica e especializada, em que a básica seria o mestrado da ENSP e a especializada abrangia os cursos de epidemiologia, estatística sanitária, administração superior de serviços, medicina ocupacional, higiene industrial, entre outros. A segunda, abrange os cursos de atualização para capacitação dos técnicos em serviço. A terceira, complementar, abrange os cursos para médicos e farmacêuticos, entre outros (BRASIL, 1967, p.104-105).

demanda ao quantitativo de recursos humanos. Assim, essas conclusões expressariam os discursos de gestão acadêmica e sanitária.

No terceiro subtema, a articulação da educação e da saúde como parte das estratégias para o desenvolvimento socioeconômico e as peculiaridades do aspecto do ensino especializado em saúde pública são expressão do discurso sanitária. Como exemplo desse discurso, as falas sobre a “moderna administração de saúde” e a “complexidade da problemática de saúde coletiva” exigiriam a combinação de técnicas com o emprego de profissionais especializados e diversificados, definido como uma “nova profissão social” (BRASIL, 1967, p. 184). Entendemos que esta traria desafios tanto para a formação, quanto para os serviços de saúde, na medida em que essa complexidade precisaria de instrumentos de intervenção mais estruturados para responder às demandas de saúde de uma dada realidade.

O modelo de formação multiprofissional a ser seguido pelas instituições de ensino nos cursos de pós-graduação, aberto a todas as categorias profissionais, pode ser identificado na transcrição da fala do expositor, relacionado à três grandes linhas de base: “expansão da capacidade de preparação e treinamento”, “maior diversificação nas atividades de preparação e treinamento do Ministério da Saúde” e “expansão da cooperação com as universidades” (BRASIL, 1967, p. 196).

A conclusões referidas a esse subtema são expressão do discurso de gestão acadêmica, “estruturação de tais cursos nas Universidades, respeitados os requisitos mínimos a serem fixados pela Escola Nacional de Saúde Pública”. E também do discurso institucional, “convênios entre o Ministério da Saúde, Previdência Social e instituições estaduais, municipais e particulares de Saúde, num esforço conjunto de integração das atividades médico-sanitárias, para obter melhores condições para o aprendizado”. A integração das atividades acima seria determinante na década seguinte para a implementação de inovações na formação profissional.

Entendemos que a IV CNS foi um projeto institucional da FENSP, articulada com as Universidades, organizações intergovernamentais, os serviços de saúde e seus próprios docentes, na medida em que existia um grande investimento político e financeiro para imprimir novos formatos para a qualificação dos recursos humanos no país.

Na IV CNS, a instituição cumpria o seu papel previsto na III CNS como ser parte da estratégia fundamental do Governo para o desenvolvimento dos recursos humanos na Política Nacional de Saúde, de acordo Sayd *et al.* (1998). No entanto, nesse mesmo contexto, havia a constituição de outros atores nessa política, ligados à expansão privada

de cursos na área da saúde e da assistência médica, que competiria com recursos públicos⁸⁰.

Supomos que, por esse contexto, algumas das recomendações da IV CNS só seriam incorporadas à política de saúde na década seguinte. Por exemplo, ser um dos objetivos do PPREPS tivesse a participação dos serviços de saúde no processo de ensino-aprendizagem, visando estimular a integração multiprofissional. Assim, muitas das recomendações das duas Conferências, entre outros eventos da década de 1960, ficaram em período de latência, só pautadas nas décadas seguintes, como a municipalização, a descentralização e o direito à saúde.

4.3.3 Incorporação do modelo de formação multiprofissional nos cursos *lato sensu*

A reformulação do programa de ensino da ENSP – ou seja, a incorporação do modelo de formação multiprofissional no nível *lato sensu* – pode ser considerada uma expressão do discurso de gestão acadêmica. Entendemos que essa reformulação ocorreu devido às exigências feitas pelo Conselho Federal de Educação (CFE) para a reformular os cursos e sua oferta anual.

Embora em uma conjuntura política desfavorável (AI5 promulgado, presidente da FENSP exonerado), a primeira reunião do Conselho Diretor da FENSP⁸¹, em março de 1969, aprovou a realização do Curso de Saúde Pública, inicialmente com 20 vagas para médicos, enfermeiros e engenheiros e 5 destinadas a farmacêuticos e odontólogos; número ampliado posteriormente, com a inclusão dos médicos veterinários. O objetivo do curso era preparar profissionais para o desempenho de tarefas específicas da saúde pública.

O documento elaborado por uma comissão⁸² (ANEXO C) apresentava as orientações para os docentes reformularem o Curso de Saúde Pública, a partir da

⁸⁰ Em 1968, houve um Plano Nacional de Saúde, que segundo Oliveira & Teixeira (1985), caso se efetivasse, seria a “expressão mais completa e acabada dos interesses dos produtores privados e do papel que a iniciativa privada reservava ao Estado” (p. 212).

⁸¹ “Ata de Reunião Ordinária do Conselho Diretor”, de 6 de março de 1969. Composição: a presidência, Sebastião Duarte de Barros Filho, Supervisor Setorial de Ensino na FENSP; e conselheiros Achilles Scorzelli Junior, Adhemar Vidal, José Leme Lopes e Manoel José Ferreira. Justificada a ausência do Conselheiro Theophilo Benedicto Ottoni Netto. Fundo ENSP/Direção 466/81/04, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

⁸² “Programação dos cursos de nível superior da FENSP para 1969”, assinado por Edmar Tessa Blois, - Presidente da FENSP (1964-1969?). “Designação nº 1/69 - Programação dos cursos de nível superior da FENSP para 1969” por Sebastião Duarte de Barros Filho, Supervisor Setorial de Ensino na FENSP, em 11

experiência do curso de mestrado em Saúde Pública. Essas instruções estavam relacionadas aos ajustes em três componentes: perfil da clientela, dispositivos de apoio ao aprendizado discente e integração de conteúdo.

Em relação ao perfil da clientela, o curso não se limitaria aos profissionais inseridos no mercado de trabalho, se expandindo para o que foi denominado de “vocacionalmente interessados”. Além dessa orientação, a preocupação foi a de garantir que o discente retornasse ou iniciasse sua vida profissional após uma formação especializada, na qual havia adquirido novos conhecimentos teóricos e instrumentais, e vivência para a execução das tarefas. O documento justifica que o papel esperado do egresso era o de ser “agente de transformação” da realidade da saúde local. Para apoiar o aprendizado discente, a proposta era de se destinar 20% da carga horária “para suplementar com conhecimentos técnicos aqueles alunos que se acostumaram a raciocinar na base do concreto ou objetivo. Esqueceram ou nunca lhes foram proporcionadas condições para abstrair e conceituar”. Quanto ao currículo, foi feita a proposta de integração de conteúdos e de programas, levando em conta uma coordenação geral com representação de cada área de conhecimento.

Segundo o relatório de atividades da ENSP para o ano de 1969⁸³, o curso estruturou-se em três áreas: área I, comum a todos os alunos, com o propósito de oferecer uma visão geral da atuação profissional⁸⁴; área II, em que, antes do término das disciplinas da área I, os alunos decidiam por programas optativos, com a finalidade de adquirir conhecimentos relacionados à área escolhida, ou seja, para cada categoria profissional

de março de 1969. Constituíram a Comissão de Coordenação do Curso de Saúde Pública, o Coordenador Geral e os Coordenadores das áreas opcionais os seguintes docentes: Fernando Leitão, Szachna Elias Cynamom, Elsa Ramos Paim, Acácia Rocha Mendonça, Jarbas Andrade, Claudio Roberto Tavares de Almeida, Oswaldo Campos, Arné de Oliveira Valente e Hugo Coelho Barbosa Tomassini. Fundo ENSP/Direção 463/81/01, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁸³ “Relatório das atividades da ENSP e Fundações que a absorveram no quadriênio de 1966-1969”, loc. cit.

⁸⁴ Por não termos muito detalhes, presumimos que os departamentos a estruturaram a partir da experiência do mestrado em Saúde Pública.

uma opção⁸⁵; área III, para treinamento em serviços (os serviços de saúde definidos foram em áreas do tipo rural⁸⁶, semi-rural⁸⁷ e urbana⁸⁸).

Para a última área, o Curso de Saúde Pública experimentaria uma nova modalidade de treinamento (urbana), o que poderia caracterizar uma mudança em sua estratégia de ensino. Entendemos que o fato de ter unidade própria e ofertar campos de práticas segundo a densidade demográfica são aspectos da redefinição da estratégia do treinamento em serviço.

Nessa década, a ENSP se estruturou com novas abordagens, tanto teóricas quanto práticas: respondeu às demandas dos sistemas de saúde e de educação; criou o modelo de formação multiprofissional e o nível de mestrado, adaptando-o depois para o *lato sensu*; ampliou e diversificou as Unidades de Treinamento sob sua responsabilidade; descentralizou alguns cursos; e passou a ser uma escola de saúde pública de âmbito nacional.

4.3.4 Reestruturação incompleta da ENSP

Do final da década de 1960 até a metade da década seguinte, a ENSP adotaria estratégias de sobrevivência do seu programa de ensino. Como afirmamos anteriormente, embora já existisse uma instância de decisão colegiada na ENSP, ela foi desconsiderada pela nova direção da FENSP.

⁸⁵ Em 1969, os alunos podiam optar pelas seguintes subáreas: Opção 1 - Saneamento (para Engenheiros); Opção 2 - Enfermagem; Opção 3 - Odontologia; Opção 4 - Laboratório (médicos, veterinários e farmacêuticos); Opção 5 - Veterinária; Opção 6 - Administração em Serviços de Saúde (para todas as profissões); Opção 7 - Assistência Médico-sanitária; Opção 8 - Epidemiologia (médicos e veterinários). (“Relatório das atividades da ENSP e Fundações que a absorveram no quadriênio de 1966-1969”, loc.cit.)

⁸⁶ Encontramos informações sobre este tipo de serviço, localizado em Vargem Grande, Jacarepaguá, a partir do trabalho de Fonseca (2004). Segundo a autora, a experiência de estágio das enfermeiras, alunas do Curso de Saúde Pública, em 1959, gerou um convênio firmado entre a Secretaria Geral de Saúde e Assistência do Estado da Guanabara, a Fundação SESP, o DNERu e a ENSP, em junho de 1960. Depois de 15 anos, deixaria de ser campo de prática, pois havia perdido sua característica rural “devido ao desenvolvimento local” (FONSECA, 2004, p. 97).

⁸⁷ Esta área foi apresentada ao Conselho Departamental como uma unidade de saúde simples, em convênio com o Estado do Rio de Janeiro, na localidade de Magé, Distrito de Suruí. No entanto, não encontramos informações sobre sua implementação. “Ata da reunião Ordinária do Conselho Departamental”, de 26 de julho de 1967. Fundo ENSP/Direção 495/91/03, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

⁸⁸ Para implementar uma unidade de treinamento nessa área, foi firmado um convênio com o Ministério da Saúde (DNERu) (“Ata da Segunda Reunião Ordinária do mês de dezembro do Conselho Diretor da FENSP”) em 29 de dezembro de 1967. Composição: a presidência, Edmar Terra Blois; e, conselheiros Vicente Tovar Bicudo de Castro, Achilles Scorzelli Junior, Theóphilo Benedicto Ottoni Netto, Manoel José Ferreira, Mário Brandão Torres, Sebastião Duarte de Barros Filho e Elza Paim, Presente Sávio Albuquerque Antunes, comunicado a falta de Prof. José Leme Lopes; Secretaria da por Nilza Camargo. Fundo ENSP/Direção 495/95/01, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

A FENSP, a partir de decisão externa comunicada no Conselho Diretor, foi renomeada como Fundação de Recursos Humanos para a Saúde (FRHS). Um dos representantes da ENSP no Conselho Diretor, ao registrar em Ata “que fossem resguardadas as finalidades e o espírito da Escola Nacional de Saúde Pública”⁸⁹, garantiu sua autonomia acadêmica e integrou-se à nova Fundação.

Antes da elaboração do novo Estatuto, em maio de 1970, a Fundação de Recursos Humanos para Saúde mudou novamente seu nome para Fundação Instituto Oswaldo Cruz⁹⁰; depois de 3 meses, foi aprovado o seu Estatuto. Algum tempo depois, essa mudança foi descrita no relatório anual de 1975, afirmando-se que “a Escola Nacional de Saúde Pública converteu-se no Instituto Presidente Castelo Branco”⁹¹, o que significou que a ENSP passou a ser uma das Unidades Técnico-Científicas da Fundação IOC⁹². Arlindo Fábio Gomez de Souza, em entrevista ao Boletim ENSP-PEPPE, considerou que, dessa forma, a autonomia tanto administrativa quanto financeira ficou limitada, com perda do controle do seu processo⁹³.

A característica de contextualizar as atividades desenvolvidas com a presença de um breve histórico nos documentos da década de 1960 foi observada na redação do “Relatório Anual do IPCB”⁹⁴ do ano de 1975. Seu relato começa a partir da criação de duas Divisões de Cursos no Ministério da Educação e Saúde em 1942: uma delas no

⁸⁹“Ata de reunião ordinária do Conselho Diretor da FENSP”, de 28 de agosto de 1969. Composição: a presidência, Sebastião Duarte de Barros Filho, Supervisor Setorial de Ensino na FENSP; e, conselheiros Achilles Scorzelli Junior, Adhemar Vidal, José Leme Lopes e Manoel José Ferreira, Vicente Tovar Bicudo de Castro e Doutor Mário Brandão Torres, secretário Geral da FENSP. Secretária Elza de Carvalho.

⁹⁰ Decreto nº 66.624, em 22 de maio de 1970. “Art. 1º. Fica transformada a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde em Fundação Instituto Oswaldo Cruz, e a ela incorporados o Instituto Oswaldo Cruz e o Serviço de Produtos Profiláticos do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde. Art. 2º. A Fundação Instituto Oswaldo Cruz, entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sujeita ao regime administrativo e financeiro estabelecido em seu Estatuto tem por finalidade realizar pesquisas científicas no campo da medicina experimental, da biologia e da patologia; promover a formação e o aperfeiçoamento de pesquisadores em ciências biomédicas, de sanitaristas e demais profissionais de saúde; elaborar e fabricar produtos biológicos, profiláticos e medicamentos necessários às atividades do Ministério da Saúde, às necessidades do País, e as exigências da Segurança Nacional”.

⁹¹ “Relatório Anual do IPCB de 1975”, 12 de janeiro de 1976. Fundo ENSP/Direção 0381/64/14, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁹² Outras Unidades foram: Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Instituto Fernandes Figueiras (IFF) do Departamento Nacional da Criança, Serviço de Produtos Profiláticos do Instituto Nacional de Endemias Rurais, Instituto Evandro Chagas da Fundação Serviços de Saúde Pública e o Instituto de Leprologia do Serviço Nacional de Lepra. (Decreto nº 66.624, de 22 de maio de 1970).

⁹³Entrevista de Arlindo Fábio Gomes de Souza (ex-vice-diretor e Chefe do Departamento de Ciências Sociais da ENSP), em fevereiro de 1979, à Coordenação do Boletim ENSP- PEPPE (Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas), Número Especial 1 - Contribuição à História da Escola Nacional de Saúde Pública, março de 1979. Fundo ENSP/Direção/431/72/03, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁹⁴ “Relatório Anual do IPCB de 1975”, 12 de janeiro de 1976 (loc.cit).

DNCr, destinada a formação de médicos puericultores, e a outra no DNS, para formação de médicos sanitaristas. Entendemos, a partir da entrevista de Luiz Fernando Rocha Ferreira da Silva à Sarah Escorel (1999), que o lugar do IPCB seria o de responder exclusivamente às demandas do Ministério da Saúde⁹⁵.

Para manter projetos e programas, entendemos que os docentes, reduzidos de 60 para 18⁹⁶, haviam desenvolvido um trabalho coletivo e integrado que, de acordo com Fonseca (2004), fazia parte da cultura organizacional iniciada na década anterior. Essa experiência possibilitou estabelecer tanto indicadores para o cálculo da hora-docente/aluno, em que vários docentes participavam simultaneamente da mesma atividade, quanto de uma metodologia de ensino diferenciada (“baseada principalmente em aulas participadas, trabalho de grupo, seminários, estudo orientado, trabalhos individuais supervisionados e atividades práticas”)⁹⁷.

Entendemos o exercício da docência e seu fortalecimento como grupo, enquanto parte da estratégia de sobrevivência do seu programa de ensino. Os docentes abrigaram um projeto de não deixar morrer a escola de saúde pública, de âmbito nacional, em um momento de conflitos e de confrontos na arena das políticas social, econômica e estatal. Assim, precisavam ser um grupo de resistência institucional e política.

4.4 IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO TÁS E A CONTINUIDADE DA REESTRUTURAÇÃO DA ENSP

Na segunda metade da década de 1975, a instituição deu continuidade à sua reestruturação e implementou um novo curso – Treinamento Avançado em Serviço. Estes foram processos decisivos para as mudanças do programa de ensino da ENSP, o que resultaria no reaparecimento do seu protagonismo em pautar temas para agenda da política de saúde.

⁹⁵ De acordo com Escorel (1999, p. 116), Luiz Fernando Rocha Ferreira da Silva, docente e ex-diretor da ENSP entre os anos de 1978 e 1979, afirmou que a instituição “ficou reduzida à formação de recursos humanos em escala que não era nacional e com um programa de natureza extremamente oficial. Chegou a ser denominada ‘centro do oficialismo’, ‘túmulo’ do pensamento progressista em saúde”.

⁹⁶ De acordo com Nunes (1998), apesar dessa redução e pelas dificuldades vivida por estes, o curso de saúde pública em 1970 adotou uma estratégia de prepará-los por meio de um planejamento didático-pedagógico dinâmico, com as disciplinas sendo organizadas a partir de uma temática de saúde.

⁹⁷ “Relatório Anual do IPCB de 1975”. 12 de janeiro de 1976 (loc. cit).

4.4.1 Experiência de implementação do curso **Treinamento em Serviço e de criação do Treinamento Avançado em Serviço**

Analizamos o período que antecede a implementação do TAS, especialmente os anos de 1975 e 1976. Antes da reestruturação ter continuidade, aconteceram fatos, relacionados ao ensino e à política de saúde, que mudariam a conjuntura desse período.

Em 1975, no IPCB, foram criadas bolsas de Treinamento em Serviço, com o objetivo de ser “uma modalidade de preparação intensiva de recursos humanos em atividade que realizam no Instituto”⁹⁸, especialmente as que se referiam ao ensino e à pesquisa, nas áreas de Epidemiologia, Administração e Ciências Biológicas.

Entendemos que havia similaridade quanto ao perfil do egresso do mestrado (1967 e 1968) no que diz respeito à demanda de formação de docentes e pesquisadores. Supomos que a realização desse curso foi uma tentativa de resposta ao seu esvaziamento, devido à dificuldade de admissão de novos servidores. Tal dificuldade foi comum em outras unidades técnico-científicas da Fiocruz, como analisaremos a seguir.

Em relação à política de saúde, a Fiocruz foi incluída na agenda da política de desenvolvimento científico e tecnológico do país na V CNS⁹⁹. Estar nessa agenda significava receber parte dos investimentos do II Plano Nacional de Desenvolvimento para a área da saúde¹⁰⁰. No convênio entre o Conselho Nacional Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fiocruz¹⁰¹ um dos objetivos relacionados à área de ensino foi “assessorar a seleção e treinamento de 126 estagiários da Fiocruz, aproveitando-os para treinamento, nos levantamentos deste estudo”¹⁰².

⁹⁸ Nesse treinamento, foram desenvolvidas atividades de “avaliação de necessidades de recursos humanos para a saúde e estudos correlatos; tecnologia de preparação de diferentes estratégias de recursos humanos para saúde; estudos e pesquisas de interesses para o aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais de saúde”, com duração de 11 meses. (“Relatório Anual do IPCB de 1975”, loc.cit.).

⁹⁹ No discurso de abertura da CNS pelo Presidente da República, General Ernesto Geisel (1974 e 1979), foi apresentado um programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para modernizar os serviços de saúde a partir de três ações: “a dinamização da investigação medico-científica, mobilização experimental de tecnologias inovadoras para o combate de doenças, e a capacitação em alto nível de recursos humanos especializados. A recuperação da Fundação Oswaldo Cruz, instituição de prestígio internacional, representa, ao mesmo tempo, pré-condição e consequência deste programa” (BRASIL, 1975, p. 4).

¹⁰⁰ Para Escorel (1999), o PND era uma estratégia de legitimação do governo com a priorização na área social. O que ocorreu foi que “‘abriram-se espaços institucionais’ para a entrada de pessoas de pensamento contrário, senão antagônico, ao dominante em seu interior” (ESCOREL, 1999, p. 43).

¹⁰¹ Em 1975, foi firmado um Convênio entre a Fiocruz e o Conselho Nacional Científico e Tecnológico (CNPq). De acordo com Médiçi (1990, p.105), esse investimento “propõe uma recuperação da Fiocruz, através do Plano de Reorientação Programática, aprovado pelo Ministério da Saúde no primeiro trimestre de 1976”.

¹⁰² Outros objetivos foram: “estudos preliminares ao nível de anteprojeto para localização no campus da Fiocruz de um laboratório de Controle de Medicamentos, inclusive levantamento do custo preliminar das

Em relação ao TAS, carta enviada ao CNPq¹⁰³ considerava ser esse curso um “mecanismo de preparação de futuros pesquisadores, docentes e tecnologistas dentro do princípio do ‘aprender fazendo orientado’”.

A Fiocruz, para estruturar o Programa TAS e de estágios, expediu, em setembro de 1976, três Normas. A primeira, denominada Regulamentar 104, se referia ao estabelecimento de uma política de recursos humanos para a formação básica e especializada, para o treinamento em serviço e para a pós-graduação. O estágio foi substituído pelo treinamento para nível superior – TAS-G – e para discentes dos cursos superiores – E (doravante TS-E). As outras duas, denominadas Operacionais 105, estabeleceram os sistemas de créditos obrigatórios e optativos (“em áreas de concentração ou domínio conexo”), os períodos dos treinamentos e as áreas de concentração. Entendemos que essas normas podem ser consideradas uma expressão do discurso institucional.

No segundo ano do TAS, de acordo com o documento, o treinamento conduzia à uma área de especialização relacionada às áreas de interesse da Fiocruz. Após a conclusão do TAS, os egressos poderiam se matricular no mestrado e ter seus créditos do TAS validados, segundo a Comissão da Pós-Graduação da Fiocruz. Também poderiam ter a preferência na contratação de auxiliares de pesquisa, ensino ou tecnologia.

Entendemos que a possibilidade de um itinerário de formação e de trabalho para os egressos pode ser considerado uma das respostas da área de ensino para o “repovoamento intelectual de Manguinhos”¹⁰⁶.

instalações fixas e dos equipamentos” e “estudo da pré-viabilidade técnica econômica de uma instalação para a produção de vacinas bacterianas e fracionamento de sangue – a ser feito pela Fiocruz concomitantemente com a Fundação Mérieux da França”. “Termo de Ajuste ao Convênio Fiocruz e CNPq”, em 26 de setembro de 1975, assinado por Vinicius da Fonseca (Fiocruz) e José Dion Melo Teles (CNPq). Fundo Presidência/Secretaria Geral 345/38/05, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

¹⁰³ Carta ao CNPq para estabelecimento dos “Procedimento de Acompanhamento e Avaliação a serem adotados pela Fiocruz para os bolsistas do CNPq”, em 25 de maio de 1977, assinado por Vinicius da Fonseca (Fiocruz). Fundo Presidência/Secretaria Geral 362/40/02, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

104 “Norma Regulamentar Nº 18/76”, de 28 de setembro de 1976. Fundo Presidência/Secretaria Geral 362/40/02, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Estabelece Política de Recursos humanos da Fundação Oswaldo Cruz, de acordo com o inciso VII do art. 13 do Estatuto.

105 “Norma Operacional Nº 05/76”, de 28 de setembro de 1976. Fundo Presidência/Secretaria Geral 362/40/02, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. (Legislação referente ao TAS-G). “Norma Operacional Nº 7/76”, de 30 de setembro de 1976. Fundo Presidência/Secretaria Geral 362/40/02, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. (Legislação referente ao TS-E).

¹⁰⁶ Expressão utilizada no texto do “Termo de Ajuste ao Convênio Fiocruz e CNPq” (loc.cit). Essa necessidade de repovoamento reafirma o impacto do “Massacre de Manguinhos”, que, de acordo com Lent (2019, p. 69), “não se refere tanto ao que aconteceu com os dez cientistas cassados. Atingiu mais o Instituto Oswaldo Cruz, atingiu profundamente o país. A destruição não se limitou ao afastamento daquelas pessoas; outras foram dali deslocadas e deixaram de contribuir para o desenvolvimento da ciência”.

Supomos que os dois cursos – Treinamento em Serviço (1975) e mestrado em Saúde Pública (1967, 1968) –, em anos distintos, consideraram que a formação de docentes e pesquisadores seria uma etapa importante para um programa de ensino. Especialmente por esses serem cursos experimentais, em fase de mudança de modelos de formação, que buscavam repensar as práticas de ensino até então.

Ao propor a função de orientação no TAS para os profissionais que estavam desenvolvendo suas atividades de ensino, pesquisa e serviços, estes exerceriam um papel estratégico para garantir o que foi proposto nas Normas Operacionais. Entendemos que essa função pode ter sido determinante – embora não tenhamos analisado outros documentos sobre o processo –, sobretudo se foi implementado o princípio do “aprender fazendo orientado”, que julgamos ser um componente de um trabalho colaborativo.

4.4.2 Continuidade da reestruturação da ENSP

O IPCB, entre a assinatura do convênio Fiocruz-CNPq e a edição das normas, negociou seu lugar diferenciado como unidade técnico-científica da Fiocruz. O depoimento de Vinicius da Fonseca, presidente da Fiocruz entre os anos 1975 e 1979, corrobora com essa negociação: “tinha vida própria e não havia caído naquele marasmo, naquela prostração horrível do resto da entidade” (HAMILTON; AZEVEDO, 2001, p. 256).

A instituição, tendo em vista a importância de se definir uma política de recursos humanos, apresentou a proposta “Por uma Política para a Área de Ensino da Fundação Oswaldo Cruz”¹⁰⁷ (ANEXO D). No documento, considerava-se que a política de ensino necessitava ser explicitada e institucionalizada para ser um vetor de viabilização do processo de formação. Para isso, ela foi definida como um “instrumento vigoroso para orientar a vida de uma instituição em todos os níveis” e, para sua institucionalização, “há que ser fixado, não apenas o objetivo final (*telos*), mas todo conjunto significativo de valores e mecanismos que o condicionam e o viabilizam”.

Para articular essa política, dois postulados foram apresentados: “compromisso primeiro com a saúde da população brasileira” e “campo de atuação comprometido

¹⁰⁷ “Por uma Política para a Área de Ensino da Fundação Oswaldo Cruz”, de 17 de março de 1976. Assinado por Coordenadores Especiais I, II, III do Grupo de Reestruturação da FOC (Fundação Oswaldo Cruz), respectivamente, Luís Fernando Ferreira; Joir Gonçalves da Fonte; Eduardo Azeredo Costa. Fundo Presidência/Secretaria Geral 154/17/09, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

operacionalmente com a formação de recursos humanos para a saúde coletiva”. O primeiro justificava a área da saúde como parte do conjunto de ações desenvolvidas na área social. O segundo, com o argumento de que as atividades da área de ensino comporiam um “sistema formador de recursos humanos”, integrado ao Sistema Nacional de Saúde.

Ao ser reforçada a importância da área de ensino como parte integrante da Fiocruz, foi considerada a possibilidade de fortalecimento de seus próprios quadros para o “apoio das atividades da pesquisa, da produção e do próprio ensino”. Como resultado obteve-se o seu reconhecimento público como um “centro de pós-graduação *stricto sensu*”. Quando alcançasse esse objetivo, a ENSP, com autonomia acadêmica, “ressurgiria no seio da Fundação Oswaldo Cruz”.

Foram relacionados alguns projetos que auxiliariam o alcance desse objetivo, dentre eles: a absorção de profissionais de várias áreas; a formação de profissionais para atuar nos serviços e no ensino e desenvolver pesquisas; a integração entre o ensino, os serviços e assessoria técnica a setores de recursos humanos em organismos governamentais nacionais.

Na proposta referente à formação de recursos humanos, especificamente aquela voltada para a formação de sanitaristas, a viabilidade estaria garantida se fosse levada em conta a diversidade da formação universitária anterior e sua atuação no serviço. Quanto ao programa de ensino, era necessário que se observasse os princípios da educação continuada e o desenvolvimento nos egressos de “reflexões críticas que levem à inovação e melhoria dos serviços de saúde do país”. Como concretização dessa educação continuada, foram propostos dois níveis de formação. O primeiro, *lato sensu* – básico de saúde pública¹⁰⁸, especialização e residência, com esta voltada para profissionais de saúde sem experiência prévia nos serviços da área. As atividades da residência se dariam em centros de saúde, sendo complementadas com disciplinas do curso básico de saúde pública.

O segundo nível de formação, *stricto sensu* – mestrado e doutorado, voltado para a docência, pesquisa e assessoria na área da Saúde Pública. No documento, a proposta,

¹⁰⁸ De acordo com Uchoa & Paim (1982), foi realizado o curso de especialização em saúde pública descentralizado em 1974. No ano seguinte, com a carga horária reduzida em 54%, foi criado o curso básico de saúde pública. Ele tinha como objetivo “preparar uma massa crítica de recursos humanos para atuar na execução de programas prioritários de saúde coletiva, em particular no de expansão da rede permanente de serviços” (UCHOA, PAIM, 1982, p. 29). O perfil da clientela foi “preferentemente” de médicos, odontólogos e enfermeiros com experiência na área de Saúde Pública ou ligados ao ensino universitário, com a possibilidade de vagas para outras categorias profissionais com ou sem experiência prévia.

dentre outras, foi a de criar o curso de mestrado, articulá-lo a outras unidades da Fiocruz, realizar convênio com a UFRJ e UERJ para a reciprocidade de créditos, entre outras¹⁰⁹. No nosso entender, essas iniciativas poderiam corresponder ao início de um processo de viabilização de um programa de ensino na ENSP, como parte da política institucional da Fiocruz.

Quanto à assessoria técnica a setores de recursos humanos em organismos governamentais nacionais, proposto no documento, seu resultado – estruturação de um “subsistema de planejamento de recursos humanos em nível estadual” – pode ser entendido por nós como o reconhecimento público de “formador e disseminador da doutrina de Saúde Pública, em nível nacional”.

Nesse documento, observamos no discurso sanitário a presença de elementos tanto da área da saúde coletiva¹¹⁰ quanto da saúde pública. A partir de Fairclough (2016, p. 101), compreendemos que os limites desses discursos “podem variar entre relativamente fortes ou relativamente fracos, dependendo da sua articulação atual: podem ser descontínuos e bem definidos, ou podem ser pouco nítidos e mal definidos”.

A expressão do que seria uma política foi explicitada pela Fundação por meio do documento “A política de desenvolvimento de Recursos Humanos implantada em 1976 na Fundação Oswaldo Cruz”¹¹¹. Nesse material foi proposto um programa de formação de recursos humanos que fosse imprescindível para as ações de saúde e para as funções específicas desta Fundação. Dentre as três alternativas apresentadas para responder a essa proposta, escolheu-se a que determinava que a Fiocruz assumisse funções de capacitação de seu próprio recurso humano e colaborasse com outras instituições, o que, para eles, não significava que haviam esquecido das suas funções de pesquisa, produção e ensino.

¹⁰⁹ As outras propostas para o ensino em nível de mestrado e doutorado foram: apoio a estudos e investigações voltados ao treinamento discente e aperfeiçoamento do pessoal docente em integração com outras áreas da Fiocruz relacionadas à saúde coletiva; estímulo ao preparo diversificado do docente; promoção de atividades de extensão com participação de convidados de reconhecido mérito na área de Saúde Coletiva (“Por uma Política para a Área de Ensino da Fundação Oswaldo Cruz”, loc.cit.).

¹¹⁰ A área da saúde coletiva, presente a partir de meados da década de 1970, que, de acordo com o estudo ainda inédito (FERNANDES; LIMA; AZEVEDO, 2018), fez parte do processo de constituição da Saúde Coletiva no Brasil, enquanto área de conhecimento e práticas, cujos “termos e conceitos estão regularmente sob mutação de sentidos e significados, cuja polissemia se constrói nas mais diversificadas relações de poder e em temporalidades e espacialidades distintas”.

¹¹¹ “A política de desenvolvimento de Recursos humanos implantada em 1976 na Fundação Oswaldo Cruz”, Fundo Presidência/Secretaria Geral 154/17/09, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Todo esse processo foi fortalecido com os convênios com o CNPq e com a FINEP, que permitiu a implementação de uma política de formação de recursos humanos para responder às demandas dos sistemas de saúde, de educação e do trabalho¹¹².

Como parte do apoio da ENSP à política de formação de recursos humanos da Fiocruz, a mudança de nome do IPCB para ENSP foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi expedida, em maio de 1976, uma norma regulamentar¹¹³, restituindo o nome original da ENSP, o que podemos entender como continuidade da reestruturação da instituição. Na segunda etapa, em novembro de 1976, foi elaborado o regimento interno da ENSP, incluído na norma operacional da Fiocruz. O conteúdo do documento dizia respeito à nova estrutura departamental e apresentava as atribuições do Conselho de Ensino e Pesquisa (Consepe)¹¹⁴.

Entendemos que existiram três momentos distintos e, ao mesmo tempo, similares da continuidade da reestruturação da ENSP. Singulares quando associados a uma fase de submissão às instâncias externas. Nessa etapa, foi assegurada a sua autonomia acadêmica, às vezes de forma explícita, às vezes não. Similares porque a instituição renasce como resultado da resistência de seus atores às formas de condução da política do Ministério da Saúde. Finalmente, após dez anos, ocorre a volta da instituição ao seu próprio nome, Escola Nacional de Saúde Pública.

Do final da década de 1960 até a metade da de 1970, houve mudanças do apoio das autoridades, da autonomia acadêmica, do reconhecimento público, da formação dos profissionais, da liderança organizacional e da cultura organizacional. Essas transformações expressam o fortalecimento dos discursos institucional, da gestão acadêmica e sanitária, principalmente pela presença de resistência a um projeto de poder

¹¹²Para a implementação dessa política na Fiocruz, o CNPq ofereceu 108 bolsas de aperfeiçoamento e treinamento e 12 de mestrado em 1977 e, respectivamente, 35 e 27 em 1978. A FINEP, por meio do PEPPE (Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas) e PESES (Pesquisa de Estudos Socioeconômicos em Saúde) possibilitou a realização de cursos específicos (Avançado em Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde) e apoiou, no biênio 1977-1979, o desenvolvimento de 15 teses de mestrado em Saúde Pública na ENSP. Para a certificação do mestrado, contou com o apoio da UFRJ.

¹¹³No levantamento encontramos somente o “Rascunho da resposta ao Ministro da Saúde sobre o aproveitamento do denominado IPCB”, sem assinatura. Fundo Presidência/Secretaria Geral 0243/44/03, Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz.

¹¹⁴O Regimento Interno da ENSP foi incluído na Norma Operacional N°10, de 30 de novembro de 1976. Os departamentos denominados didáticos-científicos foram: Administração e Planejamento de Saúde, Ciências Biológicas; Ciências Sociais, Epidemiologia e Métodos Quantitativos, Saneamento e Saúde Ambiental. O Consepe tinha como atribuições: “aprovar projetos dos cursos regulares; aprovar Programa e Projetos a serem executados ou promovidos pela ENSP, para efeito de definição de prioridade pela Presidência da Fiocruz; assessorar os Coordenadores de Cursos Regulares, de Programas e de Projetos, visando a solução de problemas surgidos com a implementação dos mesmos, entre outros”. Fiocruz, Boletim Interno, N° 11, novembro de 1976, Ano 8. Fundo ENSP/Direção 0706/128/06, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

que tinha subtraído seu lugar na arena da formação de recursos humanos para saúde pública.

4.4.3 Implementação do Treinamento Avançado em Serviço na ENSP

Desde meados da década de 1970, o modelo de formação multiprofissional foi objeto de discussão na ENSP e no Ministério da Saúde. No primeiro, discutiram-se as diferenças entre a integração multidisciplinar e a multiprofissional na solução dos problemas de saúde e o compromisso dos profissionais na atuação conjunta desde a sua profissionalização. Esse processo foi considerado por Belaciano (1976) um dos desafios para a criação da residência em saúde pública. No segundo (BRASIL, 1978), discutiu-se, a partir das mudanças no currículo, no tipo de vínculo institucional e na duração do curso, a entrada da multiprofissionalidade nos cursos de saúde pública como um processo de desmedicalização. Isso ocorreu devido a dois fatos: ampliação progressiva de outras categorias profissionais e diminuição dos conteúdos de natureza médica (microbiologia, imunologia, parasitologia etc.).

No currículo, foram incorporados conteúdos das áreas de ciências sociais relacionados à saúde, e da administração e planejamento em saúde, além da epidemiologia, voltada para as questões de método. Segundo o texto, as modificações no currículo foram induzidas pelo novo perfil de clientela (generalidade do seu conteúdo, em função da maior complexidade do sistema de saúde brasileiro). Os dois estudos reafirmaram que os processos de mudanças na formação vão desde a transformação do perfil do sanitarista, até mudanças importantes de disciplinas nucleares da área.

Supomos que o programa TAS viria a ser uma resposta à tendência de ampliação progressiva das categorias profissionais e no tipo de vínculo, com o aumento de “alunos avulsos”. Esse curso não seria de longa duração e seria indicado para recém-formados, tendo como centralidade o treinamento em serviço. Podemos dizer que a implementação do TAS imprimiu mudanças no ensino da ENSP, especialmente a criação da “Residência de Saúde Pública”, assim denominada nos primeiros documentos, a qual se tornou a primeira etapa do programa de ensino no final da década de 1970.

No documento da política de desenvolvimento de recursos humanos da Fiocruz¹¹⁵, as Residências de Saúde Pública e de Epidemiologia foram os dois cursos ofertados em 1977. A ENSP elaborou o programa dessas residências baseando-se na centralidade do treinamento em serviço e no modelo de formação multiprofissional, com vagas para médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas¹¹⁶. Entendemos que essa centralidade é um dos aspectos da redefinição da estratégia do treinamento em serviço na ENSP.

O programa da Residência de Saúde Pública (ANEXO E), designado TAS-SP-R1, teve como objetivos: conhecer e buscar resolver os problemas de saúde que ocorrem no indivíduo, no grupo familiar e na comunidade e suas repercussões sobre os mesmos; conhecer e manusear técnicas básicas de saúde pública e saber reconhecer nelas sua atividade e limitações no tratamento de problemas de saúde coletiva (“Residência em Saúde Pública 1º Ano - Uma forma particular de TAS em SP-TAS-SP-R1”, 1976).

Encontramos no texto a descrição das técnicas básicas de saúde pública e o tratamento de problemas de saúde coletiva. Entendemos que o modelo pedagógico proposto indicaria tanto uma lógica do aprender fazendo, como uma abordagem multidisciplinar e do trabalho em equipe para a efetivação de uma prática colaborativa com melhora dos resultados da saúde.

Na implementação desse modelo, o residente seria considerado um profissional em formação¹¹⁷, participando de “atividades com compromissos definidos perante a preceptoria, a administração da Unidade e a população da área”, o que o aproximava, segundo Elias (1987), da corrente pedagógica e não da trabalhista. Para o autor, a primeira seria um “conjunto de ideias e opiniões que concebem a residência médica, fundamentalmente, como princípios e métodos de educação e instrução, objetivando o adestramento profissional médico”, e a corrente trabalhista seria um “conjunto de ideias

¹¹⁵ “Política de Desenvolvimento de Recursos humanos da Fundação Oswaldo Cruz”, 1976. Fundo Presidência/Secretaria Geral 154/17/9, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

¹¹⁶ “Residência em Saúde Pública - 1º Ano - Uma forma particular de TAS em Saúde Pública -TAS-SP-R1”, em 18 de novembro de 1976, assinado por Eduardo Azeredo Costa. Fundo Presidência/Secretaria Geral 218/26/03, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Supomos que essa forma particular se traduziria no R, isto é, se assume o solicitado pela Fundação, mas reafirma o diálogo que já estava no cenário das mudanças da formação na área da saúde coletiva, a Residência.

¹¹⁷ O TAS-SP-R1 era desenvolvido em tempo integral, com duas etapas de seis meses cada. A primeira, prática na unidade de saúde, compreendia atividades específicas de atendimento e observação, conforme formação profissional. A segunda, teórica, oferecida sob a forma de seminários e discussão de casos. (“Residência em Saúde Pública 1º Ano - Uma forma particular de TAS em SP-TAS-SP-R1”, loc.cit).

e opiniões que concebem a residência médica, fundamentalmente, como adestramento profissional, através da prestação de serviço” (ELIAS, 1987, p. 53-54).

No documento indicava-se que as unidades de saúde deveriam possibilitar que os residentes estivessem “simultaneamente cobrindo suas funções e recebendo informação através dos professores, a fim de tornar possível a comparação entre a teoria e o problema vivenciado” e a Coordenação faria uma avaliação processual dos discentes para verificar o que “o estudo-problema forneceu em termos de treinamento e créditos”. Dessa forma, a atuação da equipe multidisciplinar seria fortalecida por trabalhar com o mesmo objeto – a saúde. De acordo com o documento, a saúde, ao ser contextualizada, seria “capaz de propor, acionar e conduzir mecanismos de atuação organizada, visando a proteção e recuperação da saúde coletiva em seu nível local”.

Nessa proposta, as atribuições de ensino no treinamento no nível local seriam compartilhadas tanto pelos departamentos quanto pela Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria¹¹⁸. Em relação à cooperação técnica, ela se fazia não somente com os serviços de saúde e instituições de ensino, mas também por meio de uma área docente-assistencial, da qual a Fiocruz participava.

O cuidado com a integração curricular no modelo de formação multiprofissional, para contemplar o conhecimento teórico e prático com a realidade de saúde, agora numa nova modalidade de curso TAS-SP-R1, foi compreendido por nós como uma característica da instituição que vinha desde a década de 1960.

Essa experiência pode ter contribuído de três formas. A primeira, para responder às novas demandas de formação em saúde pública, especialmente a dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) do Ministério da Saúde e da medicina comunitária dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social do Ministério da Educação e Cultura. A segunda, a fim de ampliar as estratégias de apoio aos Programas de Residência em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública¹¹⁹. E, finalmente, para fortalecer

¹¹⁸Para efetivar a proposta foi elaborado o “Plano de atividades necessárias à implantação do TAS em Epidemiologia e Saúde Pública”, que tinha como objetivos: a reformulação da Unidade de Saúde para receber recém-formados, com uma chefia cujo profissional deveria ser sanitarista; a criação de um programa de Saúde Mental e de Assistência Social; a criação de uma instância colegiada, o Conselho de Orientação da UTGSF, composta por representante do diretor, Coordenadores de cursos e Preceptores de programas com efetiva atividade na Unidade, discentes e residentes, funcionários e membros convidados da população adscrita.

¹¹⁹ Segundo Buss (1982), em 1980, para estabelecer uma coordenação de caráter nacional dos Programas de Residência Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública, criados pelo Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) por meio de convênios com diversas Universidades Federais e outras instituições do país, foi criado o Programa de Apoio às Residências (PAR – MS/MP/SP) resultante

o TAS junto às outras unidades técnico-científicas da Fiocruz. Dez anos depois do processo de criação do mestrado, o reconhecimento público da instituição seria redefinido em um processo de inovação no ensino, explicitado nos seus discursos de gestão acadêmica e sanitária.

Os modelos de formação implementados para responder ao aumento da complexidade tecnológica e social vinham se aperfeiçoando, especialmente com o fortalecimento dos princípios da medicina preventiva e social no ensino superior e na pós-graduação. Dois atores, um que foi diretor da instituição no período de 1964 a 1969¹²⁰ e o que foi vice-diretor e chefe do Departamento de Ciências Sociais da ENSP em 1979¹²¹, apresentaram reflexões sobre como esse fortalecimento reverberaria no programa de ensino a ser ofertado pelas escolas de saúde pública.

Para o primeiro, permitia “começar a longa caminhada com passos mais seguros”. O segundo explicitou quais seriam as proposições que reativariam a “vocação” das Escolas: “formação de Recursos Humanos para a melhoria da vida da população”; “compromisso com a elaboração de modelos de atenção médico-sanitária para o país”; “contribuição através da elaboração de conhecimento na área de saúde”; e “prestação de serviços diretamente à população ou instituições do setor”.

Entendemos que ambos expressavam o desafio de propor novos cursos para responder às demandas, tanto do *lato sensu*, como do *stricto sensu*, e, especialmente, reconheciam um novo lugar das Escolas na política de saúde e de educação. Além disso, uma característica da ENSP realçada pelo segundo foi a de “participar na elaboração da política nacional de saúde e ser crítica diante dela, como uma dimensão importante que caracteriza sua vocação histórica no campo da Saúde em nosso país” (ENSP-PEPPE, 1979, p. 9).

de entendimentos entre o INAMPS, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Fiocruz. Desses convênios, temos o estabelecido com a ENSP, em 1979, para implantar a Residência de Medicina Social. Para o autor, “com programa similar ao preceituado pelo médico, com diferença apenas no que toca às práticas específicas”, a ENSP ofertou para outros profissionais de saúde (enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêutico-bioquímicos, psicólogos), “consubstanciando-se um programa de residência multiprofissional em cuidados primários de saúde, administração e planejamento de saúde, epidemiologia e ciências sociais aplicadas à saúde, tendo como campo de treinamento preferencial aos próprios serviços de saúde da rede pública” (BUSS, 1982, p. 57).

¹²⁰ Diretor Edmar Terra Blois (“Programação dos cursos de nível superior da FENSP para 1969”, loc.cit.)

¹²¹ Entrevista de Arlindo Fábio Gomes de Souza, Vice-diretor e Chefe do Departamento de Ciências Sociais da ENSP, fevereiro de 1979, à Coordenação do Boletim ENSP- PEPPE (Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas), Número Especial 1 - Contribuição à História da Escola Nacional de Saúde Pública, março 1979. Fundo ENSP/Direção/431/72/03, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Consideramos que as transformações pelas quais a ENSP passou, no período do nosso estudo, podem ser traduzidas como uma atenção voltada ao seu tempo e à presença, tanto crítica, quanto colaborativa nos movimentos de mudança da formação em saúde pública.

A atenção e a presença podem ser apresentadas, resumidamente, como o entendimento de quais seriam os desafios, os impasses e os avanços para essa formação. Para os desafios, identificamos as seguintes demandas: do modelo de formação multiprofissional para responder à transição do perfil de profissional na atenção à saúde (do médico para profissionais de saúde); de docentes e pesquisadores; e da redefinição do treinamento em serviço no programa de ensino. Entendemos como impasses: o momento do cancelamento da oferta do mestrado, a partir 1969, o que resultou na reformulação do programa de ensino, e a diminuição de sua autonomia acadêmica. E os avanços se referem: à estruturação e, também, às reestruturações como uma escola de saúde pública de âmbito nacional, com projetos pedagógicos para cursos tradicionais e experimentais; ao trabalho docente coletivo e integrado; ao abrigo de um ideário de âmbito coletivo e nacional para assuntos de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender como o modelo de formação multiprofissional se tornou uma prática instituída nos cursos *lato sensu* da ENSP, nas décadas de 1960 e 1970, os documentos produzidos nesse intervalo foram verificados para responder às perguntas do nosso estudo. Foram elas: Quais as razões da instituição estabelecer o modelo de formação multiprofissional nos cursos *lato sensu*? Quais estratégias foram desenvolvidas para viabilizar o molde multiprofissional? Que elementos políticos e pedagógicos foram considerados pela instituição ao estabelecer a multiprofissionalidade como alternativa ao seu projeto de formação *lato sensu*? Em busca de respostas, optamos por analisar a dinâmica estabelecida na implementação do modelo de formação profissional, assim como no próprio projeto institucional voltado para o ensino da saúde pública.

Ao considerar o contexto de mudanças em que se encontrava a instituição, podemos entender as razões pelas quais ela estabeleceu o modelo de formação multiprofissional em seu programa para o *stricto sensu*. Elencamos os seguintes motivos: a capilarização dos princípios da Medicina Preventiva (modelo da História Natural da Doença, atitude preventivista, a Epidemiologia como matéria básica) no ensino e nas práticas de saúde; a demanda de que o currículo de Saúde Pública considerasse a flexibilidade para a polivalência da ação; a dificuldade de atrair a categoria médica para os cursos de especialização em Saúde Pública; a redefinição do perfil do sanitarista e, conseqüentemente, a necessidade de formar docentes para esse novo direcionamento; o reconhecimento como uma escola de saúde pública de âmbito nacional.

Já as razões para a instituição incorporar tal padrão de formação no *lato sensu* se devem a uma transformação conjuntural que, a partir da experiência adquirida no mestrado em Saúde Pública, ocasionou a reformulação do seu programa de ensino. Nessa readequação, em 1969, houve a proposta de inserção de outra clientela, constituída por recém-formados sem vínculo empregatício, ou seja, vocacionalmente interessados.

Por outro lado, o modelo multiprofissional foi implementado no curso *lato sensu* em nível de residência, Treinamento Avançado em Serviço, devido ao aumento da complexidade tecnológica e social, à hegemonia da proposta médico-social na constituição de recursos humanos e à demanda de formar especialistas para o programa de extensão de cobertura em saúde. Esse curso foi um projeto de fortalecimento do ensino da Fiocruz para as suas unidades técnico-científicas. Para a ENSP, ele influenciaria o prosseguimento da multiprofissionalidade e evocaria repensar as práticas pedagógicas

utilizadas até o momento, dentre as quais se pode destacar, em especial, a redefinição do treinamento em serviço e, em alguns anos depois, o que significava ter uma residência voltada para muitas profissões.

Quanto à segunda pergunta, um conjunto de estratégias institucionais viabilizou a implementação e a consolidação do modelo de formação multiprofissional. Dessa forma, ao inserir esse tipo de ensino na agenda de formação de recursos humanos para a saúde pública, o curso foi se estruturando e reestruturando para se manter enquanto uma escola da área em âmbito nacional.

Durante o período de estruturação, as estratégias se referiam à participação, à assessoria e à convocação de eventos relativos à temática com o objetivo de construir essa agenda. A instituição, em seu período de reestruturação, garantiu sua autonomia administrativa, financeira, didática e disciplinar como Fundação de Ensino Especializado em Saúde Pública, de modo a responder aos desafios inerentes ao fato de ser uma escola de saúde conhecida nacionalmente. Nesse período, foram utilizadas algumas estratégias: criou-se, no organograma, um departamento na área de ciências sociais e de ensino; foram mantidas as instâncias de decisão colegiada; foi definido o perfil de docentes; o currículo; e o apoio discente. Assim, foi possível implementar o modelo de formação multiprofissional, como um curso de mestrado em Saúde Pública para médicos, engenheiros, veterinários, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos e arquitetos.

Para consolidar tal padrão de ensino, a instituição respondeu aos conflitos de interesse, os quais questionavam a sua finalidade como escola de saúde pública, da mesma maneira que se discutia a formação multiprofissional. Na IV Conferência Nacional de Saúde (CNS), ela atuou para pautar o tema da formação de recursos humanos e se articulou com as universidades, as organizações intergovernamentais, os serviços de saúde e professores.

Outro conjunto de estratégias utilizadas no momento da reorganização incompleta da ENSP foi a adaptação do modelo de formação multiprofissional para *o lato sensu*, a partir da ampliação e diversificação das Unidades de Treinamento sob sua responsabilidade. Além disso, também sobreviveu à limitação de sua autonomia na esfera administrativa e financeira, por meio da perda do controle de seu processo, tornando-se uma unidade técnico-científica da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, denominada Instituto Presidente Castelo Branco.

Ao dar continuidade à reestruturação, apresentou um documento à Fundação Oswaldo Cruz, mostrando que a política de ensino necessitava ser explicitada e

institucionalizada para ser um vetor de viabilização do programa de formação. Também negociou a retomada do seu nome original, Escola Nacional de Saúde Pública, e propôs mudanças para o plano de curso, o que incluía a Residência em Saúde Pública.

Para instituir a multiprofissionalidade como possibilidade ao projeto de ensino, os elementos políticos e pedagógicos foram descritos como parte constitutiva da prática discursiva. A partir do entendimento dos discursos relacionados ao lugar de representação dos atores, ao componente institucional ou associativo e à área de conhecimento observada, apresentamos alguns temas presentes na elaboração dessa alternativa: a questão sanitária, a gestão acadêmica, institucional e de grupo de interesse.

O discurso sanitarista foi predominante nos textos que expressavam a posição política dos sujeitos dos programas de formação de profissionais de saúde e de atenção à saúde. Tal ação foi constatada: na implementação e no apoio à consolidação da multiprofissionalidade; na estruturação e reestruturação da ENSP; na redefinição da estratégia do treinamento em serviço, mediante a oferta de campos de práticas segundo a densidade demográfica, bem como a sua centralidade na constituição do residente em saúde pública; no reconhecimento da escola de Saúde Pública em esfera nacional, apoiada em propostas de cursos descentralizados; e na reafirmação da ENSP como instituição de formação de recursos humanos em saúde pública quando confrontada em relação à sua finalidade e ao modelo implementado.

Os textos indicam a opinião política dos indivíduos de instituições de educação, como decisões acerca do tipo de ensino, do currículo e de pedagogias referentes a um programa de aprendizagem, conforme o perfil estabelecido para discentes e docentes, o que denominamos "discurso de gestão acadêmica". Ele está presente nas seguintes situações: na definição do perfil de educadores (realizar estudos ou pesquisa sobre saúde pública; no recrutamento e qualificação dos professores; nos métodos e treinamentos explicitados no ensino integrado; no currículo e programa; e na integração dos conteúdos das disciplinas do curso.

A presença desses discursos na cultura organizacional, sanitarista e de gestão acadêmica se refere ao fato de a ENSP ser uma herança do movimento ocorrido na segunda década do século XX. Além disso, é resultado do caráter experimental dos cursos e da clientela e também de possibilitar o trabalho docente coletivo e integrado.

O discurso institucional é aquele que está presente nos textos produzidos na estrutura administrativa do Estado, os quais explicitam a posição política de atores designados para ocupar um cargo nessa estrutura. Tal linguagem foi observada nos

Estatutos e Regimentos que estruturaram e reestruturaram a ENSP, na criação e manutenção de instâncias colegiadas, na consolidação do modelo de formação multiprofissional na IV CNS e nas normas para o preenchimento da função de docente, para a regulamentação e operacionalização do Treinamento Avançado em Serviço.

O discurso de grupos de interesse, contido em conteúdos de associações (estudantis ou profissionais), os quais revelam a posição política dos sujeitos, fazem referência a 2ª Turma de mestrado da FENSP e à Associação Médica do Estado da Guanabara (AMEG), ambos considerados apoiadores de outros atores que defendem o modelo de formação multiprofissional.

Entendemos que a prática discursiva nos revela algumas novas características, além das que foram apresentadas sobre a ENSP por Labra (1985), Fonseca (2004) e Santos *et al.* (2004). Cita-se, por exemplo: a conquista da continuidade de sua reestruturação, que se deu pelo reconhecimento de sua trajetória como uma escola de saúde pública de âmbito nacional; a articulação com o movimento da sociedade na qual se inseria; a atitude crítica para responder às demandas provenientes das políticas públicas; a elaboração de propostas pedagógicas que orientaram a formação de docentes e discentes; a construção de um ideário para assuntos de saúde e cidadania em esfera coletiva e nacional.

As gerações que abrigaram esses objetivos tinham uma característica em comum, que, segundo Castro-Santos e Faria (2006, p. 113), eram os “engajamentos ostensivos”. Os autores ainda afirmam que esse traço se manteve no período da ditadura militar, quando “os temas da saúde, cidadania e democracia criavam polos de aglutinação e campos comuns de debate, que transpunham os muros ou cidadelas das especialidades e profissões” (CASTRO-SANTOS; FARIA, 2006, p. 113).

Ao ultrapassar os limites das especificidades, no intervalo estudado, esse grupo se defrontou com o desafio apontado por Donnangelo (1983, p. 21), uma vez que “as práticas se viram constantemente invadidas pela necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção”. Sendo assim, no exame do documento “Por uma política para a área de ensino da Fundação Oswaldo Cruz”, de 17 de março de 1976, encontramos a convivência de dois elementos na ordem do discurso sanitarista: a saúde pública e a coletiva.

Nessa convivência, a multiprofissionalidade, entendida como um modelo de formação na saúde pública, seria redimensionada. Para Nunes (1994), a saúde coletiva

estaria fundamentada na interdisciplinaridade e na concepção de muitas profissões. O autor ainda ressalta que devido à “forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias, a saúde coletiva, no plano concreto dos conteúdos a serem transmitidos, necessita, atualmente, pensar o geral e o específico” (NUNES, 1994, p. 19).

O programa de ensino da ENSP, que articulou a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, desenvolveu a efetivação das práticas sanitárias junto à conformação de uma nova área de conhecimento em sua própria estrutura departamental, as ciências sociais, em 1966. No entanto, o programa em sua elaboração precisou se atentar para alguns aspectos referentes a essa articulação, como: a agenda da formação de recursos humanos na política de saúde; as instituições de ensino e de serviço; a tensão existente entre as profissões e disciplinas que ao interagirem, construiriam novas identidades, disciplinas e práticas de saúde; a estruturação e reorganização que propiciaram a transformação dos projetos pedagógicos.

Nos novos programas de ensino estava incluído o fato de repensar os campos da prática. Essa medida era importante para obter alguma garantia de que as exigências educacionais fossem observadas e o exercício da saúde pública pudesse ser avaliado e aperfeiçoado por meio da implementação de novos formatos de parcerias. A articulação entre a academia e as atividades de saúde para essa finalidade seria um elemento de permanência na história da formação das práticas em saúde pública, especialmente, com os programas de Integração Docente-Assistencial, as residências e o fortalecimento da saúde comunitária.

Ao retornarmos ao que nos motivou a estudar o tema, entendemos que a consolidação da saúde comunitária é uma explicação possível para a nossa percepção quanto às identidades produzidas por uma pós-graduação voltada para a saúde pública. Tal especialização ocorreu em gerações e cursos diferentes: na década de 1980, foi o curso de Saúde Pública e, a partir de 2010, era a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Cabe destacar que, para a turma de 1980, significava a possibilidade de construção de uma dupla identidade, na qual tínhamos os seguintes exemplos: a da profissão de origem (enfermeiro, médico, psicólogo, entre outras) e a de sanitarista, que antes poderia ser interpretada como complementar. Atualmente, consiste em uma especialização em Saúde da Família, a qual se soma as outras, mantendo a característica profissional inicial.

Para ambos os grupos, houve o desafio de responder ao programa de extensão de cobertura, mas no contexto de políticas de saúde, educação e atividades diferenciadas.

Aproximando-nos da atualidade, observamos alterações importantes, como: a universalização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; a criação da graduação em Saúde Pública (Saúde Coletiva etc.); as transformações do mercado de trabalho, as quais apontam para as mudanças na formação profissional, com a exigência de um contínuo aperfeiçoamento; entre outras. No entanto, supomos que os questionamentos da geração atual se referem a uma lacuna de experiências formativas na graduação, que estimulem a educação interprofissional, nomenclatura utilizada por WHO (2010).

Há iniciativas recentes brasileiras para incentivar esse tipo de ensino desde a graduação, tanto nos setores da saúde e educação, como também na produção de evidências e publicização destas. A Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) tem pautado a articulação dessas áreas e dos processos formativos junto a eles, especialmente, estimulando a sua incorporação nas diretrizes curriculares e nos planos de curso das universidades. Marina Peduzzi (2016, p. 201) destaca, no título de uma das suas publicações, que o “O SUS é interprofissional”, reafirmando que “as profissões não são estáticas e mudam à medida que mudam o perfil populacional, as necessidades de saúde e o modo de organização dos serviços e de cuidado em saúde”.

Portanto, entendemos que estar atenta a essas transformações possibilitou à ENSP reformular o seu modelo de formação, bem como a participação ativa no SUS, desde a sua constituição. Consideramos essa reformulação como uma das raízes brasileiras da educação interprofissional na pós-graduação.

No início do nosso estudo, de modo a mostrar as dúvidas acerca das “condições de mudança” que levaram à estruturação dos cursos da ENSP, citamos as indagações de Castro-Santos e Faria (2006). Em uma tentativa de estimular a continuação dessa temática por outros pesquisadores, parafrasearemos essas questões para pensar quais são as situações de transição presentes na passagem do período da implementação do Treinamento Avançado em Serviço (1977-1979) para a época da construção da Residência de Medicina Preventiva e Social (1979-1996). Também é relevante compreendermos quem inspirou e reformulou as grades curriculares, como se deu a seleção da equipe docente (tutor e preceptor), como se estabeleceram as novas diretrizes, os compromissos e as corresponsabilidades institucionais e associativas, quem financiou, se houve a separação de médicos dos outros profissionais e quais foram os projetos institucionais em disputa.

Ao longo desses 12 anos, foi possível compreender que a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca assegurou a formação multiprofissional, tornando-a um elemento de permanência em seus cursos, o que expressa a centralidade desse modelo em seu programa de ensino e também na cultura organizacional da instituição. Este estudo permitiu a revisitação de parte da memória, nos levando a entender como esse modelo se tornou uma prática estabelecida no programa de ensino desde de 1967.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. I Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva: Relatório. *In*: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**, [s.l.], p. 251-255, jun. 1984.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho sobre Multiprofissionalidade nas Residências de Medicina Preventiva e Social: Informe Final. *In*: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, v. 4, 1983.
- BELACIANO, M. **Residência em Saúde Pública – Projeto**. 1976. Trabalho de Conclusão do Curso – Curso Avançado em Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 1976.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p 7-11, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963. Brasília. **Anais** [...]. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf. Acesso em: 12 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967. Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 23 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975. Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/an5conf_nac.pdf. Acesso em: 6 fev. 2018.
- BRASIL. Decreto n. 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>
Acesso em: 15 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6., 1977. Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/6_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 6 fev. 2018.

BRASIL. Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979). Brasília, s/d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/anexo/ANL6151-74.PDF. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados Recentes sobre Cursos de Saúde Pública no Brasil. Brasília, DF: Secretaria Geral da Secretaria de Recursos Humanos do MS, 1978.

BRASIL. Lei n. 6.932, 09 de setembro de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Arquivo nacional. Dicionário brasileiro de terminologia arquivística. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. 232 p. Disponível em: <http://arquivos.uff.br/glossario-de-terminologia-arquivistica/>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Escolar e o financiamento da educação no Brasil. Brasília, DF: Secretaria de Educação Básica, 2006. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/cad%207.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2020.

BUSS, P. M. A experiência do Programa Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde pública (PAR-MS/MP/SP). In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO/NUTES/OPAS, 1982.

CASTRO-SANTOS, L. A. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, p. 193-210, 1985. Disponível em: <http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/lildbi/doconline/antologias/eh-594.pdf>. Acesso em: 3 out. 2019.

CASTRO-SANTOS, L. A.; FARIA, L. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. Trabalho, Educação e Saúde, [s.l.] v. 4 n. 2, p. 291-324, 2006. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r142.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução: Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Ed. Vozes, 2010.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14,

n. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2017.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec**. 1997. 434f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de estudos superiores, Université de Montreal, Montreal, Canadá, 1997. Disponível em: https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.

DONNANGELO, M. C. F. A Pesquisa da Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70. *In*: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, v. 2, p. 18-35, 1983.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1979.

EDLER, F. C.; PIRES-ALVES, F. A. A educação médica: do aprendiz ao especialista. *In*: TEIVEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S., HOCHMAN, G. (org.) **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 101-144.

ELIAS, P. E. M. **Residência Médica no Brasil**: a institucionalização da ambivalência. 1987. 155f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

EVANS, D. The role of schools of public health: learning from history, looking to the future. **Journal of Public Health**, Londres, v. 31, n. 3, p. 446-450, jul. 2009. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9dc0/266ae525beac1088b4ff275fb8b1d5e4dfbc.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora UnB, 2016.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. 265f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

FEE, E. Divórcio entre teoria e prática: o sistema de treinamento em saúde pública nos Estados Unidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.] vol. 13, n. 3, p. 841-851, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/07.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

FERNANDES, T. M. D.; LIMA, A. L. S.; AZEVEDO, O. S. Saúde Coletiva: um termo em disputa. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 12., 2018, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Campinas: Galoá, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/saude-coletiva--um-termo-em-disputa>. Acesso em: 14 abr. 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [s.l.] v. 2, n. 3, p 1-71., ago. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v2n3/05.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa Qualitativa**. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artemed, 2009.

FONSECA, C. M. O. A Criação da ENSP: integração e diversidade na formação em saúde pública. In: LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; SANTOS, P. R. E. (org.). **Uma Escola para Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 39-72. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575414002>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório final do Projeto de Pesquisa Peses “Investigação Nacional sobre o ensino de Medicina Preventiva”. 1977. Dossiê — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1977.

GARCIA, M. R. G. Caminhos da interprofissionalidade: experiências de diálogo. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 11., 2015, Goiânia. **Anais [...]**. Goiânia: UFG, 2015. Disponível em: http://saudecoletiva2015.servicos.ws/anais/index_int.php?id_trabalho=6501&ano=&ev=#menuanais. Acesso em: 04 out. 2015.

GARCIA, M. R. G.; COSTA, R. A. H.; CARVALHO, M. A. P. O residente é como o território tem pontos fixos e fluxos? Análise da sala de aula de uma residência multiprofissional em saúde da família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 10., 2012, Porto Alegre. **Pôster eletrônico**. Porto Alegre: UFRGS, 2012.

GOODSON, I. F. **As políticas de currículo e de escolarização**. Tradução: Vera Joscelyne. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

GREEN, C. The making of the interprofessional arena in the United Kingdom: a social and political history. **Interprof Care**. [s.l.] v. 28, n. 2, p. 116–122, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013.867840>. Acesso em: 11 mai. 2018.

HALL, P.; WEAVER, L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. **Medical Education**, [s.l.] v. 35, n. 9, 2001. p. 867- 875. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00919.x>. Acesso em: 30 mar. 2018.

HAMILTON, W; AZEVEDO, N. Um estranho no ninho: memórias de um ex-presidente da Fiocruz. **História, Ciências, Saúde**, [s.l.] v. 8, n.1, p. 237-264, mar.-jun. 2001. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a11v08n1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

LABRA, M. E. **O movimento sanitaria nos anos 20**: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública. 1985. 410f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1985.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F.; TOSCHI, M. S. **Educação Escolar**: políticas, estruturas e organização. São Paulo: Cortez, 2012.

LIMA., L. C. **A escola como organização educativa**: uma abordagem sociológica. São Paulo: Cortez, 2001.

LOYOLA, M. A. Introdução às Ciências Sociais e à Epidemiologia: entrevista com Maria Andréa Loyola e Maurício Barreto. *In*: HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BODSTEIN, R. C. A.; RAMOS, C. L. **Pesquisa em Saúde Coletiva**: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 13-30.

LENT, H. **O massacre de Manginhos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Edições Livres, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/33216/4/Massacre_Manginhos_2019_vers_web.pdf. Acesso em: 15 out 2020.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986.

LUZ, M. T. **As instituições Médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

MAFRA, L. A. A Sociologia dos Estabelecimentos Escolares: passado e presente de um campo de pesquisa em reconstrução. *In*: ZAGO, N.; CARVALHO, M. P.; VILELA, R. M. T. **Itinerários de pesquisa**: perspectivas qualitativas em sociologia da educação. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

MAGALDI, C.; CORDEIRO, H. Estado Atual do Ensino e da Pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil. *In*: ABRASCO. **Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, v. 2, p. 36-58, 1983.

MAIO, M., C.; PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; MAGALHAES, R. C. S. Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Cad. Saúde Pública**, [s.l.] vol. 26, n. 7, p. 1273-1291, jul. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/02.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

MARSIGLIA, R. M. G. **Relação Ensino /Serviço**: Dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.

MARSIGLIA, R. M. G. Temas Emergentes em Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 32-43, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/05.pdf> Acesso em: 25 mar. 2018.

MÉDICI, A. C. Padrões de reforma sanitária e política: o caso da Fiocruz. **Rev. Adm. públ.**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 4, p. 100-15, ago./out. 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9026/8117>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MENICUCCI, T. M. G. A constituição do mix privado/público na assistência à saúde. *In*: MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 57-102.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132003000200004>. Acesso em: 18 jun. 2020.

NÓVOA, A. Para uma análise das instituições escolares. *In*: NÓVOA, A. **As organizações escolares em análise**. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>. Acesso em: 22 mar. 2018.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: Uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Ed. Fiocruz, 2007. p. 19-39.

NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998. 194f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 1998.

NUNES, T. C. M. A Valorização do ‘Instituinte’ na Construção do Modelo de Escola Nacional: a ENSP de 1970 a 1989. *In*: LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; SANTOS, P. R. E. (org.). **Uma Escola para Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p.167-202.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Reunión de Ministros de Salud – Grupo de Estudio. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana**, v. 55, n. 1, p. 1- 49, jul. 1963. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12573/v55n1p1.pdf?sequence=1&isAlloved=y>. Acesso em: 13 set. 2019.

PAIM, J. S. A formação dos Recursos Humanos em Saúde Coletiva: Contribuição da Residência em Medicina Preventiva e Social. **R. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 88-94, mai./ago. 1985.

PAIM, J. S. A. Descentralização das ações de saúde e serviços e saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”. **Série Estudos de Saúde Coletiva**, n. 175. Rio de Janeiro: UERJ; IMS, 1998. 27 p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6094/1/PAIM.%201998.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2020.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>. Acesso em: 23 mar. 2018.

PAIVA, A. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A. cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300015>. Acesso em: 26 jan. 2018.

PAIVA, C. H. A. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Reforma de Recursos Humanos na Saúde na América Latina (1960-1970). Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/opas.pdf>. Acesso em: 29 set 2019.

PAIVA, C. H. A. O sertão na saúde e na formação de trabalhadores setoriais: contextos, atores e ideologias (1920-1970). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 224-233, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0224.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F. A.; HOCHMAN, G. A. Cooperação Opas-Brasil na Formação de Trabalhadores para a Saúde: instituições, agendas e atores (1973-1983). In: BERTUCCI, L. M.; MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. (org.) **Saúde e Educação: um encontro plural**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M. S.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, 2013; v. 47, n. 4, p. 977-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n4/0080-6234-reusp-47-4-0977.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0199.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

PEREIRA, I. M. D. B.; HARRIS, W. M. Estágio Integrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: preparo para o trabalho multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**; São Paulo, n. 10, p. 257-266, 1976. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v10n3/06.pdf> Acesso em 30 mar.2018.

PIRES-ALVES, F. **Cooperação Interamericana em Saúde na Era do Desenvolvimento: Informação Científica e Tecnologias Educacionais Na Formação De Recursos Humanos (1963-1983)**. 2011. 346f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

PIRES-ALVES, F. A.; MAIO, M. C. A saúde na alvorada do desenvolvimento: o pensamento de Abraham Horwitz. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.69-93, jan./mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n1/pt_0104-5970-hcsm-22-01-00069.pdf. Acesso em: 26 set 2017.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. M. **Análise de discurso (para a) Crítica: o texto como material de pesquisa**. Coleção Linguagem e Sociedade, v. 1, Campinas: Editora Pontes,

2011. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/les/article/view/11494> Acesso em: 24 set. 2019.

RAMOS, R. Treinamento de campo integrado. **Arq. Fac. Hyg**, São Paulo, n. 20, p. 199-206, 1966.

REZENDE, M. **A Articulação Educação-Saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde**. 2013. 214f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, P. R. E.; BRITO, V. M.; LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. S. A ENSP e as transformações na sociedade e no sistema de saúde no Brasil: 1970 a 1985. *In*: LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; SANTOS, P. R. E. (org.) **Uma Escola para Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p.103-126. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575414002>. Acesso em: 25 jul. 2017.

SAYD, J. D.; JUNIOR VIEIRA, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 65-195, 1998.

SAYEG, M. A. Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior. **R. Adm. públ.**, Rio de Janeiro. V. 11, n. 3, p. 111-131, jul./set. 1977. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6142/4758>. Acesso em: 27 set. 2019.

SHIRAIWA, T.; BUSS, P; MARANHÃO, E. **Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: a história de 20 anos (1953-1974)**. 1976. 25f. Monografia (Curso Saúde Coletiva I) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

SOUZA, A. F. G. [Entrevista cedida a] Coordenação do Boletim. **Boletim ENSP-PEPPE**, Rio de Janeiro, n. 1, fev. 1979.

UCHOA, H. W.; PAIM, E. R. A experiência da ENSP na descentralização dos Cursos de Saúde Pública. *In*: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1982.

VERAS, C. M. T. **A prática médica: a questão da tecnologia apropriada**. 1981. 203f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Learning together to work together for health**. Genebra: WHO, 1988. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37411>. Acesso em: 6 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em: 6 jul. 2017.

ANEXO A — AS TENDÊNCIAS GERAIS E COMUNS RESULTANTES DA 1ª REUNIÃO DOS DIRIGENTES DO ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL (1965)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
TENDÊNCIAS GERAIS E COMUNS RESULTANTES DA 1ª REUNIÃO DOS DIRIGENTES DO ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL

- 1) Apresentação de sugestões a respeito dos currículos / das diferentes Escolas e Institutos, nas quais seriam / as disciplinas obrigatoriamente lecionadas em qualquer Curso de Saúde Pública, para se tornarem uniformes os assuntos considerados essenciais à preparação básica, levando inclusive à possibilidade de atribuir e aceitar créditos reciprocamente entre as várias instituições.
- 2) Apresentação dos currículos dos professores nas disciplinas consideradas básicas, assim como os requisitos / mínimos exigidos para a formação do corpo docente, visando a que fôsse possível, no futuro, o intercâmbio / de professores em determinados cursos e conferências.
- 3) Considerar a viabilidade de serem aceitas determinadas normas essenciais à orientação, ministração e avaliação do ensino, válidas para todos os Institutos e Escolas, as quais, depois de aprovadas em reunião dos Diretores das diversas Escolas e Institutos, deveriam / ser obrigatoriamente cumpridas, e só pudessem ser alteradas mediante aprovação da maioria dos Diretores, que passariam a constituir, dessa forma, um verdadeiro / Conselho Nacional das Escolas e Institutos de Saúde Pública.
- 4) Necessidade de que as Escolas que não estejam incorporadas ou integrando Universidades mantenham intercâmbio estreito e permanente com tais instituições, no / sentido de se obter a maior harmonia possível entre os três aspectos essenciais visados na formação de pessoal destinado às atividades de saúde pública, representados pelo progresso da ciência, da pesquisa, e pela prática indispensável à utilização de tais conhecimentos. No tocante à investigação, dever-se-ia dar ênfase

.2.

- se àquela vinculada intimamente ao que se denomina pesquisa junto à comunidade.
- 5) As Escolas e Institutos devem diligenciar no sentido de /
ministrar os seus cursos em locais onde as práticas de /
saúde pública possam ser exercidas, avaliadas e aperfei-
çoadas, envolvendo não somente os aspectos urbanos, mas/
também os rurais, atendidas as peculiaridades regionais/
das diferenças resultantes de desigual desenvolvimento /
sócio-econômico e cultural.
 - 6) A possibilidade de execução do ítem 5 importa, desde lo-
go, em estreito entendimento com os órgãos nacionais, re-
gionais e locais, que têm a seu cargo os programas de sa-
úde pública e são o mercado consumidor do pessoal prepa-
rado nas Escolas e Institutos. Cada Escola deve trazer,
para apreciação na próxima reunião, informações precisas
e detalhadas das suas unidades de treinamento, comprean-
dendo a população coberta, pessoal em serviço com a de-
vida qualificação e regime de trabalho, equipamento e /
facilidades materiais disponíveis, assim como os métodos
de registro e avaliação utilizados.
 - 7) Os currículos e programas vigentes para as disciplinas /
obrigatórias, com a respectiva carga horária, serão apre-
sentados e discutidos na segunda reunião . O consenso ge-
ral a que chegou o grupo na atual reunião, foi de que os
currículos devem ser escoimados dos tecnicismos exagera-
dos e impróprios a uma perfeita formação profissional, /
com ênfase na parte de aplicação útil e eficiente, des-
cortinando aos formandos em Saúde Pública os aspectos es-
senciais de associação íntima entre saúde, desenvolvimen-
to econômico e ajustamento dos programas de trabalho à /
realidade nacional, regional e local.
 - 8) A importância dos cursos e do treinamento do pessoal em
serviço, especialmente do pessoal auxiliar, foi conside-
rada da maior importância e a exigir o maior cuidado e /
experiência dos encarregados da ministração desse ensino.

.3.

As diversas categorias de pessoal auxiliar treinado nas/ Escolas e Institutos, os encarregados de tal ministração, os programas e os prazos previstos, devem constituir material a ser preparado e distribuído entre as várias Escolas e Institutos, para permitir a análise e as sugestões/ cabíveis, bem como a utilização das experiências e ensinamentos resultantes.

- 9) Da maior importância a considerar foram os aspectos relativos ao recrutamento regional do pessoal auxiliar necessário, bem como os locais destinados ao treinamento, os / quais deveriam ser sempre fora de grandes centros e o / mais possível aparelhados com as mesmas condições materiais, sociais e econômicas mais próximas da realidade e das condições efetivas de trabalho dos candidatos. A apresentação da mesma em que tal treinamento é feito nas diferentes Escolas e Institutos, assim como a localização das unidades de treinamento, com esclarecimentos os mais completos possíveis das condições materiais, deverão ser permutadas para serem discutidas na futura reunião.
- 10) O grupo mostrou consenso unânime, igualmente, que dois aspectos essenciais têm dificultado a procura de treinamento e qualificação por parte de candidatos à Saúde Pública: um representado pela escassez salarial das atividades de saúde pública, e o outro, pela necessidade de empenho comum / junto às autoridades executivas, no sentido do aproveitamento de candidatos devidamente habilitados e qualificados nas Escolas e Institutos especializados. Definida e apoiada tal orientação pelos governos, as Escolas e Institutos de Saúde Pública ganharão o prestígio e o desenvolvimento técnico necessários.
- 11) Fixada tal política, as Escolas e Institutos terão condições e facilidades para ministrar não somente os seus / cursos regulares como também outros que venham a ser solicitados pelas organizações de Saúde Pública, de acordo / com as suas necessidades executivas diretas, com vantagens

.4.

recíprocas para as instituições de ensino e organizações/ executivas.

- 12) A metodologia seguida no treinamento de campo, complementando o ensino teórico, deverá ser definida e apresentada por cada uma das Escolas e Institutos em próxima reunião, destacando particularmente:

1- Orientação e supervisão propiciadas aos treinamentos.

2- Condições em que é ministrado o treinamento de campo, se no final do curso ou durante seu transcurso, desde o primeiro período.

3- Prioridades consideradas nas várias áreas.

- 13) A estruturação do corpo docente, atendidas as peculiaridades de cada Escola ou Instituto no que se refere à vinculação ou às Universidades ou aos órgãos de saúde, deverá obedecer aos critérios hoje universalmente aceitos.

- 14) Em termos gerais, todo o esforço deverá ser coordenado no sentido de dar-se ao corpo docente o máximo de segurança e um mínimo de estabilidade.

- 15) Os sistemas de recrutamento a serem fixados deverão satisfazer a condições nacionais no tocante a garantir-se oportunidade igual para todos.

///

**ANEXO B — RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA ENSP E FUNDAÇÕES QUE
A ABSORVERAM — QUADRIÊNIO DE 1966-1969**



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA
(vinculada ao Ministério da Saúde)

|||||
RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA E

FUNDAÇÕES QUE A ABSORVERAM — QUATRIÊNIO 1966-1969

|||||

ENDERÊÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
ENDERÊÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24
FENSP-MOD. 002



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA

(vinculada ao Ministério da Saúde)

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA E
FUNDAÇÕES QUE A ABSORVERAM — QUATRIÊNIO 1966-1969

INTRODUÇÃO

Em 1917 Afrânio Peixoto criou na Cadeira de Higiene, por êle regida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, um curso à parte, que visava especialmente ao "Clima e Salubridade do Brasil".

Nesse mesmo ano, a Congregação da Faculdade instituiu o "Curso de Medicina Pública", cujo objetivo era dar, segundo o Prof. Maurício de Medeiros, "a primeira instrução especializada a médicos legistas e médicos sanitários". (Aula Inaugural da Escola Nacional de Saúde Pública - 1963, p. 4 - Serviço Nacional de Educação Sanitária)

Com o decorrer do tempo foi êsse curso desdobrado em vários outros de especialização, dos quais cumpre citar o de "Perícia Médico-Legal" e o de "Especialização em Higiene e Saúde Pública". Para frequentar êste último, ministrado na Faculdade de Medicina, era necessário que o candidato fôsse antes aprovado em curso de aperfeiçoamento em Microbiologia e Imunologia, realizado no Instituto Oswaldo Cruz.

Deve-se ao eminente sanitarista Carlos Chagas ter a reforma do ensino superior de 1925 previsto a especialização médica em saúde pública e, conseqüentemente, a instituição do Curso de Saúde Pública em nosso meio.

Posteriormente, em 1931, o Instituto Oswaldo Cruz absorveu o Curso de Saúde Pública, que aí foi mantido até 1942, quando o Ministério da Educação e Saúde criou as Diretorias dos Cursos, uma das quais, subordinada ao Departamento Nacional da Criança, se destinava à formação de Médicos Puericultores e a outra, integrando o Departamento Nacional de Saúde, à formação de Sanitaristas.

Constituía velha aspiração dos sanitaristas brasileiros a criação de uma Escola de Saúde Pública. No governo do Marechal Eurico Gaspar Dutra, o então Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde tentou instituí-la na Universidade do

.../.



Brasil, sem contudo lograr êxito. Quatro anos depois a Lei Nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, que estabelecia normas gerais sobre defesa e proteção da saúde, no seu Art.5º preceituava: "Para formação de pessoal técnico especializado, a encarregar-se do trabalho previsto nos artigos anteriores, a União manterá uma Escola Nacional de Saúde Pública, à qual poderão ser equiparadas outras existentes ou que venham a ser criadas pelos Estados ou pela iniciativa particular." Esse preceito legal cumpriu-o o Poder Executivo pelo Decreto nº 43.926, de 26 de junho de 1958, integrando a Escola Nacional de Saúde Pública no Ministério da Saúde, à qual foi conferida estrutura inicial, complementada, um ano depois, pelo Regulamento e pelo Regimento, aprovados respectivamente pelos Decretos nº 46.258 e nº 46.259, ambos de 23 de junho de 1959.

A Lei nº 5.019, de 7 de junho de 1966, autorizou o Poder Executivo a instituir a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública com o objetivo de manter, agrupando-os sob sua jurisdição, a Escola Nacional de Saúde Pública e outros estabelecimentos destinados a ministrar o ensino especializado de Saúde Pública (Art. 4º); bem como, além disso, a extinguir a Diretoria dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde e a Diretoria dos Cursos do Departamento Nacional da Criança (Art. 20). O estatuto da Fundação foi aprovado pelo Decreto nº 59.050, de 11 de agosto de 1966.

Tendo o Ministério da Saúde, em caráter provisório, entrado em fase de reorganização ex-vi do Decreto nº 64.061, de 4 de fevereiro de 1969, passou a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública a ser também dirigida pelo Supervisor Setorial de Ensino, cargo esse então criado pelo mesmo instrumento. Baixado o Decreto-lei nº 904, de 1 de outubro de 1969, a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública passou a denominar-se Fundação de Recursos Humanos para a Saúde, e a Escola Nacional de Saúde Pública a integrar a estrutura da mesma Fundação, com a organização que viesse a ser estabelecida no novo estatuto.

.../.



Era esta a situação — de expectativa, em face da elaboração dos atos complementares necessários para se efetivar a reforma ministerial —, quando se findou o exercício de 1969, que delimita o período deste relatório.

LEGISLAÇÃO

Lei nº 2.312 — de 3 de setembro de 1954

Normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

Decreto nº 43.926 — de 26 de junho de 1958

Dispõe sobre a Escola Nacional de Saúde Pública, e dá outras providências.

Decreto nº 46.258 — de 23 de junho de 1959

Aprova o Regulamento da Escola Nacional de Saúde Pública, do Ministério da Saúde.

Decreto nº 46.259 — de 23 de junho de 1959

Aprova o Regimento da Escola Nacional de Saúde Pública, do Ministério da Saúde.

Decreto nº 47.308 — de 2 de dezembro de 1959

Altera o Regimento da Escola Nacional de Saúde Pública, aprova do pelo Decreto nº 46.259, de 23 de junho de 1959, e dá outras providências.

Lei nº 5.019 — de 7 de junho de 1966

Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, e dá outras providências.

Decreto nº 59.050 — de 11 de agosto de 1966

Aprova o estatuto da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública.

Decreto nº 64.061 — de 4 de fevereiro de 1969

Dispõe, em caráter provisório, sobre a organização do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Decreto-lei nº 904 — de 1 de outubro de 1969

Dispõe sobre entidades do Ministério da Saúde.



Decreto nº 65.253 — de 1 de outubro de 1969

Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde.

ATRIBUIÇÕES

Durante este quadriênio, de que nos estamos ocupando, a Escola Nacional de Saúde Pública vigorou, independente, apenas de 1º de janeiro a 18 de agosto de 1966, quando a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, que a absorveu, foi constituída por escritura lavrada no Cartório do 18º Ofício de Notas.

A vigência da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, no entanto, embora tenha sido ela transformada, pelo Decreto-lei nº 904 de 1/10/69, em Fundação de Recursos Humanos para a Saúde, prolongou-se até o fim do exercício, por mais de três anos pois, uma vez que inexistia o estatuto da nova fundação.

As finalidades da Escola Nacional de Saúde Pública foram na sua maior parte, por motivos óbvios, incluídas entre as atribuições conferidas à Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, abaixo relacionadas:

- promover a preparação do pessoal auxiliar e a especialização e treinamento de pessoal técnico e auxiliar necessários à execução dos programas de Saúde Pública do País;
- colaborar com os órgãos e entidades públicas ou particulares que exerçam atividades de Saúde Pública no País, visando à especialização e ao aperfeiçoamento do pessoal técnico e auxiliar;
- organizar, manter e administrar, diretamente ou mediante convênios de cooperação, com órgãos e entidades públicas e particulares, centros de treinamento para os fins de estágio, experimentação e demonstração de pessoal de nível técnico-científico e auxiliar de Saúde Pública;

ENDEREÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
ENDEREÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24

FENSP-MOD. 002

.../.



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA

(vinculada ao Ministério da Saúde)

5

- proceder a estudos e pesquisas de interesse para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural de pessoal de Saúde Pública;
- promover e coordenar pesquisas e estudos dos recursos humanos no campo da Saúde;
- cooperar com os órgãos do Ministério da Saúde na preparação de técnicos necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- estabelecer intercâmbio com organizações culturais, educacionais ou técnicas, e, ainda, com estabelecimentos de ensino superior, visando à troca de informações e à cooperação nos programas compreendidos em seu âmbito de ação;
- divulgar os resultados de suas realizações, estudos e pesquisas.

ESTRUTURA

Éis a estrutura da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública:

Presidência

Conselho Diretor

Conselho Fiscal

Conselho Departamental

Departamentos de:

- Administração de Saúde
- Ciências Biológicas
- Ciências Sociais
- Ensino
- Epidemiologia
- Estatística
- Metodologia do Planejamento
- Saneamento

Secretaria-Geral

Superintendência de Administração

Administração das Áreas de Treinamento

ENDEREÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
 ENDEREÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24

FENSP-MOD. 002

.../.



Serviço de Difusão e Divulgação

A estrutura da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública foi estabelecida com a aprovação de seu Estatuto, a 11 de agosto de 1966, e inalteravelmente mantida até o dia 4 de fevereiro de 1969, quando a Presidência foi substituída pela Supervisão Setorial de Ensino, como já se fez registro.

Posteriormente, o Decreto-lei nº 904 de 1/10/69 não somente modificou a denominação da entidade como também, revogando artigos da Lei nº 5.019, lhe extinguiu o Conselho Diretor e o Conselho Departamental.

RESUMO DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES

Das atribuições da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública cumpre ressaltar três grupos de atividades: 1) o Ensino, 2) a Pesquisa e 3) o Treinamento de Pessoal.

1. Ensino - A Lei nº 5.019/66 deu nova feição e maior importância ao ensino ministrado pelo Ministério da Saúde, permitindo a formação de três diferentes categorias de profissionais ligados à Saúde Pública: a) os Sanitaristas, b) os Especialistas em ramos específicos da Saúde Pública e c) os Auxiliares de Saúde Pública, tal como se pode observar na Tabela I, inserta em seguida a esta fôlha.

A formação de Sanitaristas na Escola Nacional de Saúde Pública, abrangendo Médicos, Engenheiros e Enfermeiros, era feita em separado, através dos Cursos Básicos de Saúde Pública constantes da mencionada tabela e do Curso Básico de Saúde Pública para Engenheiros, que não se realizou em 1966 por falta de candidatos. Os Cursos Básicos eram ministrados ininterruptamente em 12 meses, começando em princípios de março e encerrando-se no último dia de fevereiro do ano seguinte. Aos seus concludentes conferia-se um diploma e aos dos demais cursos, de menor e variável duração, simplesmente um certificado.

No ano seguinte (1967), em pleno funcionamento, a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública instituiu em cará-

.../.



ter experimental o Curso de Saúde Pública - Mestrado, curso pluriprofissional, aberto a 8 categorias de graduados: Médicos, Engenheiros, Enfermeiros, Veterinários, Odontólogos, Farmacêuticos, Agrônomos e Arquitetos. A metodologia adotada, que constituiu inovação no país, dividiu o período do curso em áreas, nas quais, por vezes alternadamente, ora todos os alunos se reuniam, ora se separavam em grupos, de acordo com a afinidade das categorias profissionais. Este curso despertou grande interesse em todo o território nacional, provindo de toda a parte os pedidos de inscrição, cujo número se elevou a 127. Matricularam-se 120 alunos, o que obrigou a Fundação a desdobrar a classe em duas turmas. A grande atração suscitada deve-se, incontestavelmente, à natureza e novidade do curso, ao atraente diploma, a ser outorgado, de "Mestre em Saúde Pública" e, mais do que isso talvez, às seguintes vantagens oferecidas: bolsa de estudos mensal no valor de Cr\$350.000 (trezentos e cinquenta mil cruzeiros), para os não residentes no Rio de Janeiro e adjacências; passagem aérea gratuita de vinda e retorno; e ainda, para quem o desejasse, hospedagem em alojamentos da própria Fundação, por conta da qual e da alimentação (desjejum, almoço, jantar e lanche antes de dormir) se deduziam Cr\$250.000 do total da bolsa.

O Mestrado, nas mesmas bases do ano anterior, foi reaberto em 1968. O número de candidatos excedeu a toda e qualquer expectativa: 305 pedidos de inscrição. O Conselho Departamental no entanto, ao qual competia ditar a política de ensino da Fundação, reduziu de muito o número de vagas, do que resultou matricularem-se apenas 64 alunos.

Durante a sua vigência de dois anos o Curso de Saúde Pública - Mestrado diplomou 161 alunos, com a distribuição profissional apresentada na Tabela II, inserida entre esta e a folha seguinte.

Em 1969 a formação do Sanitarista foi reformulada, abrindo-se então o Curso de Saúde Pública, sem adjetivação, que conferiu certificados.

.../.



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA
(vinculada ao Ministério da Saúde)

Tabela II
CURSO DE SAÚDE PÚBLICA - MESTRADO EM 1967 E 1968
Matriculados e Concludentes

PROFISSÕES	1967		1968		TOTAL	
	Matr.	Concl.	Matr.	Concl.	Matr.	Concl.
Médicos	27	20	19	18	46	38
Engenheiros	18	17	6	6	24	23
Enfermeiros	30	29	12	11	42	40
Veterinários	5	3	6	4	11	7
Odontólogos	20	19	8	8	28	27
Farmacêuticos	10	8	5	4	15	12
Agrônomos	3	1	4	4	7	5
Arquitetos	7	6	4	3	11	9
TOTAL GERAL	120	103	64	58	184	161



Os demais cursos, pertinentes à formação de Especialistas em ramos específicos da Saúde Pública e aos Auxiliares de Saúde Pública, serão apreciados parceladamente dentro de ca da ano letivo do quadriênio.

2. Pesquisa - Constitui esta, outra atividade que, na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, desenvolveram quase todos os seus Departamentos, tal como teremos a oportunidade de constatar, linhas adiante, a propósito da realização de cada um deles no decorrer dos quatro anos.

A pesquisa foi sempre feita com duplo objetivo: a) didático, com a participação efetiva dos alunos de vários cursos; b) de aprimoramento, para os técnicos dos diversos Departamentos.

A pesquisa de cunho didático teve em mira familiarizar os estudantes com as técnicas rotineiras — no campo da Microbiologia, da Virologia, da Epidemiologia, da Estatística e do Saneamento —, das quais poderiam fazer uso, quando necessário, no desempenho da atividade de Saúde Pública em que se especializaram.

A pesquisa de aprimoramento dos técnicos — Professores, Assistentes e Auxiliares de Ensino —, de mais apuro e maior profundidade, não raro feita em colaboração (dois e mais Departamentos), foi divulgada em revista especializada ou em opísculos mimeografados na Seção Gráfica do Departamento de Ensino.

3. Treinamento de Pessoal - Esta atividade foi exercitada com a supervisão da Administração das Áreas de Treinamento, em suas duas Unidades:

a) Pósto de Saúde e Assistência Rural Prof. Samuel Libânio, situado em Jacarepaguá, mantido a princípio em regime de convênio com o Estado da Guanabara e que passou, a partir de 1º de janeiro de 1967, a ser administrado integralmente pela Fundação. A sua população era então avaliada em 26.000 habitantes, distribuída em área de aproximadamente 90 km². Ao término do exercício de 1969, no entanto, a população já ultra

.../.



passara a cifra de 30.000 habitantes.

b) Unidade Sanitária Germano Sinval Paria, anexa à sede da Fundação, em Manguinhos. Esta Unidade, de tipo urbano, foi inaugurada em 30 de setembro de 1968, para atender à população favelada local, estimada, naquela ocasião, em 20.000 habitantes, acrescida de um terço, pode-se dizer, no fim do exercício seguinte.

As duas Unidades Sanitárias desenvolveram as seguintes atividades, que serão complementadas no tópico Administração das Áreas de Treinamento:

- Assistência Médico-Sanitária aos grupos de gestantes, crianças de 0 a 4 anos e adultos em geral;
- Controle de Doenças Transmissíveis através de imunizações, educação, notificação, registro de casos, diagnóstico e tratamento;
- Coleta de dados estatísticos - vitais operacionais;
- Odontologia Sanitária clínica e preventiva, sendo a preventiva efetuada na Escola José Américo, em Jacarepaguá;
- Saneamento Básico, orientação e supervisão dos problemas de água, dejetos e lixo;
- Educação em Saúde sistemática para o público, nas Unidades, por parte dos membros da equipe e a domicílio, para as famílias visitadas pelos serviços de Enfermagem e Saneamento. Convém salientar ainda a orientação e supervisão das parteiras curiosas, cuja coordenação, sendo do serviço de Enfermagem, contou entretanto com a participação dos Médicos e Odontólogos das Unidades.
- Enfermagem de Saúde Pública - com atividades técnicas, administrativas e de ensino.

Apreciaremos resumidamente, em seguida, ano a ano, as principais atividades desenvolvidas e progressos alcançados durante o quadriênio.

.../.



EXERCÍCIO DE 1966

Merecem especial e destacado registro, em 1966, duas grandes conquistas para a Escola Nacional de Saúde Pública: a aquisição de sua sede própria e a obtenção de legislação adequada às suas finalidades.

A Escola Nacional de Saúde Pública, tendo sido aprovados o seu regulamento e o seu regimento, em junho de 1959, iniciou as suas atividades em novembro do mesmo ano, com a abertura do Curso Básico de Saúde Pública para Engenheiros e a do Curso Básico de Saúde Pública para Enfermeiros, aos quais se seguiram, a curtos intervalos, três outros cursos: o de Organização e Administração Hospitalar, o de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico e o de Inspetor de Saneamento.

Precariamente instalada a administração da Escola no 6º andar do imóvel pertencente ao Departamento Nacional da Criança situado na Avenida Rui Barbosa 716, em Botafogo, eram as aulas ministradas em duas pequenas salas do mesmo prédio e, fora da sede, para maior desconforto de professores, alunos e funcionários, em diferentes e distanciados pontos da cidade: Instituto Fernandes Figueira, Diretoria dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, Escola de Medicina e Cirurgia, Instituto Oswaldo Cruz, Faculdade de Medicina de Niterói, etc.

Esta situação persistiu durante muito tempo, apesar do empenho reiteradamente feito, e sempre repetido quando novo titular assumia a Pasta da Saúde, pelos sucessivos Diretores da Escola, através de entendimentos pessoais, ofícios e relatórios, em que se demonstrava à sociedade o estado lastimável das instalações e do funcionamento do estabelecimento de ensino.

Em 1963, finalmente, foi iniciada a construção da sede própria da Escola Nacional de Saúde Pública, com o aproveitamento de esqueleto pertencente ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, na rua Xavier Sigaud s/n, na Praia Vermelha. Estavam bastante adiantadas as obras quando, em 1964, surgiu a idéia

.../.



de se instalar a Escola noutro esqueleto, este de propriedade do Governo do Estado da Guanabara, na Rua Leopoldo Bulhões, em Manguinhos, de bem maiores proporções, condizentes com a futura estrutura do estabelecimento, já prevista, e situado em área que poderia ser ampliada com a doação de terrenos do Instituto Oswaldo Cruz. A idéia tomou corpo, convertendo-se em realidade: as obras da rua Xavier Sigaud continuaram, destinadas então à Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, também do Ministério da Saúde, e a construção da sede da Escola Nacional de Saúde Pública teve início, em meados do ano, desenvolvendo-se em ritmo acelerado para, no dia 26 de março de 1966, ser inaugurada com a presença do Excelentíssimo Senhor Presidente da República e de quatro Ministros de Estado.

O nôve edifício, de nove (9) andares, com área construída de 14.000 metros quadrados, permitiu a conveniente acomodação da parte administrativa do órgão (Presidência, Conselhos Diretor, Fiscal e Departamental, Secretaria-Geral, Superintendência de Administração, Administração das Áreas de Treinamento e Serviço de Difusão e Divulgação) e dos seus oito (8) Departamentos, dois dos quais com diversos laboratórios de pesquisa: o Departamento de Ciências Biológicas e o Departamento de Saneamento. Permitiu ainda a instalação, em cômodos espaços, de cozinha, copa, refeitório e lavanderia, esta destinada principalmente à manutenção dos alojamentos residenciais de alunos, ao todo 120, situados no 7º, 8º e 9º andares do prédio. Registre-se também, no primeiro pavimento, o Auditório (com 300 confortáveis poltronas) que posteriormente tomou o nome do Dr. Raymundo de Moura Britto e a Biblioteca "Lincoln de Freitas Filho", com um rico acervo de livros e revistas; e, no quarto andar, o Anfiteatro "Achilles Scorzelli Junior", com capacidade para 80 alunos, além de 14 salas de aula.

A obtenção de legislação adequada às finalidades da Escola — ministração de ensino, promoção de pesquisa e prática de atendimento à comunidade — foi conseguida através da instituição da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública

.../.



que, vinculada ao Ministério da Saúde, passou a manter, sob sua jurisdição, a Escola Nacional de Saúde Pública.

A Fundação foi outorgada pela Lei nº 5.019/66, que autorizou o Poder Executivo a instituí-la, personalidade jurídica de direito privado (§ único do Art. 1º) e o gozo de autonomia administrativa, financeira, didática e disciplinar (Art. 3º); preceituou a Lei, além disso, que o pessoal da nova instituição seria regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (Art. 14).

O exercício de 1966, pelo que foi dito acima, foi verdadeiramente um período de transição: transferida para sua sede própria, cuidou a Escola de adaptar-se às novas instalações; instituída a Fundação e posteriormente aprovado o seu estatuto, seguiu-se a fase implantação da nova legislação interna.

Dos treze (13) cursos, apresentados na Tabela I, doze (12) foram de nível superior e um (1) apenas, de nível médio: o de Visitadoras Sanitárias. Desses cursos, dez (10) foram chamados centralizados, porque se realizaram na sede da instituição; três (3), descentralizados, os de Atualização em Técnicas de Saúde Pública para Médicos, porque se realizaram em Capitais dos Estados: Recife, Belo Horizonte e Porto Alegre.

Vale o registro de três alunos estrangeiros matriculados nos cursos realizados: um guatemalteco no Curso de Especialização em Saúde Pública para Veterinários, um peruano no Curso de Especialização em Educação Sanitária e outro peruano no Curso de Especialização em Odontologia Sanitária.

Todos os Departamentos, no decorrer do ano, não somente participaram dos cursos em desenvolvimento como também se dedicaram à sua própria organização, promovendo as instalações necessárias, preparando ou coletando material didático, aliciando técnicos e aperfeiçoando auxiliares.

De inestimável valor foi nessa conjuntura a cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde, traduzida na doação de instrumental e aparelhagem para os laboratórios de Higiene Industrial, de Bacteriologia e de Físico-Química, do Departamento -

.../.



mento da Saneamento; e para os laboratórios de Enteroparasitoses, de Entomologia e de Bacteriologia, do Departamento de Ciências Biológicas.

A propósito do aperfeiçoamento de técnicos e auxiliares, cabe referência à ida de um médico, do Departamento de Metodologia do Planejamento, a Santiago do Chile, com uma bolsa de estudos concedida pela Organização Pan-Americana da Saúde, para ali fazer um curso de Planejamento da Saúde; e aos estágios feitos por dois Inspetores de Saneamento e dois Técnicos de Laboratório, do Departamento de Saneamento, respectivamente nas instalações da Fundação Serviço Especializado de Saúde Pública em Ilhéus, Estado da Bahia, e no Instituto de Engenharia Sanitária da SURSAN.

A pesquisa teve início no Departamento de Ciências Biológicas com um estudo sobre o problema das enteroparasitoses em Jacarepaguá e outro sobre a morfologia dos ovos do Schistosoma mansoni, cabendo ao Departamento de Estatística a elaboração de análises estatísticas dos dados coletados.

Coube à Administração das Áreas de Treinamento a tarefa de proceder aos estudos preliminares necessários para, em futuro próximo, ser instalada a Unidade Sanitária Germano Sinval Faria, anexa à sede da Fundação, com características urbanas, da qual se ressentia a prática de atendimento à comunidade, até então somente exercitada, pelos alunos da Escola Nacional de Saúde Pública, no Posto de Saúde e Assistência Rural Prof. Samuel Libânio, situado em Vargem Grande (Jacarepaguá). Realizou-se, para tanto, um levantamento sócio-econômico das áreas faveladas de Manguinhos, com a participação efetiva do Departamento de Ciências Sociais e do Departamento de Estatística.

O movimento assistencial do Posto Samuel Libânio, durante o ano de 1966, expressou-se nos seguintes dados:

Atendimentos pelo Serviço de Enfermagem	8.108
Consultas médicas	25.438
Consultas odontológicas	1.628
	.../.



Vacinações B.C.G.	303
Vacinações c/ difteria	886
Vacinações c/ tétano	903
Vacinações c/ coqueluche	333
Vacinações antivariólicas.....	3.663
Vacinações Sabin	403
Total de comparecimentos	37.596

A Biblioteca "Lincoln de Freitas Filho", integrante do Departamento de Ensino, empenhou-se na seleção, organização, classificação e catalogação das coleções bibliográficas existentes e oriundas das diversas fases pelas quais passou, desde sua fonte de origem na Biblioteca dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde. Procedeu, além disso, a um levantamento das instituições nacionais e internacionais, objetivando a possibilidade de estreito intercâmbio de informações. Através de entendimentos mantidos com a USAID/BRAZIL conseguiu a doação de várias publicações; iniciou a colaboração decisiva com os serviços de IBBD, remetendo periodicamente para o Catálogo Coletivo relação das publicações existentes, bem como com o Serviço de Intercâmbio de Catalogação, enviando-lhe minutas de catalogação e classificação das coleções bibliográficas. Elaborou também o "Projeto de normas para Organização e Funcionamento da Biblioteca da FENSP", estudando e estruturando as finalidades de seus serviços. Traçou, além disso, um programa de ensino bibliográfico, com o objetivo de dar aos alunos conhecimentos dos serviços por ela prestados, das fases e técnicas da pesquisa bibliográfica, as normas para a elaboração do trabalho técnico-científico e do movimento bibliográfico e documentário nacional e internacional de interesse para as várias especializações.

EXERCÍCIO DE 1967

Merecem assinaladas, logo de início, pela sua importância, duas reuniões realizadas na sede da Fundação: uma de

.../.



caráter nacional - a IV Conferência Nacional de Saúde, e a outra de natureza internacional - o denominado Seminário Itinerante, dos Diretores de Escolas de Saúde Pública do Canadá e dos Estados Unidos.

A Conferência, efetuada no período de 30 de agosto a 4 de setembro, cujo tema central versou sobre "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde", contou com o comparecimento de trezentos delegados de todas as Unidades da Federação. O histórico, a organização, o temário, as contribuições dos Grupos de Trabalho da Conferência, as conclusões a que ela chegou, os discursos pronunciados, bem como o Simpósio Internacional, que precedeu sua abertura, e as Mesas-Redondas, que se lhe seguiram o encerramento, tudo foi enfeixado em volume, editado pelo Ministério da Saúde, sob o título "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde" e que constitui, na verdade, os Anais do conclave, e cuja Introdução é, cremos com bastante oportunidade, transcrita em seguida.

"A IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966, nos termos do disposto no art. 90 e parágrafo único da Lei nº 378, combinado com o art. 1º da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1952, com a finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde.

Instalada pelo Exmo. Sr. Dr. Leonel Miranda Tavares de Albuquerque, Ministro de Estado da Saúde, e encerrada pelo Exmo. Sr. Presidente da República Marechal Arthur da Costa e Silva, a Conferência teve lugar de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no edifício da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, em Manguinhos, Rio de Janeiro.

A Comissão Organizadora presidida pelo Dr. Hélio Fraga, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e integrada pelos doutores Achilles Scorzelli Junior, Alceu Vicente Wightman de Carvalho, Edmar Terra Blois, Ernani Agrícola, Francis-



co de Paula da Rocha Lagôa, Germano Sinval Faria, Jacques Noel Manceau, Jorge Bandeira de Melo, Manoel José Ferreira, Paulo Cezar de Azevedo Antunes e Rinaldo Victor De Lamare, foi auxiliada por um Comitê Executivo, composto do Secretário-Geral da Conferência Dr. Edmar Terra Blois, Secretário-Adjunto Dr. Nelson Luiz de Araújo Moraes e dos Drs. Fuad N. Mellem, Mário M. Chaves e Sebastião Duarte de Barros Filho.

O tema central da Conferência, "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde," foi exposto pelo Prof. Raymundo Moniz de Aragão, Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e os quatro tópicos em que foi subdividido — 1) O profissional de Saúde de que o Brasil necessita; 2) Pessoal de nível médio e auxiliar; 3) Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de Saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; 4) Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde — foram introduzidos respectivamente pelos Drs. Achilles Scorzelli Junior, Sávio de Albuquerque Antunes, Edmar Terra Blois e Roberto Santos.

Pela primeira vez, nas Conferências Nacionais de Saúde, foi introduzida a técnica de Seminário, com a apresentação dos temas em sessões plenárias e sua discussão em 17 grupos de trabalho em que se dividiram os 300 participantes.

Como parte integrante da Conferência foi realizado um Simpósio Internacional, presidido pelo Dr. Rubens Maciel, Prof. da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e tendo como expositores o Dr. Abraham Horwitz, Diretor da Oficina Sanitária Pan-Americana, que expôs o tema "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde — Política e Realização da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde nas Américas"; Dr. Ernani Braga, Chefe da Divisão de Educação e Treinamento da OMS, que dissertou sobre "Educação e Treinamento de Pessoal para as Atividades de Saúde"; Doutor Carlos Luiz Gonzalez, Secretário Executivo da Associação Venezuelana de Faculdades de Medicina, com o trabalho "Aten-

.../.



ção Médica da População Dispersa — Experiência da Venezuela"; e Dr. Raul Paredes Manrique, Chefe da Divisão de Educação da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina, que apresentou um "Estudo de Recursos Humanos na Colômbia".

Dois temas sobre o "Saneamento Básico como Fator de Desenvolvimento Econômico e Social" e "O Planejamento de Saúde e a Importância da Estatística", expostos pelo Professor José Martiniano de Azevedo Neto, Catedrático da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, e Doutor Carlyle Guerra de Macedo, Secretário de Saúde Pública do Piauí, foram debatidos em mesa-redonda, como temas complementares da Conferência.

A IV Conferência Nacional de Saúde, reunindo autoridades e professores universitários, autoridades e profissionais de saúde, para a discussão de problemas comuns, representou, no dizer do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, a oportunidade "de os educadores se tornarem mais sanitaristas e de os sanitaristas se tornarem mais educadores".

O Seminário Itinerante, assim denominado porque se realizava através de longa excursão por diferentes países, congregando Diretores de Escolas de Saúde Pública do Canadá e dos Estados Unidos da América, realizou-se na sede da Fundação, nos dias 7 e 8 de abril. Ao se encerrar, ficou cabalmente demonstrado que a aplicação do conhecimento universal se reveste de formas especiais em cada país, sendo de notar que o Brasil atingira alto nível no que se referia à investigação das maneiras de considerar o ensino das questões de Saúde, abrindo perspectivas para uma mudança de mentalidade.

Na área do ensino, como já foi dito, abriu-se, em caráter experimental, o Curso de Saúde Pública - Mestrado, a oito categorias profissionais. Realizaram-se mais seis cursos, a saber: o de Técnicas de Educação em Saúde, o de Fisiologia Clínica e Sanitária, o de Especialização em Planejamento do Setor Saúde, o de Erradicação da Malária para Pessoal de Nível Profissional, o de Saúde Mental e o de Classificação de Doenças e Elementos de Estatística.



No terreno da pesquisa, o Departamento de Ciências Biológicas efetuou os seguintes trabalhos: 1) Observações sobre a terapêutica das ascaridíoses, 2) Análise morfológica e quantitativa dos ovos de Schistosoma mansoni em fezes humanas, 3) Inquérito sorológico para Toxoplasmose em cães no Estado da Guanabara e 4) Inquérito sorológico para Toxoplasmose entre doadores de sangue no Estado da Guanabara. O Departamento de Saneamento, de sua parte, apresentou estas realizações: 1) Estudo de um método simplificado de coleta de amostras de água consentâneo com as necessidades locais, 2) Sugestão de normas e processos de cálculos e apresentação de projetos de abastecimento de água para pequenas comunidades e 3) Projeto de sistemas de esgotos para pequenas cidades e método simplificado de cálculo de rédes. O Departamento de Ciências Sociais, por sua vez, juntamente com os alunos do Curso de Saúde Pública, procedeu a um levantamento em Jacarepaguá sobre: a) o comportamento da população diante da alimentação das crianças de 0 a 1 ano, b) o comportamento e conhecimento da população diante da Saúde e c) o atendimento de uma Unidade Sanitária. O Departamento de Estatística, por seu turno, participou, em colaboração com o Departamento de Ciências Sociais, de uma pesquisa das características demográficas, sociais e econômicas da população da área em torno da sede da Fundação, com o objetivo da instalação da Unidade Sanitária Germano Sinval Paria; fez a apuração e a análise estatística descritiva de 4.000 doentes de coqueluche; procedeu a um levantamento, com finalidade didática, das parasitoses intestinais na Favela da Varginha. Além disso, objetivando familiarizar seus técnicos com a linguagem médica e a título de colaboração a candidatos à Docência em Faculdades de Medicina, realizou os seguintes trabalhos: a) análise estatística de dados referentes a pacientes portadores e operados de úlcera duodenal; b) análise estatística de dados referentes a características sanguíneas de doentes submetidos a processos cirúrgicos; e c) comparação entre métodos de medida de secreção gástrica.

.../.



A Administração das Áreas de Treinamento desenvolveu em 1967 o seguinte programa:

- Reorganização, ampliação e melhoria da Unidade de Treinamento Rural - Posto de Saúde Prof. Samuel Libânio. Nesta Unidade foram realizadas práticas de campo para os vários cursos mantidos pela Fundação, notadamente o de Planejamento do Setor Saúde, que ali desenvolveu técnicas de programação local.

- No tocante à pesquisa, foram feitos dois estudos visando ao tratamento da Ascaridíase e da Amebíase, ambos em estreita colaboração com os Departamento de Ciências Biológicas e de Estatística.

- Estudos preliminares para a implantação de mais dois tipos de Unidades de Treinamento: 1) Unidade de Treinamento Urbana (Unidade Sanitária Germano Sinval Faria), situada na própria sede da Fundação e destinada a atender uma população de características nitidamente urbanas; e 2) Unidade de Treinamento Rural, situada no Distrito de Suruf, Município de Magé, Estado do Rio, e destinada a desenvolver técnicas de Saúde Pública adequada a uma população basicamente rural, de aproximadamente 5.000 habitantes.

A orientação desenvolvida pela Biblioteca "Lincoln de Freitas Filho" dirigiu-se no sentido da programação curricular ministrada, reunindo livros, publicações periódicas e outros materiais de interesse para os diversos planos de estudos e, afora o programa de ensino, atendendo às exigências dos Chefes de Departamento, Técnicos e Professores, em suas pesquisas, forneceu-lhes dados e listas bibliográficas.

Em edições preliminares, foram divulgados: os congressos sobre temas de Saúde a se realizarem em 1967/68 e uma bibliografia de Engenharia Sanitária em língua portuguesa, cobrindo o período de 1947 a 1967.

O Serviço de Difusão e Divulgação, criado a partir de 1º de junho de 1967, dentre as atribuições que lhe competem, realizou as seguintes atividades:

.../.



- Elaboração de notas e informes sobre a IV Conferência Nacional de Saúde, realizada sob os auspícios da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública;
- Realização de reportagens escritas e televisadas sobre a mencionada Conferência, com entrevistas do Presidente da Fundação e de Chefes de Departamento;
- Entrosamento com a Assessoria de Imprensa do Gabinete do Ministro da Saúde, visando à divulgação das atividades da Fundação;
- Estudos preliminares para a edição da "Revista" da Fundação;
- Divulgação das seguintes publicações: "Boletim Interno", de atos administrativos; Informativo mensal, divulgação interna e externa, das atividades da Fundação; Folheto contendo a legislação orgânica do ensino de Saúde;
- Organização da documentação constante de textos, recortes de periódicos, fotografias, comentários e registros de fatos de maior importância, que interessarem à Fundação.

EXERCÍCIO DE 1968

O ensino foi ministrado através de nove (9) cursos, abaixo relacionados:

1. Saúde Pública - Mestrado
2. Especialização em Planejamento do Setor Saúde
3. Especialização em Administração de Assistência Médica
4. Fisiologia Clínica e Sanitária
5. Engenharia de Manutenção Hospitalar
6. Erradicação da Malária para Pessoal de Nível Profissional
7. Iniciação em Parasitologia Aplicada
8. Iniciação em Virologia Aplicada
9. Técnicas de Laboratório

Com exceção deste último, de nível médio, realizado pelo Colégio Técnico, os demais cursos, de pós-graduação, o fo

.../.



ram pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Merece registro o fato de em três Cursos - Saúde Pública, Fisiologia Clínica e Sanitária, Erradicação da Malária - doze (12) matrículas terem sido de alunos estrangeiros, provenientes de oito (8) países, como demonstra a Tabela III, abaixo apresentada:

Tabela III
CURSOS DA FENSP - 1968
Alunos Estrangeiros

Países	CURSOS		
	Saúde Pública	Fisiologia	Malária
Argentina	-	1	-
Bélgica	1	-	-
Colômbia	-	-	2
Equador	1	1	-
Honduras	-	-	1
Nicarágua	-	1	1
Peru	-	-	2
Uruguai	-	1	-
T o t a l	2	4	6

Além dos nove (9) cursos referidos, programou e realizou o Departamento de Ensino dois (2) ciclos de conferências, a saber:

- 1 - Ciclo de Informações sobre Saúde Pública para Psicólogos; e

.../.



2 - Ciclo de Conferências sobre Saúde Mental.

O primeiro esteve a cargo do Departamento de Ciências Sociais; o segundo contou com a participação de técnicos do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

As atividades de pesquisas foram consideravelmente desenvolvidas em 1968, através dos seguintes Departamentos: Ciências Biológicas, Ciências Sociais, Epidemiologia, Estatística, Saneamento e Metodologia do Planejamento, cujos trabalhos resumiremos em seguida.

O Departamento de Ciências Biológicas, visando à ampliação dos conhecimentos de Biologia e ciências afins, necessários às atividades de Saúde, realizou estas pesquisas: 1) Aspectos atuais do preparo de vacinas antivariolísticas em animais e ovos embrionados (Apresentado ao XII Congresso Brasileiro e I Congresso Fluminense de Medicina Veterinária); 2) Infecções humanas e de bovinos com vírus do grupo Pox (Também apresentado aos mesmos Congressos); 3) Observações sobre a presença de anticorpos para Toxoplasma gondii, em cães de área suburbana do Rio de Janeiro (Apresentado ao 4º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e aceite para publicação na Rev. da Soc. Bras. de Medicina Tropical); 4) Levantamento epidemiológico e virológico de casos suspeitos de Poliomielite no Hospital Estadual Jesus, no período de janeiro de 1967 a março de 1968 (Aceite para publicação na Rev. da Soc. Bras. de Medicina Tropical); 5) Alguns Aspectos Ecológicos dos Triatomíneos do Brasil; 6) Observações preliminares sobre a infecção por Toxoplasma gondii em doadores de sangue do Estado da Guanabara.

Dando início à pesquisa sócio-econômica da área que ia ser trabalhada pela Fundação, o Departamento de Ciências Sociais realizou, preliminarmente, uma pesquisa bibliográfica e, depois, entrou em contato com as seguintes instituições:

- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Coleta de informações sobre estudos já realizados neste setor.
- Centro de Estudos Religiosos e Sociais - CERIS. Co

.../.



leta de dados sobre suas pesquisas ligadas à Educação, a fim de evitar duplicidade de trabalho.

- Fundação Getúlio Vargas. Visita à biblioteca e contatos com o centro de pesquisas.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Levantamento de material.

- Instituto Brasileiro de Reforma Agrária - IBRA. Informações sobre o problema do homem do campo (importante para os estudos de migração).

- Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Dados sobre os indicadores sócio-econômicos e material sobre Saúde.

- Centro de Estudos para a América Latina. Bibliografia, contato com pesquisadores da instituição, informações sobre estudos realizados.

- Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais. Levantamento bibliográfico e informações sobre estudos realizados.

- Organização Internacional do Trabalho. Informações relativas à renda e características dos trabalhadores em nosso país.

O Departamento de Epidemiologia realizou dois inquéritos: 1) Inquérito epidemiológico sobre algumas Zoonoses (Brucelose, Leptospirose e Enteroparasitoses) no gado bovino da SAGAP - Campo Grande (setembro e outubro de 1968); 2) Inquérito epidemiológico sobre a prevalência das Arboviroses no grupo etário 6-14 anos, da população assistida pela Unidade de Treinamento Prof. Samuel Libânio. Participou, além disso, da comissão instituída pela Presidência da FENSP, para a implantação de medidas que assegurem, de maneira efetiva, a coordenação e execução de pesquisa de recursos humanos.

O Departamento de Estatística apresentou grande soma de realizações: 1) Análise estatística de dados referentes a pacientes portadores de úlcera gástrica. (Contribuição para tese de Livre Docência); 2) Análise estatística de dados referentes a descompressão gástrica de pacientes vagotomizados. (Contribuição para tese de Livre Docência); 3) Análise estatística

.../.



de dados referentes a pressão, venosa central pré e pós-operatória, volemia e hematócrito. (Contribuição para tese de concurso); 4) Análise estatística referente a pacientes de coqueluche. (Contribuição para tese de Livre Docência); 5) Análise estatística de dados referentes à nefrite. (Contribuição para tese de Livre Docência); 6) Análise estatística de dados relativos à prevalência de bacteriúria assintomática em escolares, em colaboração com a Cadeira de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas; 7) Análise estatística de dados referentes a características físicas do fêmur, em colo do fêmur. (Contribuição a trabalho a ser apresentado no Centro Ortopédico da Universidade de Estocolmo, Suécia); 8) Análise estatística de dados relativos a diversas Clínicas do Posto São Francisco Xavier do INPS; 9) Coleta de dados no Posto de Saúde Samuel Libânio, para pesquisa de morbidade; 10) Análise estatística de dados referentes a cães, para estudo da Toxoplasmose, em colaboração com o Departamento de Ciências Biológicas; 11) Codificação de dados coletados no Posto Samuel Libânio, para apuração no S.E.S.; 12) Elaboração de um plano de amostragem para pesquisa de arbovirose em Jacarepaguá, em colaboração com o Departamento de Ciências Biológicas; 13) Análise estatística de dados referentes à Lepra. (Contribuição a trabalho final de aluno do Curso de Mestrado); 14) Análise estatística de dados referentes à Esquistossomose. (Contribuição a trabalho final de aluno do Curso de Mestrado); 15) Elaboração de tabela da distribuição binomial; 16) Análise estatística de dados referentes à conservação de água para exames, em trabalho do Prof. Fausto Guimarães.

O Departamento de Saneamento realizou certos trabalhos e concluiu alguns começados no exercício anterior, adiante discriminados: 1) Conclusão da primeira etapa de estudos de laboratório sobre método próprio de Lagoas de Estabilização, visando a reduzir a 6 dias o tempo de retenção necessário e, consequentemente, a ampliar a praticabilidade de emprego das referidas lagoas; 2) Elaboração de projeto de pequena Lagoa de Es-

.../.



tabilização a ser executada nos terrenos da FENSP, para fins docentes e experimentação prática; 3) Projeto de lagoa-tipo para comunidades com 10.000 habitantes; 4) Simplificação de técnicas de análise de água e esgotos; 5) Conclusão da primeira fase de pesquisa do comportamento de amostras de água para ensaio bacteriológico; 6) Início de estudo comparativo de resultados da análise da água pelo processo dos Standard Methods e pelo processo europeu com emprêgo de maio Mac Conkey, usado pelas Repúblicas vizinhas da Bacia do Prata; 7) Execução, com êxito, de experiências para a simplificação de métodos de análise química da água; 8) Influências e resultados biológicos no tratamento de águas de esgotos; 9) Estudo de métodos alternativos de tratamento de esgotos e modelos reduzidos; 10) Sistemas de abastecimento de água e de esgotos com aplicação de concessões técnicas para pequenas comunidades; 11) Estudo da viabilidade de aplicação dos métodos simplificados de tratamento de água; 12) Estudos iniciais para testar em laboratório a viabilidade do emprêgo de novos métodos de tratamento de água no Brasil.

No Departamento de Metodologia do Planejamento cabe registrar as seguintes atividades de pesquisa: 1) Elaboração do protocolo de pesquisa sobre Recursos Humanos para a Saúde e 2) Elaboração de modelos operacionais simplificados para a aplicação das Técnicas de Programação Local, de Programação do Setor Público e de Projetos de Investimentos.

A Administração das Áreas de Treinamento, durante o exercício de 1968, teve sua atenção voltada não somente para o Pôsto de Saúde Prof. Samuel Libânio, há muito em funcionamento em Vargem Grande (Jacarepaguá), mas também para a Unidade Sanitária Germano Sinval Paria, inaugurada no dia 30 de setembro, depois do exaustivo trabalho de sua instalação que se prolongou por vários meses.

O Pôsto de Saúde Prof. Samuel Libânio funcionou regularmente, com o desenvolvimento de suas atividades específicas a) Assistência médica a gestantes, crianças e adultos em geral; b) Contrôlo de doenças transmissíveis; c) Coleta de dados

.../.



estatísticos; d) Odontologia sanitária; e) Saneamento básico; f) Educação em Saúde; e g) Enfermagem de Saúde Pública.

O Pósto apresentou o seguinte movimento assistencial:

Atendimentos pelo Serviço de Enfermagem ...	14.312
Consultas médicas	27.509
Consultas odontológicas	2.560
Vacinações B.C.G.	1.588
Vacinações c/ difteria	2.776
Vacinações c/ tétano	4.231
Vacinações c/ coqueluche	1.807
Vacinações antivaricélicas	4.457
Vacinações Sabin	1.662
Total de comparecimentos	41.477

Além dessas atividades de rotina, desenvolveram-se no referido Pósto duas pesquisas para o Departamento de Ciências Biológicas: 1) Sobre a formação de anticorpos na vacinação antivaricélica; e 2) Sobre Arboviroses.

O Serviço de Difusão e Divulgação, além da difusão dos diversos cursos ministrados pela Fundação e de outras atividades de rotina, fez o lançamento do "Boletim Interno" (nos. 1, 2, 3, 4 e 5), através do qual se dão a conhecer as Resoluções do Conselho Diretor e do Conselho Departamental, os Atos da Presidência e do Departamento de Ensino, bem como outros assuntos, de acôrdo com o que determina o Art. 58 - Item VII do Regimento da FENSP e a Resolução do Conselho Diretor, em sessão de 26 de outubro de 1966.

Registrou o Serviço de Difusão e Divulgação, durante o ano de 1968, visita à FENSP das seguintes personagens: Dr. A.A. Quenum, Diretor Regional da OMS; Dr. Alfredo Arriaza Guzmán, Diretor Adjunto da OPAS; John Knowelden, Catedrático de Estatística Médica e Epidemiologia da Escola de Higiene e Medicina Tropical da London School; Dr. David Willis, da Fundação Milbank; Dr. Jorge Oscar Badaracco, Diretor-Geral da Secretaria de Saúde Pública da Argentina; Eng^o Edmundo Iulo, Coordena

.../.



dor Chefe de Estudos de Engenharia Sanitária da Universidade de Mérida, Venezuela; Dr. K.N. Ráo, Diretor-Geral de Serviços de Saúde da Índia; Dr. Abraham Horwitz, Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana; Dr. David Calderón, Diretor do Hospital Centro de Saúde de Húanuco, Peru; Eng^o Luis Ernís Loffi, Chefe da Divisão de Águas do Departamento de Saneamento da Secretaria de Saúde da Argentina; Dr^a Victoria Garcia Yazigi, Consultor em Educação Sanitária da Organização Pan-Americana da Saúde; Dr. Eduardo Soler, idem; Dr. Leonard Bernard, Assistente do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde; Dr. A.H. Taba, Diretor Regional da OMS para a Região Mediterrânea Oriental; Dr. Guillermo Restrepo, Diretor-Executivo do Instituto Nacional de Programas Especiais de Saúde, da Colômbia; Dr. José Felix Patiño, Diretor-Executivo da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina; Dr. Bernardo Moreno, Diretor-Executivo da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina; e Prof. Artur Ernesto Moniz, da Escola de Saúde Pública e de Medicina Tropical de Lisboa, Portugal.

Consigne-se também a participação da FENSP, através de representação, nos seguintes acontecimentos: solenidade de abertura do ano letivo de 1968 da Escola Alfredo Pinto; aula inaugural da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; festividades comemorativas da Semana da Árvore, programadas pela Administração Regional da X R.A.; sessão solene inaugural do Congresso de Cancerologia, comemorativo do XXX Aniversário de Instituto Nacional de Câncer; Simpósio "Alimentação do Pré-Escolar e Sucedâneos do Leite", organizado pelo Instituto de Nutrição da UFRJ, em colaboração com a campanha Nacional da Alimentação da Criança; homenagens prestadas à memória de Oswaldo Cruz, diante de sua herma, na Rua do Resende; sessão da Assembléia Legislativa do Estado da Guanabara, quando foi conferido o título de Cidadão Carioca aos Doutores E.J. Zerbini e Rinaldo Victor De Lamare; palestra do Senhor Ministro da Saúde no Auditório do M.E.C.

.../.



EXERCÍCIO DE 1969

O Departamento de Ensino, que tem a incumbência de mobilizar os recursos docentes dos demais Departamentos para a realização de cursos e outras modalidades de ensino, promoveu seis (6) cursos e um (1) seminário, abaixo relacionados:

1. Saúde Pública
2. Especialização em Planejamento do Setor Saúde
3. Fisiologia Clínica e Sanitária
4. Iniciação em Virologia Aplicada
5. Controle de Roedores
6. Seminário de Atualização em Educação para a Saúde
7. Formação e Treinamento do Pessoal Auxiliar do Município Judiciário Heitor Carrilho

Com exceção deste último, de nível médio, ministrado pelo Colégio Técnico, os demais cursos, de pós-graduação, e o seminário o foram pela Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Curso de Saúde Pública

Destinado a Médicos, Engenheiros, Enfermeiros, Veterinários, Odontólogos e Farmacêuticos, com o objetivo de prepará-los para a execução de tarefas específicas do campo da Saúde Pública. Foram fixadas oitenta (80) vagas, com a seguinte distribuição:

<u>Profissão:</u>	<u>Vagas:</u>
Médicos	20
Engenheiros	20
Enfermeiros	20
Veterinários	10
Odontólogos	5
Farmacêuticos	5
Total	80

A Comissão de Seleção, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Conselho Departamental, selecionou os candida

.../.



tos e instituiu reservas (representadas pelos candidatos de melhor qualificação entre os não selecionados), prevendo a eventualidade de não se concretizar a matrícula de candidatos selecionados.

Apresentaram-se oitenta e seis (86) candidatos: 11 Médicos, 2 Engenheiros, 21 Enfermeiros, 16 Veterinários, 19 Odontólogos e 17 Farmacêuticos, deixando-se, pois, de preencher 27 vagas (9 reservadas a Médicos e 18, a Engenheiros). Dos dois Engenheiros inscritos um desistiu, sendo o outro notificado de que a Escola não manteria curso para um aluno apenas; dos 10 Médicos selecionados matricularam-se 7. Com a chamada de 11 candidatos da reserva e a desistência de 4 deles, atingiu a 50 o número de matrículas, tendo 45 alunos chegado ao fim do curso.

Conforme a formação profissional, interesse e atividade de trabalho, foram oferecidas as opções abaixo, para que o aluno escolhesse uma dentre elas:

- Opção 1 - Saneamento - para Engenheiros
- Opção 2 - Enfermagem - para Enfermeiros
- Opção 3 - Odontologia - para Odontólogos
- Opção 4 - Laboratório - para Médicos, Veterinários e Farmacêuticos
- Opção 5 - Veterinária - para Veterinários
- Opção 6 - Administração dos Serviços de Saúde - para tôdas as profissões
- Opção 7 - Assistência Médico-Sanitária - para Médicos
- Opção 8 - Epidemiologia - para Médicos e Veterinários

Constou o Curso de Saúde Pública de três áreas ou períodos estanques. A Área I, comum a todos, teve o propósito de oferecer uma visão do contexto onde atua cada profissional. Na Área II foram cumpridos os diversos programas optativos, previamente escolhidos pelos alunos antes do término da Área I, com a finalidade de o aluno adquirir os conhecimentos necessários à opção escolhida. A Área III, finalmente, foi reservada



ao adestramento e à prática das informações adquiridas.

Neste ano letivo de 1969, terminada a Área I, os alunos gruparam-se da forma que se segue:

Opção 2 - Enfermagem	- 8 alunos
Opção 3 - Odontologia	- 5 alunos
Opção 4 - Laboratório	- 14 alunos
Opção 5 - Veterinária	- 3 alunos
Opção 6 - Administração dos Serviços de Saúde	- 13 alunos
Opção 8 - Epidemiologia	- 2 alunos

2. Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde

Destinado a profissionais de Saúde Pública, propondo-se a prepará-los para exercerem funções de planejamento do setor saúde. Iniciado a 9 de junho e concluído a 10 de outubro, teve a duração de 4 meses, tal como estava previsto.

Inscreveram-se 34 candidatos, dos quais foram selecionados 24. Sobrou uma vaga, uma vez que o número delas se levava a 25. Todos os alunos selecionados fizeram o curso com aproveitamento e aprovação. A carga horária foi de 537 horas.

3. Curso de Fisiologia Clínica e Sanitária

Este curso destinou-se ao preparo de profissionais médicos, para exercerem atividades de controle da Tuberculose no âmbito da Saúde Pública.

Com a duração de 4 meses e carga horária de 462 horas, iniciou-se em 11 de agosto. Das 20 vagas só foram preenchidas 4, de vez que dos 7 candidatos inscritos apenas 4 se matricularam e terminaram o curso, a 5 de dezembro.

Foi o curso realizado sem ônus para a Fundação, cabendo ao Serviço Nacional de Tuberculose o custeio dos professores e das bolsas de estudos dos alunos.

4. Curso de Iniciação em Virologia Aplicada

Aberto a Médicos, Veterinários, Biologistas e Farmacêuticos, com a finalidade de proporcionar treinamento especializado e intensivo em Virologia, visando diretamente aos pro-

.../.



blemas de Saúde Pública de importância em nosso meio, seu equacionamento e controle.

Com a duração de 8 semanas, teve início a 13 de outubro e término a 5 de dezembro. Foram abertas 13 vagas; inscreveram-se 17 candidatos; matricularam-se 12, dos quais 11 concluíram o curso.

5. Curso de Controle de Redores

Aberto a pessoal de nível superior e a pessoal de nível médio, foi realizado em Belo Horizonte, no período de 10 de novembro a 12 de dezembro. Foi êle nascido como decorrência de convênio firmado entre a PAPPE e a SUSORT e, posteriormente, esta Fundação também, à qual coube a coordenação do mesmo. O curso teve como objetivos:

- a) implantação de projeto experimental para a aplicação de rodenticida do tipo anticcagulante, fabricado pela firma "Monsanto";
- b) criação da "mentalidade anti-rato" no país;
- c) formação de pessoal especializado capaz de, a posteriori, treinar outros técnicos.

Abertas as inscrições, compareceram 19 candidatos, sendo 9 de nível superior (Engenheiros, Veterinários, Biologistas e Farmacêuticos) e 10 de nível médio.

6. Seminário de Atualização em Educação para a Saúde

Destinou-se a pessoal que trabalha em Educação em Saúde na Campanha de Erradicação da Malária - CEM, do Ministério da Saúde.

Estabelecidas 10 vagas, para pessoal de nível superior e de nível médio, 9 foram preenchidas por candidatos que concluíram o curso. Com 3 semanas de duração, teve êle início no dia 4 de novembro e foi encerrado no dia 21 do mesmo mês.

7. Curso de Formação e Treinamento do Pessoal Auxiliar de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho

Êste curso foi realizado para atender a solicitação do Diretor daquele órgão, feita em fevereiro do ano anterior e

.../.



renovada em maio de 1969.

Iniciado em 1º de setembro, desenvolveu-se em dias alternados, para duas turmas. Contou com a inscrição de 136 funcionários do Manicômio, dos quais 86 se matricularam e 81 o concluíram, no dia 19 de dezembro.

As 98 horas de aula foram ministradas por Professores da Fundação e por Médicos e Assistentes Sociais do Manicômio. Este estabelecimento financiou todas as despesas com a realização do curso.

Apreciaremos em seguida as atividades desenvolvidas no campo da pesquisa, por parte de cada um dos Departamentos.

Departamento de Ciências Biológicas

As atividades deste Departamento se processaram através dos seus cinco Laboratórios, como abaixo se discrimina:

1. Laboratório de Protozoologia

O laboratório manteve como linha central de pesquisa o problema da Toxoplasmose. Empenhou-se no estudo da Toxoplasmose entre doadores de sangue e as implicações daí decorrentes.

2. Laboratório de Entomologia

Além da organização de uma coleção de Insetos e de uma criação de Triatomíneos de diferentes regiões do Brasil, desenvolveu um programa de estudos sobre ecologia do Triatoma rubrofasciata na Guanabara.

3. Laboratório de Helmintologia

Dedicou-se ao problema da Esquistossomose em roedores, dos focos de Jacarepaguá e Alto da Tijuca.

4. Laboratório de Bacteriologia

Dedicou-se particularmente ao estudo da epidemiologia da Leptospirose. Dispondo de 22 espécies de Leptospira, fornecidas pelo Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo, realizou a técnica de aglutinação com antígeno vivo.

5. Laboratório de Vírus

Compreende este Laboratório três unidades básicas:

.../.



a. Laboratório de Cultura de Tecidos, que realizou um programa de pesquisa que compreende o uso da água de côco verde como suplemento de meios de cultura de células animais.

b. Laboratório de Enterovírus, que se empenhou em estudos imunológicos sobre infecções por Enterovírus e no estudo "in vitro" do fenômeno da interferência, usando cultura de órgãos.

c. Laboratório de Vírus Vesiculares, surgido como suporte da Campanha de Erradicação da Varíola, consagrou-se a diversos problemas de identificação de Vírus do grupo Varíola-Vaccinia e a estudos imunológicos.

Departamento de Ciências Sociais

Dando continuidade a pesquisa sócio-econômica, iniciou o Departamento o estudo da bibliografia levantada e a elaboração de um questionário, testado com residentes na área de trabalho desta Fundação.

Departamento de Epidemiologia

Estudo da Brucelose humana na população atendida pelo Posto de Saúde Prof. Samuel Libânio; inquérito epidemiológico para a determinação da prevalência da Tuberculose na área de ação da Unidade Sanitária Germano Sinval Faria; contatos preliminares com o Hospital Isolamento Francisco de Castro, para a realização de estudo em comum sobre a "Epidemiologia da Leptospirose no Estado da Guanabara".

Departamento de Estatística

Estudo comparativo: de 4 Métodos de Conservação da Água; e das Distribuições do N^o de Cromosomas em Células Hela e R-36.

Análise estatística: de Suicídios e Tentativas de Suicídio, na Guanabara, 1966 e 1967; do Tempo de Abaixamento MCA para Inoculação Alastrim; de Dados Relativos a Pacientes Portadores de Enterovírus; de Dados Referentes a Ensaios com Vacina e Placebo na Prevenção e Tratamento do Tracoma; de Dados Referentes a Indivíduos Normais com Hipertensão; de Dados Referentes a 233 Pacientes de Psoríase.



Estudos estatísticos: de Parasitoses Intestinais e Sintomas Digestivos; de Dados Relativos à Toxoplasmose; de Dados Relativos a Medidas de Pressão Sistólica em 8 Categorias de Indivíduos; de Dados Referentes a Ocorrência de Tétano, no Estado do Rio de Janeiro; de Resultado da Aplicação de Medicamento para Tratamento da Tuberculose.

E, ainda: Assessoria técnica no levantamento da População Favelada do Morro do Borel, quanto à incidência de Parasitose Intestinal; Levantamento preliminar nas Entidades de Saúde de Botucatu, Estado de São Paulo, a fim de que o Departamento de Metodologia do Planejamento, desta Fundação, dispusesse de elementos para um levantamento geral, com a finalidade de aplicação da técnica CENDES-OPAS - pelos alunos do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.

Departamento de Saneamento

Dos trabalhos realizados neste Departamento merecem destaque: a) Métodos simplificados de coleta de amostras de água; b) Comparação do resultado da técnica de análise bacteriológica da água pelo "Standard Method" com a do "Uso do Meio de Mac Conkey", utilizado na Argentina; c) Estudo de simplificação de tratamento de água com o emprêgo de arenito artificial; d) Estudo de método próprio de filtração e hiperfiltração.

A assistência médico-sanitária exercida pela Fundação adquiriu vulto bem maior que nos anos anteriores como natural consequência do funcionamento, durante todo o exercício, da Unidade Sanitária Germano Sinval Faria, inaugurada em setembro do ano anterior. Por outro lado, obviamente, desde o início do ano letivo contaram os alunos com um campo bem mais vasto para exercitarem a prática de atendimento à comunidade.

A Administração das Áreas de Treinamento contou com a eficiente colaboração do Departamento de Administração de Saúde, notadamente na área odontológica, onde foram implantados dois programas relacionados aos itens: Programa Incremental e Programa Assistência Odontológica Completa.

Na implantação do primeiro, procurou o mencionado De

.../.



partamento, dentro das disponibilidades existentes, prestar uma orientação técnico-administrativa às atividades odontológicas da Unidade Sanitária de Jacarepaguá, de acordo com os procedimentos seguidos pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), que consiste em proporcionar assistência preventiva (aplicação tópica de uma solução de 2% de fluoreto de sódio) e curativa a crianças de 6 a 14 anos nos grupos escolares "Pedro Américo", "Hemetério dos Santos" e "Jornalista Campos da Paz", totalizando aproximadamente 2.000 escolares. O programa foi desenvolvido de acordo com os termos de convênio firmado entre a Fundação e a Secretaria de Educação do Governo da Guanabara.

Para a aplicação do Programa Assistência Odontológica Completa autofinanciada pelos próprios pacientes, o Departamento de Administração de Saúde manteve contatos com a Diretoria Pró-Melhoramento do Parque Carlos Chagas, em Manguinhos. A Fundação participaria com equipamento e pessoal, enquanto a comunidade financiaria o material de consumo.

Antes de tecermos as considerações finais deste relatório, focalizando o Serviço de Difusão e Divulgação, impõe-se uma referência à projeção desta Fundação no exterior feita através de integrantes do Departamento de Metodologia do Planejamento.

Esse Departamento, na pessoa de seu Chefe, participou, e nele foi distinguido com a eleição para a Vice-Presidência, do "Seminário Regional sobre Preparação de Profissionais em Educação para a Saúde e Ciências do Comportamento", reunido em Buenos Aires, sob os auspícios da OPAS/OMS. Participou também, na qualidade de representante do Ministério da Saúde, do "IV Seminário sobre Organização e Administração de Serviços de Saúde", ocorrido em Maracay (Venezuela), sob o patrocínio da OPAS/OMS. Foi ainda convidado para membro do painel de Peritos em Administração de Saúde da OMS, durante um quinquênio. Na reunião do Comitê de Peritos havida em Genebra, entre 24 de novembro e 3 de dezembro, foi eleito seu Presidente. O Departamento ain-

.../.



da integrou, por intermédio de um de seus Docentes, a "4ª Conferência de Diretores de Escolas de Saúde Pública para a América Latina", realizada em Medellín, Colômbia.

Por último, cabe referir às atividades desenvolvidas pelo Serviço de Difusão e Divulgação que, além das atribuições rotineiras (divulgação de cursos, elaboração do "Boletim Interno", do modelo do "Informativo FENSP", do texto do "Prospecto da FENSP", etc.), dispensou especial atenção à elaboração de programas de visitas de personalidades ilustres, de grupos profissionais e de especialistas vinculados ao ensino ou à prática de Saúde Pública.

Relação nominal dos visitantes: Dr. Gonçalo Cano Pérez, Especialista em Tuberculose no México; Prof. Dieter K. Zschloch, Professor Assistente e Diretor-Executivo da Seção de Pesquisa Econômica do Departamento de Economia da Universidade Estadual de Nova York; Dr. Carlos Carmona, do Ministério da Saúde da Colômbia; Dr. Belmiro Siqueira, Dr. Edgard da Costa Amorim, Dr. José Mário Fiúza e Dr. Carlos Rabaça, respectivamente, Diretor do DAPC, Presidente e Membros da GOTIDE; Dr. Délio da Costa Alemão, Diretor do I Curso Programa de Administração Sanitária, promovido pelo Centro de Aperfeiçoamento do DAPC, acompanhado de cerca de 30 alunos; Dr. Guillermo Becerra, Bolsista da OPAS, interessado em observar Serviços de Assistência Médica; Dr. Manuel Bobenreith, Consultor Regional em Educação de Administração Médica da OPAS; Jornalista Nilo Danta, Assessor de Imprensa do Ministério da Saúde; Prof. Robert Debré, da França; Prof. Harold S. Adams; Dr. Guillermo Arbona, Ex-Ministro da Saúde de Porto Rico; Prof. George Schroeppfer, Chefe do Departamento de Engenharia Hidráulica da Universidade de Minnesota, U.S.A.; Prof. José Asapchi, da Universidade Católica da Venezuela; Cel. Médico Dr. Afonso Antunes, Instrutor da Escola de Comando do Estado Maior da Aeronáutica, acompanhado de três alunos; Ten. Cel. Dr. Rui Barbosa Saraiva, Ten. Cel. Dr. José Edmundo C. Cutrin e Major Médico Dr. Luiz Hidalgo; Dr. Jacques Bassot, Médico Especialista em Educação Sanitária na França e Dr. David Barnes, Odontólogo do Departamento de Epidemiologia da OMS.

ENDEREÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
ENDEREÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24

FENSP-MOD. 002

.../.



Registremos a presença da Fundação em: Solenidade de inauguração do Conjunto Residencial de Cordovil; Solenidade da entrega da Medalha de Santa Apolônia aos Odontólogos Dr. Mário Magalhães Chaves e Profª Acácia Rocha Mendonça; Solenidade realizada no Centro de Pesquisas "Luiza Gomes de Lemos"; Solenidade de do "Dia de Oswaldo Cruz", realizada junta a sua herma; Solenidade de inauguração do Centro Médico-Sanitário "Belisário Penna", em Campo Grande; Solenidade de inauguração do Centro Médico-Sanitário "Jorge Saldanha Bandeira de Melo", em Jacarepaguá; Sessão solene de Instalação do "II Congresso Brasileiro de Odontologia" e "I Congresso de Serviços Públicos de Odontologia", realizados no Teatro Municipal do Rio de Janeiro; Solenidade comemorativa do aniversário da Escola de Veterinária do Exército, em São Cristóvão; Simpósio sobre "Codigo Nacional de Alimentos", realizado no Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Solenidade de inauguração do Pavilhão Técnico-Pericial do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

Realizaram-se, na sede da Fundação, as seguintes reuniões: 1) Seminário sobre "A Saúde da Comunidade e a Estatística como Instrumento de Trabalho", patrocinado pela ABEM, FENSP, OPAS e PAPPE; 2) Conferência sobre "Reforma Administrativa para Dirigentes do Ministério da Saúde"; e 3) Reunião preparatória à IV Reunião de Diretores de Escolas de Saúde Pública, a ser realizada em Medellín, Colômbia, tendo como tema "A Função das Escolas de Saúde Pública em Relação com o Desenvolvimento Sócio-Econômico da América Latina."

Rio de Janeiro, julho de 1970

mbt/kea

ENDERÊÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
ENDERÊÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24

FENSP-MOD. 002

ANEXO C — PROGRAMAÇÃO DOS CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR DA FENSP PARA 1969



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA
(vinculada ao Ministério da Saúde)

A programação dos cursos de nível superior da FENSP para 1969 é nada mais do que o desdobramento e aprofundamento das idéias lançadas em 1967, quando se reuniram todos os profissionais em um curso único.

A experiência na realização de três cursos de Mestrado, os erros e acertos levaram, como consequência natural, ao tipo de programação apresentado para o presente ano. Acrescente-se que esta programação foi influenciada por fatores circunstanciais ou contingentes — adaptação à nova legislação do ensino universitário do país naquelas partes fecundas, sem autolimitar as prerrogativas legais de ensino peculiares à FENSP; a escassez de recursos próprios, levando à elaboração de mecanismos através dos quais fontes financiadoras recém-criadas viessem oferecer a necessária suplementação.

Oportuno lembrar que a avaliação de investimento social em termos de — relação custo/benefício — depende de um número infinito de variáveis e que é de extrema complexidade. A implantação de estudos de recursos humanos poderá se constituir em elemento que ofereça alguns parâmetros para aquela avaliação, deixando-se claro que outros sem números de parâmetros ainda escaparão à argúcia dos homens, por muito tempo.

As linhas mestras da programação assentam-se em dois pontos básicos: um, a satisfação de necessidades da população brasileira, no caso, no setor saúde, exigindo de um lado o preparo de agentes de transformação e de outro, a formação de elementos executores (a diferença entre ambos sendo apenas de grau); outro, o salto qualitativo que se vem impondo às clássicas condições de saúde pública, das quais decorrem sua prática e ensino.

O mementum apresenta-se — o crescimento quantitativo não mais atende às necessidades sociais; uma diferença qualidade emerge trazendo em seu bôjo novas hipóteses de trabalho, propo

./.



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA

(vinculada ao Ministério de Saúde)

-2-

sições teóricas e técnicas de ação.

A evidência de um profissional nôvo para uma profissão nova cada vez mais se torna manifesta.

Este profissional, voltado para as tarefas de direção nos seus vários escalões e com suficiente preparo docente, que o habilite a melhor desempenhar o seu papel de agente de transformação, não será obtido facilmente pois deverá estar apoiado numa programação hierárquica e a longo prazo. Contudo, mister começar abrindo-se para o pessoal em trabalho, ou vocacionalmente interessado, no processo saúde, perspectivas de novos horizontes. O tempo e a experiência cuidarão de ajustar.

O contexto da programação deverá ser apreciado no seu conjunto - tipos de cursos, hierarquia e sobretudo as metodologias e técnicas de ensino.

Admitindo-se o fortalecimento do ensino de Medicina Preventiva ou Social nas Universidades, o nome não importa, o mercado para o início da carreira do profissional de saúde pública estará ampliado, permitindo assim começar a longa caminhada com passos mais seguros.

Partindo-se dos cursos descentralizados - seja em forma de atualização em técnicas de saúde pública, seja abordando sistematicamente temas de saúde cuja importância varia de acordo com a problemática de saúde das regiões, atingir-se-iam os cursos de adequação (cursos de saúde pública) e depois o Mestrado. Os cursos de especialização podem tender a substituir em Mestrados especiais. Circunstancialmente - por exigências das atuais estruturas de saúde e da premência na erradicação de doenças que pela sua magnitude, vulnerabilidade e insidência, repercutem desfavoravelmente no contexto sócio-econômico e no conceito da Nação brasileira - serão ministrados os chamados cursos diversificados, os quais em futuro, em alguns ramos, poderão ser incluídos como opcionais nos cursos de adequação (Fisiologia, Leprologia, Engenharia de Manutenção, etc.).

Como coroamento hierárquico vêm os cursos de doutorado, visando a ampliar e aprofundar conhecimentos em campos específicos.

ENDERÉÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
ENDERÉÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24

FENSP-MOD. 002



Considerou-se também fundamental, evitar-se o ingresso subsequente e imediato na escala hierárquica dos cursos: impedir os "profissionais de cursos"; beneficiar os serviços ou instituições de onde provem os alunos e finalmente permitir aos egressos dos cursos e já então dotados de instrumental de novos conhecimentos, a vivência na execução de tarefas.

Outro aspecto levado em conta e fator decisivo de sucesso - a integração de conteúdos, de programas, e dos corpos docente e discente. Daí decorre a necessidade de coordenação, está entendida verticalmente. Tarefa árdua, difícil e que provavelmente exigirá a atuação, em cada área, de um docente trabalhando no Departamento de Ensino.

Importante salientar que estabelecemos mecanismos de segurança no Curso de Mestrado - destinamos 20%, em termos de tempo, para suplementar com conhecimentos técnicos aqueles alunos que se acostumaram a raciocinar na base do concreto ou objetivo. Esqueceram ou nunca lhes foram proporcionadas condições para abstrair ou conceituar.

O curso de Mestrado oferece uma apresentação e quatro áreas, todas elas trabalhadas integradamente e com métodos e técnicas resultantes das complexidades do mundo atual.

A apresentação coloca os alunos numa Escola de Saúde Pública, informando-lhes sobre o ensino de saúde pública no mundo, no Brasil e na etapa que iremos iniciar.

A primeira área, introdutória, visa aos princípios básicos do conhecimento, à interrelação objeto-ser, à metodologia científica, às bases da pesquisa, ao processo gerador da saúde e ao sistema de proteção e recuperação da saúde.

A segunda área destina-se ao estudo da realidade brasileira, considerando-se problemas nacionais cujas influências no processo saúde são marcantes ou cujo conhecimento habilite o aluno a compreender a realidade brasileira nos seus múltiplos aspectos. Nesta área é dada ênfase a problemática de saúde no Brasil. Na terceira área cristaliza-se o conhecimento do aluno, oferecendo-lhe oportunidade para elaborar uma doutrina e uma política de saúde. A quarta área é dedicada especificamente a função docente.

./.



FUNDAÇÃO ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA

(vinculada ao Ministério da Saúde)

-4-

Os cursos de adequação, cujo objetivo central é o preparo de profissionais para o desempenho de tarefas específicas de saúde pública, compreendem no seu programa, três áreas básicas. Na primeira, é oferecida uma visão de conjunto de contexto onde atuará; na segunda, será fornecido o instrumental técnico necessário e, finalmente, na terceira, o aluno terá oportunidade de se adequar na prática, através de estágios em serviços especializados de acordo com o setor em que irá trabalhar.

Elaboramos três documentos básicos que farão parte integrante do desenvolvimento dos cursos: os critérios de aproveitamento, os mecanismos de frequência e os critérios de concessão de bolsas de estudos. Este último, pertinente à decisão do Conselho Diretor, será apresentado oportunamente. Estamos elaborando mais três documentos: critérios de seleção, programação cronogramática dos cursos de Mestrado e de Adequação, e programação orçamentária. Este último a ser levado ao Conselho Diretor.

A programação cronogramática dos dois cursos acima citados constitui a parte de relêvo no desenho que é a programação global que estamos submetendo aos senhores Conselheiros.

Finalmente, ao terminar esta abertura de questões, ressalte-se que a programação que lhes apresento é fruto do trabalho da jovem guarda a quem os louvores cabem.

Sentimo-nos felizes — eles ultrapassaram a velha guarda e que melhor láurea para esta, cuja contribuição reside apenas em toques de sabedoria, de prudência e de bagunça.

Disse-lhes, é um desafio a vocês e um deles me respondeu — parafraseando famoso flibusteiro "Queimemos as caravelas, os mantimentos e os materiais. Escrevamos e construamos com a nossa experiência, com a tradição herdada e enriquecida, com a imaginação, sangue e audácia uma outra página da história". Cabia, apenas, uma resposta: Enganjemo-nos em pensamento, ação, e exemplo.

Edmar Terra Blois
- Presidente -

ENDERÊÇO: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Estação de Manguinhos - GB
ENDERÊÇO TELEGRÁFICO: SAPÚBLICA - Cx. Postal N.º 16 - ZC - 24

FENSP-MOD. 002

**ANEXO D — POR UMA POLÍTICA PARA A ÁREA DE ENSINO DA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (1976)**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO PRESIDENTE CASTELLO BRANCO

Rio de Janeiro, 19 de março de 1976

Referência: 719/176

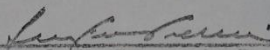
Exmo. Sr.
Dr. Vinicius Fonseca
DD. Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil, 4365
N e s t a

Senhor Presidente da Fundação Oswaldo Cruz:


As Coordenações Especiais I, II e III do Grupo de Reestruturação da FOC houveram por bem se associar para a produção do documento sobre uma política para a área do ensino que é anexado, já que o mesmo foi considerado fundamental para o desenvolvimento harmônico de suas atividades específicas.

Nesse sentido, também, tal documento foi submetido à discussão e aprovação de todo o corpo docente do IPCB.

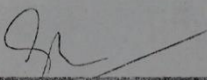
Atenciosamente,



Dr. Luiz Fernando Ferreira
Coordenador Especial I



Dr. Joir Gonçalves da Fonte
Coordenador Especial II



Dr. Eduardo de Azeredo Costa
Coordenador Especial III

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ
 INSTITUTO PRESIDENTE CASTELLO BRANCO

POR UMA POLÍTICA PARA A ÁREA DE ENSINO DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INTRODUÇÃO

A explicitação de uma política é instrumento vigoroso para orientar a vida de uma instituição em todos os seus níveis.

Na definição dessa política há que ser fixado, não apenas o objetivo final (telos), mas todo o conjunto significativo de valores e de mecanismos que o condicionam e o viabilizam.

Os seguintes postulados devem, pois integrar uma política para a área de ensino da Fundação Oswaldo Cruz:

O seu compromisso primeiro será com a saúde da população brasileira
 Toda atividade humana, na verdade, deveria ser orientada para o bem do homem, e isso é mais verdade quando dentro da sociedade essa atividade integra o conjunto de ações da área social.

O seu campo de atuação ficará comprometido operacionalmente com "formação de recursos humanos para a saúde coletiva"

Se como área de ensino, suas atividades se integram no Sistema Formador de Recursos Humanos, como parte institucional do Ministério da Saúde, se integra ao Sistema Nacional de Saúde, e compartilha com o mesmo responsabilidades pelas ações de saúde coletiva.

Sua participação nos dois sistemas citados, cria em verdade dois tipos de exigências: primeiro que absorva e forneça elementos para a formação e reformulação das políticas de ambos os setores e por extensão a do Conselho de Desenvolvimento Social e, segundo, que forme pessoal para atuar nos mesmos, isto é, voltados para serviços ou ensino em saúde.

Como parte integrante da Fundação Oswaldo Cruz, atenção especial será reservada à formação científica e técnica dos seus quadros para apoio das atividades da pesquisa, da produção e do próprio ensino. Daí a grande importância da sua caracterização como centro de pós-graduação "stricto sensu".



A ESCOLA NACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA (ENSP)

Para a consecução desses objetivos ressurgiria no seio da Fundação Oswaldo Cruz a Escola Nacional de Saúde Pública, com ampla autonomia a cadêmica.

As seguintes formulações são consideradas necessárias para a fixação e caracterização do papel da ENSP:

1. A ENSP como uma instituição de ensino superior mantida pela Fundação Oswaldo Cruz deve reunir profissionais de várias áreas dedicados a elaboração e transmissão de conhecimento sistematizado e metódico de saúde pública e disciplinas afins, com o objetivo último de contribuir para a melhoria da saúde e bem estar da população brasileira.
2. A preparação de pessoal de saúde objetivando o desenvolvimento dos serviços, de ensino e de pesquisa, deve atender à necessidades identificadas e quantificadas através de estudo de recursos humanos do país.
3. *como esse varia?* A integração do Ensino com a Prestação de Serviços objetivará a experiência crítica e a melhor preparação discente e docente, bem como a plena utilização das potencialidades de seus quadros para a solução de problemas de saúde da população brasileira.
4. A ENSP terá responsabilidade de exercer o estudo crítico da realidade de saúde, bem como de propor o debate e contribuir para a formação de modelos de intervenção nessa realidade.

A ENSP E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

Situação atual da formação de RNS:

Podemos sinteticamente caracterizá-la como deficitária qualitativa e quantitativamente, com superposição de atribuições, ausência de metas estabelecidas, de coordenação central, de processos de reciclagem e de educação continuada e de descoordenação entre formação e utilização de pessoal.

/...



- Metas:
- Estabelecimento de uma política nacional de recursos humanos para a saúde (PNRHS);
 - Estruturação de um sub-sistema de planejamento de recursos humanos ao nível estadual;
 - Integração das Universidades com os órgãos prestadores de serviços;
 - Ampliação e cobertura de áreas específicas na formação direta de recursos humanos para a saúde;
 - Formação de grupo técnico de alto nível para assessoria à área governamental.

Funções da ENSP:

- 1) Fornecimento de subsídios para a formulação do PNRHS.

Mecanismo: Estado de Litução:

- a) Realização de estudos que permitam a qualificação e avaliação das necessidades;
- b) Criação de modelos: tecnologia para a proposição de modelos alternativos para a formação de RHS.

- 2) Participação na criação, implantação e seguimento das unidades de planejamento de recursos humanos

Mecanismo:

Assessoria às Secretarias estaduais de saúde e organismos regionais de desenvolvimento.

- 3) Ampliação e coordenação do sub-sistema para o aperfeiçoamento de recursos humanos para a saúde coletiva

Mecanismos:

Estímulo à integração das Universidades com os órgãos prestadores de serviços e os órgãos de desenvolvimento regionais, visando:

- a) Ampliação dos cursos regionalizados para formação básica em saúde pública;
- b) Apoio a necessidades de programas de saúde específicos, pela promoção de cursos rápidos nos Estados, e outras atividades.



4) Formação direta de Recursos Humanos para funções de trabalho, docên-
cência e pesquisa em saúde coletiva.

A - Pessoal Técnico-Auxiliar - A ENSP deve integrar-se às atividades do PPREPS, participando da criação de uma das áreas docente-assis-
tenciais, na qual poderão ser estudadas formas alternativas pa-
ra treinamento em ~~massa~~ *em larga escala* de pessoal técnico auxiliar.

B - Formação de Sanitaristas - Essa formação deve ser vista com pers-
pectiva que atenda à diversidade de formação universitária ante-
rior, às funções e campos de atuação, e aos princípios de uma edu-
cação continuada em etapas que concorram para progresso funcional
dos egressos.

Mais que tudo, deve desenvolver nos mesmos reflexões crí-
ticas que levem à inovação e melhoria dos serviços de saúde do pa-
ís.

Mecanismos:

a) O curso básico de saúde pública deverá ser integrado na experi-
ência docente-assistencial e preferentemente sua atividade di-
dática ser em tempo parcial para atender à clientela local que
não pode se afastar totalmente de suas atividades e criar meca-
nismos de articulação com outras formas de preparação de pesso-
al, tal como a Residência, ou, genericamente, o treinamento em ser-
viço. Seu conteúdo deve ser objeto de permanente avaliação crí-
tica e experimentação, para orientar e reorientar os cursos re-
gionalizados.

b) Estabelecimento da Residência em Saúde Pública, destinada a
profissionais de saúde sem experiência anterior em serviços de
saúde, cujas atividades se constituirão, no 1º ano, em estági-
os em áreas de atuação de unidades médico-sanitárias de nível
local e acompanhamento das atividades didáticas ^{incluindo} do curso bási-
co de saúde pública.

c) Promoção de cursos de especialização em saúde pública e disci-
plinas afins, que permita o aperfeiçoamento, adequação e diver-
sificação ^{orientada} ^{supervisionada} dos cursos.



sificação de preparo necessários às várias atividades em saúde coletiva.

- d) Promoção de seminários e ^{reunions} reuniões; ofertas de estágios e treinamento em atividades definidas que concorram para o aperfeiçoamento de profissionais de saúde pública; e, matrícula em disciplinas isoladas, em particular nas eletivas, de interesse do profissional, respeitadas as prioridades que têm os alunos de cursos regulares.
- e) Estabelecimento de Convênios com outras entidades de ensino superior.

C - Formação de Pessoal de Alto Nível (MESTRADO E DOUTORADO)

A formação de recursos humanos de alto nível para funções de docência, pesquisa e assessoramento em áreas técnicas e científicas da saúde coletiva será veículo importante da disseminação do corpo de doutrina na ENSP nas diversas instituições e órgãos nacionais ocupados com o setor saúde.

Mecanismos:

- a) Criação imediata do mestrado nas áreas suficientemente desenvolvidas;
- b) Articulação com outras áreas da Fundação Oswaldo Cruz para consolidar e reforçar áreas da ENSP;
- c) Convênios com a Universidade Federal do Rio de Janeiro e com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro visando à utilização mútua de créditos;
- d) Montagem de uma coordenação de apoio a estudos e investigações necessários ao treinamento discente e aperfeiçoamento do pessoal docente em integração com outras áreas da Fundação Oswaldo Cruz e outras entidades relacionadas a áreas básicas à saúde.



de coletiva;

e) Estímulo ao preparo diversificado do pessoal docente em particular em cursos de pós-graduação, seminários e atendimentos a congressos e outras formas de intercâmbio técnico e científico;

f) Promoção de atividades de extensão com participação de convidados de reconhecido mérito na área de saúde coletiva.

g) *Estudo de um plano geral de bolsas para ENSP*
relacionado a CAPES em forma de um projeto institucional
 5) Formação de um corpo técnico capaz de assessorar a área governamental

Como decorrência das quatro funções anteriores e, em particular, porque contará com quadros de alto nível e de ampla diversificação a ENSP se consolidará como instituição que presta assessoria e assistência técnica no campo da saúde coletiva na área governamental.

Organização da ENSP:

A realização destas funções que colocará a ENSP como o elemento formador e disseminador de uma doutrina de Saúde Pública, em nível nacional, exige que a mesma possua uma estrutura organizacional que simultaneamente atenda:

- a) Às exigências decorrentes do funcionamento da pós-graduação e da realização de estudos, investigações e pesquisas que é do tipo Departamental Universitário, necessitando atender às exigências do MEC para o reconhecimento dos seus cursos.
- b) Às exigências decorrentes do funcionamento de uma área docente-assistencial que são basicamente do tipo de estruturas operacionais de prestação de serviços.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO PRESIDENTE CASTELLO BRANCO

f.7.

- c) Às exigências decorrentes do âmbito nacional de suas atividades que são muito semelhantes àquelas desenvolvidas pelos Organismos Internacionais como a OMS, OPS etc.

Rio de Janeiro, 17 de março de 1976.

ANEXO E — RESIDÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA 1º ANO - UMA FORMA PARTICULAR DE TAS-SP-R1 (1976)

A RESIDÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - 1º ANO

- UMA FORMA PARTICULAR DO TAS EM

SAÚDE PÚBLICA - O TAS-SP-R 1.

O TAS-SP-R 1 será uma opção de treinamento básico em Saúde Pública a uma clientela semelhante à do Curso Básico de Saúde Pública (CBSP) mas que não tenha tido experiência de trabalho em serviços. Será uma modalidade no preparo de profissionais para atuação a nível local e/ou permitir uma educação continuada nos demais cursos ministrados pela ENSP.

Na medida em que tem algo em comum com o CBSP - clientela, nível e conteúdo das informações, etc. - pode ser visto como um programa paralelo a este e ao mesmo tempo permitir uma articulação com ele, a fim de utilizar melhor os recursos disponíveis.

O treinamento está estruturado sobre prestação de serviço em uma Unidade de Saúde Pública, em cuja área se encontram reorientados problemas de saúde. A localização destes problemas vai conduzir os treinandos a estudos para sua capacitação e à busca de alternativas de atuação em saúde coletiva.

O treinamento será realizado utilizando-se os serviços da USGSF (que está sendo reformulada) com os subsídios teóricos fornecidos pelos Departamentos da ENSP.

Neste primeiro ano estão sendo criadas condições para treinar médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas.

O TAS-SP-R objetiva capacitar os residentes a:

- Conhecer e buscar resolver os problemas de saúde que ocorrem no indivíduo, no grupo familiar e na comunidade e suas repercussões sobre os mesmos;

- Conhecer e manusear técnicas básicas de saúde pública, e saber reconhecer nelas sua utilidade e limitações no tratamento de problemas de saúde coletiva.

O TAS-SP-R1 será em regime de residência e a metodologia que será desenvolvida no treinamento está baseada no fornecimento de:

a) Uma filosofia de trabalho e de estudo a partir de um objeto - a saúde dos indivíduos e da comunidade.

2.

b) Uma metodologia de ensino que prestigie a transmissão dinâmica, interagindo experiências vividas nos problemas com informações técnico-científicas.

c) O conhecimento de técnicas próprias de saúde pública e de disciplinas afins, que possam levá-lo a atuar nos serviços de saúde buscando na multidisciplinária, uma forma de atuação particular e abrangente que tem abordagens próprias sobre um mesmo objeto: a saúde. O aprendizado do trabalho na equipe multidisciplinar o ajudará a compreender a inserção da problemática de saúde no atual processo social.

Ao fornecer isto, espera-se que o residente tenha desenvolvido, até o final do curso, tanto a plena compreensão do processo gerador dos problemas de saúde na comunidade bem como seja capaz de propor, acionar e conduzir mecanismos de atuação organizada visando a proteção e recuperação da saúde coletiva em seu nível local.

Ao final do curso, será fornecido certificado da Residência em Saúde Pública - 1º ano.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DO TAS-SP-R 1

A divulgação do TAS-SP-R 1 será feita até o final do mês de novembro para diplomados por Escolas, Faculdades ou Centros que ministrem o ensino de 3º grau. A inscrição poderá ser feita na primeira quinzena de dezembro e a escolha dos candidatos na segunda quinzena.

Dos candidatos, - médicos, odontólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas - será examinado o curriculum e feita uma entrevista para então se selecionar um total de 15 (quinze) profissionais.

Poderá ser fornecida uma remuneração mensal durante o período efetivo do treinamento.

Centrado na USGSF, o treinamento terá a duração de 11 meses consecutivos, no período de 15 de janeiro à 15 de dezembro de 1977. Será em tempo integral com a parte da manhã nos serviços e a parte da tarde em estudos.

Haverá contabilização de créditos através dos trabalhos executados nos diversos setores de serviço e através das aulas, seminários, discussões em grupo e outras atividades de ensino.

3.

no. Cada 80 horas deste tipo de atividade corresponderá a um crédito, sendo 20 o número mínimo de crédito que poderão desenvolver nos 11 meses.

Conforme a necessidade poderão ser realizados créditos em outras instituições que mantenham convênios com a FIOCRUZ.

O TAS-SP-R 1 constará basicamente de duas etapas:

1a. etapa - 15 de janeiro à 30 de junho de 1977.

Esta etapa compreenderá atividades específicas, conjuntas para profissionais selecionados conforme a sua área profissional de que provêm, atendendo e desenvolvendo observações em serviços próprios da US. Concomitantemente, independente da área de origem dos selecionados será desenvolvida a parte teórica conceitual do curso em forma de seminários e auditoria de casos.

Encarado como um profissional em formação, o residente de saúde pública não terá seu programa na US baseado em atividades de visita e observações mas numa real participação em atividades com compromissos definidos perante a preceptoria, a administração da Unidade e a população da área. Assumirá pois, plena responsabilidade por suas atividades sempre supervisionado pelos profissionais efetivos da USGSF e pela preceptoria.

As atividades na US deverão possibilitar que os residentes estejam simultaneamente cobrindo suas funções e recebendo informação através dos professores a fim de tornar possível a comparação entre a teoria e o problema vivenciado.

Portanto, o trabalho estará baseado em atendimentos a problemas de saúde pública obedecendo a um critério de rotatividade e a uma escala de trabalho.

Nessa etapa, pretende-se, a princípio, que o conteúdo da informação seja fornecido de forma bastante flexível para cada residente. Na medida em que, durante suas atividades nos serviços da US, se defrontarem com problemas, o residente buscará, junto com o preceptor e/ou assessor do Departamento no qual localizar a área-problema, as informações técnico-científicas que o caso requer. Se buscará, sempre que possível, estabelecer um marco teórico conceitual para o caso, seja através de seminários, leitura dirigida, aulas, etc. Este conhecimento será o básico nas áreas de Saneamento, Ciências Biológicas, Administração, Ciências Sociais e Epidemiologia, e serão fornecidos pelos respectivos Departamentos.

O conteúdo mais detalhado e cronograma serão fornecidos posteriormente.

A Coordenadoria cuidará também de verificar no programa de cada treinando o que este estudo-problema forneceu em termos de treinamento e créditos.

4.

Periodicamente, será realizada uma reunião formal entre os residentes e a Coordenadoria, para a abordagem dos temas relativos a atividades em exercício. Serão apresentados e discutidos relatórios dos residentes, dando conta de todos os aspectos observados nos estágios bem como a avaliação dos objetivos fixados para o treinamento no que diz respeito ao cumprimento dos mesmos.

A outra atividade reservada para o treinamento é o estudo dirigido.

Os assuntos de interesse de diversos treinandos poderão ser vistos em conjunto.

Ao se aproximar o fim desta etapa, caso os assuntos de finidos no Programa não tenham surgido como áreas problemas, a Coordenação cuidará de introduzi-los como tema de estudo.

Ao final desta etapa, haverá avaliação e contabilização do total de créditos atingidos por cada treinando, quando, em conjunto com estes, será discutido quais cursos do CBSP devem ser feitos para uma sequência formal dos assuntos com a obtenção dos respectivos créditos.

2a. etapa - 01 de julho à 15 de dezembro de 1977.

A única modificação importante é que o treinando poderá optar por créditos do CBSP, permanecendo, nos demais períodos, em atividade na US e nos estudos programados pela preceptoria.

A natureza das atividades a serem desenvolvidas na 2a. etapa dentro dos serviços da US deve sofrer modificações. Tendo visto uma área de problemas na unidade e tendo-as discutido em grupo, o residente, de acordo com sua área e de comum acordo com a coordenação, definirá um tema para ser estudado e desenvolvido. Este tema deve, necessariamente, estar ligado a atividades ou problemas de Saúde Pública. Por exemplo, como área de investigação poderão ser sugeridas (1) a eficácia de instrumentos ou técnicas utilizadas pelos serviços da unidade (2) estudar um problema de saúde pública na comunidade ou (3) uma avaliação da própria atividade global da Unidade em particular no que concerne a sua repercussão sobre a saúde da população. Tal trabalho poderá, de acordo com julgamento feito pela Chefia da Unidade, ser incorporado ao planejamento da unidade para o ano seguinte.

APÊNDICE A — SÍNTESE DO DESENHO DA PESQUISA

Questão de pesquisa	Objetivo específico	Técnicas de Coleta de dados	Análise de dados
Quais as razões de a instituição estabelecer o modelo multiprofissional na formação nos cursos do <i>lato sensu</i> ?	Identificar razões que levaram a instituição a adotar o modelo de formação multiprofissional em seus cursos <i>lato sensu</i> .	Pesquisa Documental	Análise do Discurso
Quais estratégias institucionais foram desenvolvidas para viabilizar o modelo multiprofissional?	Analisar as estratégias institucionais que viabilizaram o deslocamento da oferta de cursos uni para multiprofissionais.	Pesquisa Documental	Análise do Discurso
Que elementos políticos e pedagógicos foram considerados pela instituição ao estabelecer a multiprofissionalidade como alternativa ao seu projeto de formação <i>lato sensu</i> ?	Descrever os elementos políticos e pedagógicos que foram considerados pela instituição ao estabelecer a multiprofissionalidade em seu projeto de formação.	Pesquisa Documental	Análise do Discurso