

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Trajetória do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz: um estudo de caso”

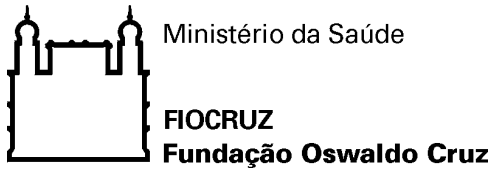
por

Monireh Obbadi

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Cavalcanti de Aguiar*

Rio de Janeiro, julho de 2010.



Esta tese, intitulada

“Trajetória do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz: um estudo de caso”

apresentada por

Monireh Obbadi

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Regina Helena Petroni Mennin

Prof.^a Dr.^a Eliana Claudia de Otero Ribeiro

Prof. Dr. Rafael Arouca Höfke Costa

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 07 de julho de 2010.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

O12 Obbadi, Monireh

Trajetória do Curso de Especialização em Saúde Pública da
Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz: um estudo de
caso. / Monireh Obbadi. Rio de Janeiro : s.n., 2010.

190 f. il., tab.

Orientador: Hortale, Virginia Alonso

Aguiar, Adriana Cavalcanti de

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Currículo. 2. Saúde Pública. 3. Especialização. 4. Programas de Pós-
Graduação em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 378.199

DEDICATÓRIA

*Nas grandes batalhas da vida,
o primeiro passo para a vitória
é o desejo de vencer.*

Mahatma Gandhi

Para S. Sheikmashayeki (Oma jan) e Gh. Obbadi (*in memoriam*)

Hooman, Saam, Taam e Natalie Momen e

Lily Obbadi Spilatro

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que me apoiaram nesta caminhada intelectual. A todas essas, minha gratidão. Algumas em especial merecem ser mencionadas.

Meu marido Hooman Momen pelo apoio e pela compreensão a minha dedicação exclusiva ao doutorado e por todas as vezes que precisei do seu apoio intelectual.

Dra. Virginia Hortale por me incentivar a fazer o programa de doutorado e aceitar ser a minha orientadora e me socorrer durante estes quatro anos quando precisei dela.

Minha coorientadora Dra. Adriana Aguiar pelos seus questionamentos e comentários construtivos na elaboração da tese.

Dra. Eliana Claudia Ribeiro por me incentivar na escolha do objeto desta pesquisa.

Profa. Célia Leitão (*Celia jun*) que me acolheu nos momentos difíceis da pesquisa, independentemente de dia e hora.

Dra. Claudia Travassos pelo seu apoio e Dr. Guido Palmeira por colocar à minha disposição a documentação do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP).

Meu querido Bruno Soares que me ajudou e disponibilizou os dados sobre o CESP, mesmo à distância, e esclareceu minhas dúvidas quando precisei.

Simone Titiry que me ajudou a marcar as entrevistas, transcrevê-las e disponibilizou as informações sobre o CESP, quando necessário.

Dra. Maria Goreti Freitas-Tsouris, Marly de Carvalho Willcox, Luciane Willcox e Dra. Claudia Jurberg pelo apoio intelectual e linguístico.

Agradeço, também, aos membros da banca de qualificação do meu projeto pelos comentários construtivos.

Aos diretores da Escola Nacional de Saúde Pública e aos coordenadores do CESP que ofereceram seu precioso tempo para serem entrevistados. Seus depoimentos complementaram as informações contidas na documentação consultada, assim como esclareceram minhas dúvidas.

À minha amiga Cecília, pela torcida inicial e pelo apoio para que eu pudesse começar minha caminhada.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
INTRODUÇÃO	15
1. Influências na construção do conhecimento dos profissionais de saúde no Brasil	16
1.1. A cooperação técnica da Opas/OMS na Fiocruz	16
1.2. A implantação do Sistema Único de Saúde e as instâncias proponentes da formação	18
1.3. A contribuição das Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde	19
1.4. O papel da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva na formação em saúde	21
2. Origens e Desenvolvimento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca	23
3. O Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP	26
OBJETIVOS	30
1. Objetivo geral	30
2. Objetivos específicos	30
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	31
1. Formação profissional no campo de saúde pública	31
1.1. Origens do pensamento social em saúde	31
1.2. Perspectivas do campo de educação na saúde	34
2. Currículo e ensino na pós-graduação	39
2.1. Strict Sensu X Lato Sensu	41
2.2. Importância e trajetória dos cursos de pós-graduação Lato Sensu	45
2.3. Sistema de avaliação	47
3. Currículo uma arena contestada	50
3.1. Uma incursão pelo campo de currículo	50
3.2. A origem e a trajetória do campo do currículo	51
CAPÍTULO 2: METODOLOGIA	58
1. Caracterização da pesquisa	58
2. Aspecto ético da pesquisa	61
3. Métodos	61
3.1. As entrevistas	61

3.2. Análise documental	62
3.3. Plano de análise de dados	63
CAPÍTULO 3: RESULTADOS (Parte 1: 1925-1989)	65
1. Trajetória do Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP	65
1.1. Período 1925-30	66
1.2. Década de 1930	71
1.3. Década de 1940	74
1.4. Década de 1950	78
1.5. Década de 1960	80
1.6. Década de 1970	85
1.7. Década de 1980	90
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E ANÁLISE (Parte 2: 1990-2006)	95
1. Estrutura organizacional do Curso de Especialização em Saúde Pública	95
1.1. Coordenação geral do curso	95
1.2. Colegiado	95
2. Processo de seleção e perfil dos alunos do curso	97
2.1. O processo de seleção e a demanda do curso	97
2.2. Alunos matriculados e concluintes	101
2.3. Características dos concluintes do curso	104
2.3.1. Formação	104
2.3.2. Instituição de trabalho	106
2.3.3. Idade e sexo	107
2.4. Dedicção ao curso e a carga horária	109
3. Gestão e planejamento curricular do curso	113
3.1. Objetivos do curso	113
3.2. Conteúdo do curso	117
3.2.1. Considerações iniciais	117
3.2.2. A reformulação do curso	120
3.2.3. Os anos noventa	122
3.2.4. O novo milênio	132
3.2.5. A interdisciplinaridade	136
3.2.6. O currículo como campo de embates	137
4. Interfaces do curso com o sistema de saúde: a relação entre a teoria e a prática	139
5. Perfil de formação de sanitarista – especialista ou generalista	143
6. Relação entre o curso e a pós-graduação <i>stricto sensu</i>	145
7. Formação pedagógica dos professores	149
CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	172
ANEXOS	182

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar as características do ensino de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública e a dinâmica das mudanças curriculares para a formação de especialistas. A pesquisa realizou um estudo de caso do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) que é considerado um curso histórico e tradicional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

O resultado do estudo é demonstrado com a seguinte estrutura e conteúdo. Na primeira parte, a trajetória do CESP da ENSP é apresentada até 1990. Esta parte do estudo é feita a partir de cada década do curso com base em análise documental realizada nos arquivos da Secretaria Acadêmica da ENSP. Na segunda parte, foi estudado o curso entre 1990-2006. Além da análise documental também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todos os gestores da ENSP e os coordenadores do CESP desse período. O objetivo foi o de estabelecer, na descrição do caso, um elo entre a bibliografia consultada, as entrevistas realizadas e as fontes documentais. Para elaboração do banco de dados dos alunos do curso, foram consultadas as fichas de matrícula existentes na Secretaria Acadêmica.

Os resultados e a análise são apresentados nas seguintes categorias: coordenação do curso; alunos do curso; gestão e planejamento curricular do curso; teoria e prática: compatibilidade dos conteúdos do curso com o Sistema Único de Saúde (SUS); perfil de formação de sanitarista – especialista ou generalista; relação entre o curso e a pós-graduação *stricto sensu* e a formação pedagógica dos professores.

Nas considerações finais são apresentados alguns aspectos referentes à tese que está sendo defendida: a importância do curso para a formação dos profissionais de saúde pública; as alterações que ocorreram nas características dos alunos; a influência da política de saúde a partir da constituição do SUS no conteúdo do curso e as lições que poderão ser tiradas.

PALAVRAS-CHAVE: currículo; saúde pública; especialização; pós-graduação

ABSTRACT

This study aimed to analyze the key features in the teaching of post-graduate lato sensu courses in Public Health as well as the dynamics of curricular changes in the training of specialists in this area. The research took as a case study, the Course of Specialization in Public Health (Curso de Especialização em Saúde Pública-Cesp) which is considered a historical and traditional course of the National School of Public Health (Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP).

The results of the study are illustrated by the following structure and content. In the first part the trajectory of the Cesp is presented until 1990. In this part of the study the results from each decade of the course are presented on the basis of documental analysis carried out in the archives of the Academic Secretariat of ENSP. In the second part, the period of the course between 1990-2006 was studied. Besides the documental analysis, semi-structured interviews with all ENSP directors and coordinators of the course during this period were also conducted with the aim of establishing, in the case study, a link among the literature consulted, the interviews and documentary sources. Files on student enrollment existing in the Academic Secretariat were consulted in order to develop a database about the students of the course.

The results and analysis are presented in the following categories: coordination of the course, students of the course, management and planning of the curriculum of the course; theory and practice: compatibility of the contents of the course with the National Health System (Sistema Único de Saúde-SUS), characteristics of the training of public health professionals – specialist or generalist; the relation between Cesp and post-graduate stricto sensu courses and finally the educational training of the faculty.

In the concluding remarks some aspects of the thesis that is being defended are presented such as the importance of the course for the training of public health professionals, the changes that occurred in the characteristics of the students, the influence of health policy on the content of the course since the implementation of the SUS and the lessons that can be learnt.

KEYWORDS: *curriculum; public health; specialization; post-graduation*

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADROS	Pag.
Quadro 1 - Legislação sobre os cursos de pós-graduação no Brasil no período de 1965 a 2008	43
Quadro 2 - Diferença entre cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> e <i>stricto sensu</i>	57
Quadro 3 - Matriz do currículo do Curso de Saúde Pública do Departamento Nacional de Saúde entre 1925-1959	69
Quadro 4 - Demonstrativo da programação curricular dos dois cursos de Saúde Pública na década de 1970	88
Quadro 5 - Matriz demonstrativa da programação curricular do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz na década de 1980	91
Quadro 6 - Observações adicionais referente do curso de Especialização em Saúde Pública – ENSP-Fiocruz entre 1990-2006	109
Quadro 7 - Objetivos do curso de Especialização em Saúde Pública 1990-2006	114
Quadro 8 - Estrutura Curricular do curso de Especialização em Saúde Pública entre 1990-1999	123
Quadro 9 - Estrutura Curricular do curso de Especialização em Saúde Pública entre 2000-2006	133

FIGURAS	Pag.
Figura 1 - Número de candidatos inscritos no Curso de Especialização em Saúde pública da ENSP- Fiocruz entre 1990 e 2006	98
Figura 2 - Número de alunos matriculados no Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP-Fiocruz entre 1990 e 2006	102
Figura 3 - Número dos alunos Concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP- Fiocruz entre 1990 – 2006	103
Figura 4 - Total de alunos inscritos, matriculados e concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP-Fiocruz entre 1990 e 2006	104
Figura 5 - Carga Horária do Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP-Fiocruz entre 1990 e 2006	112

LISTA DE TABELAS		Pag.
Tabela 1 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1940		78
Tabela 2 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1950		80
Tabela 3 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes por área de formação nos cursos em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1960		83
Tabela 4 - Cursos em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz, na década de 1960, para profissionais de saúde		84
Tabela 5 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1970		89
Tabela 6 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1980		93
Tabela 7 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006		102
Tabela 8 - Formação superior dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006		105
Tabela 9 - Instituição de Formação superior dos alunos concluintes do curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006		106
Tabela 10 - Instituição de trabalho dos alunos concluintes do curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006		106
Tabela 11 - Faixa etária dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006		107
Tabela 12 - Sexo dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006		108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AI	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
B.A.	Bacharel em Artes
B.Sc.	Bacharel em Ciências
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEENSP	Centro de Estudo da Escola Nacional de Saúde Pública
CESP	Curso de Especialização em Saúde Pública
CFE	Conselho Federal de Educação
CHEA	Council for Higher Education Accreditation
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humano para Saúde
CONCURD	Coordenação Nacional dos Cursos Descentralizados -
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EGS	Escola de Governo em Saúde
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FRHS	Formação de Recursos Humanos em Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IEC	Informação, Educação e Comunicação.
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
ITA	Instituto de Tecnologia da Aeronáutica
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LDBEN	Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (cont...)

NOB	Norma Operacional Básica
NSE	Nova Sociologia da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEPPE	Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicos
PESES	Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Saúde e Saneamento para o Nordeste
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PREV-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde
SECA	Secretaria Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UNB	Universidade Federal de Brasília
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFBa	Universidade Federal da Bahia

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o mundo vem experimentando uma enorme transformação decorrente do desenvolvimento científico e tecnológico. A sociedade que se convencionou chamar de “sociedade do conhecimento” necessita de um novo perfil de qualificação no qual inteligência e saber são fundamentais. Assim, várias mudanças vêm ocorrendo nas formas de organização de trabalho e nos perfis profissionais, impulsionando a diversificação das especializações. Tal cenário traz transformações nos diversos setores que fazem parte desse novo espaço; para isso é imprescindível que os profissionais da área sejam preparados de acordo com essas novas demandas.

O setor de saúde como parte dessa nova sociedade também requer que seus profissionais sejam bem qualificados e atualizados, pois diante de perspectivas atuais da sociedade precisa-se cada vez mais profissionais experientes para os desafios e exigências dessas relações.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a saúde pública é compreendida como um campo de conhecimento e de prática que podem ser definidos e organizados; portanto não é uma ciência e nem uma disciplina. Consequentemente, necessita de vários campos de conhecimento para o seu exercício. Essas práticas dependem de saberes articulados e de profissionais adequadamente formados. A Opas (2002) enfatiza que os profissionais são elementos fundamentais para a prática de saúde pública, constituindo um dos seus principais pilares.

Do ponto de vista organizacional, *a saúde pública é um esforço organizado pela sociedade, primeiramente através das suas instituições para melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde das populações através de uma ação coletiva* (PAHO/Opas, 2002:46). O termo “saúde pública” implica em várias discussões quanto à sua definição, sendo um conceito mutável. Winslow (1920 *apud* PAHO/Opas, 2002:46) caracteriza a prática de saúde pública como *a ciência e arte da prevenção da doença, prolongando a vida e promovendo saúde e bem estar através do esforço de uma comunidade organizada*.

Os profissionais que trabalham na área da saúde têm características diferentes porque lidam com a dimensão coletiva da saúde utilizando quer os conhecimentos de outros

campos quer o instrumento de intervenção para alcançar a população com o objetivo de tratar um risco específico de saúde. Os profissionais estão constantemente combinando várias formas de conhecimento e informação, aplicando e revisando os instrumentos disponíveis para solucionar os problemas da saúde pública que por ser um campo interdisciplinar demanda trabalho em equipe e requisita a contribuição de várias disciplinas. O trabalho em saúde pública, além de ter objetivos coletivos, é coletivo em si. Os profissionais dessa área não somente trabalham com o conhecimento; eles os criam e desenvolvem a maneira de aplicá-los como parte da sua ação coletiva (PAHO/Opas, 2002).

No contexto atual de mudanças no processo de trabalho em saúde, com a introdução de inovações tecnológicas e de novas maneiras de organizar os serviços de saúde, a preparação adequada dos profissionais da área é de grande importância. A falta de acompanhamento e estudos que possam evidenciar estas mudanças é um dos obstáculos à avaliação desse processo (Cecim & Feuerwerker, 2004). Criar um novo modo de fazer saúde e especialização sem perder a visão ampla da mesma é um desafio para as instituições de ensino. É importante aprender e aplaudir o passado, mas é também importante projetar o futuro.

1. Influências na construção do conhecimento dos profissionais de saúde no Brasil

1.1. A cooperação técnica da Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde na Fundação Oswaldo Cruz

No início da década de 1970, o Ministério da Saúde (MS), o Ministério de Educação e Cultura (MEC) e a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) assinaram um acordo denominado “Programa Geral de Desenvolvimento de profissionais para a Saúde no Brasil”. Este foi o dispositivo que deu início à cooperação técnica Opas-Brasil na área de recursos humanos em saúde. O acordo se orientou pelas recomendações do II Plano Decenal de Saúde para as Américas, de 1972, e pelas diretrizes do governo brasileiro que estabeleceram três objetivos principais da cooperação técnica. O primeiro se referia ao planejamento e desenvolvimento de recursos humanos. O segundo se situava na preparação direta de profissionais de saúde, buscando aumentar a integração entre o

sistema de formação e a realidade da rede assistencial no país. O terceiro objetivo procurava dar apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação estratégica de profissionais de saúde, fortalecendo a formação dos agentes envolvidos com a docência e a pesquisa, mediante a concessão de bolsas de estudo e o suporte técnico-financeiro às instituições de pós-graduação (Paiva et al., 2008; Castro, 2008).

Em 1974 foi criado um grupo de trabalho interministerial para estudar as três grandes áreas de atuação anteriormente mencionadas. O diagnóstico do grupo mostrou que: a) existiam sérias distorções na disponibilidade e composição de profissionais para o setor; b) existia um distanciamento entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, refletido tanto na estrutura curricular quanto na estrutura de ensino, o que por sua vez constituía um dos fatores da deficiente organização e funcionamento dos serviços de saúde; e c) inexistia um subsistema permanente para promover e coordenar o desenvolvimento de profissionais para a saúde nos âmbitos federal e estadual (Castro, 2008).

No ano seguinte, o governo brasileiro através do MS, do MEC e da Fiocruz assinou, via Opas, um convênio de cooperação técnica com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para implementar a área de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde, criando o “Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde” (PPREPS). As responsabilidades das instituições eram as seguintes: o MEC e o MS compartilharam a condução política e técnico-normativa do programa, a Fiocruz ficou responsável pela execução dos projetos, e a Opas encarregou-se da constituição e manutenção do grupo técnico central do PPREPS e da cooperação técnica e financeira de seus fundos regulares. Esse programa, tendo como objetivo a formação de profissionais de saúde em grande escala, influenciou o nível executivo estadual, principalmente as secretarias de saúde do Nordeste, que por sua vez contribuíram para a formação de novos especialistas nessa área (Escorel, 1998; Castro, 2008).

Diante desse cenário observa-se a participação ativa dos organismos internacionais como a OMS e a Opas no fortalecimento das ações destinadas à institucionalização do ensino em saúde no Brasil.

1.2. A implantação do Sistema Único de Saúde e as instâncias proponentes da formação

A partir da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, o setor saúde enfrentou um processo de reforma do Estado, com a participação da sociedade e das lideranças políticas, cuja ação foi fundamental para o avanço, tanto da reforma sanitária quanto da consolidação do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS deveriam cumprir um papel indutor no sentido da mudança tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional (Cecim & Feuerwerker, 2004). Para estes autores, as instituições de ensino, além de levarem em consideração as características do profissional de saúde e a complexidade da área na construção do currículo dos seus cursos, também devem conscientizar os alunos acerca da importância do “aprender a aprender” e do buscar a atualização dos seus conhecimentos e da prática profissional através da educação continuada.

Dessa maneira, os profissionais de saúde poderiam constantemente se atualizar, acompanhando as mudanças surgidas no setor. Documento da Opa (PAHO/Opa, 2002) salienta a necessidade de ampliar e melhorar a qualidade dos processos de formação de pessoal para fornecer respostas específicas às necessidades dos serviços de saúde.

O SUS vem reorientando as estratégias e modos de promover, cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Apesar do SUS, do ponto de vista constitucional, ser responsável por “ordenar” a formação de pessoal de saúde, apenas nos últimos anos passou a apresentar propostas e formular políticas nesse sentido, em parceria com o MEC. Em 2003, na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), quando da reestruturação do MS, enfatiza-se a relevância da área de recursos humanos para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. Assim, a SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, e da formação, qualificação e regulação dos profissionais de saúde no Brasil. Suas atividades englobam o apoio às instâncias de preparação desses profissionais e a busca da integração dos setores da saúde e da educação para o fortalecimento das

instituições formadoras, no interesse do SUS, e para a adequação da formação profissional às necessidades da saúde da população.¹

Em 2005 o MS (2005:5) salientava que *o distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor de saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS.*

A articulação entre o setor educacional e prestadores de serviços entre outros temas foi objeto de discussão nas conferências nacionais de recursos humanos em saúde que foram realizadas como desdobramento da VIII CNS.

1.3. A contribuição das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde

O grande marco histórico no processo de universalização do direito à saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986. Essa conferência contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na mesma houve um consenso de que para o setor de saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (Andrade et al., 2000). A VIII CNS também apontou a interdependência entre a política econômica e a social e avançou na definição de que os serviços de saúde deveriam ser públicos e fundamentais para toda a população (Pinheiro et al., 2005).

As intensas discussões em relação à política de recursos humanos necessária para implementar o SUS levaram à realização da I Conferência Nacional de Recursos

¹ Portal do Ministério da Saúde. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382. Acessado em 07.02.2010.

Humanos em Saúde (CNRHS). A I CNRHS, realizada em outubro de 1986, teve como tema central a "Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária" e constituiu-se em fórum privilegiado de debate da problemática específica de ausência da política de recursos humanos dessa área. Em continuidade à VIII CNS foi discutida a necessidade de uma maior articulação entre os centros formadores e as instituições que prestam serviços de saúde de forma a alcançar as premissas de saúde cuja principal meta é oferecer serviços de qualidade tendo como pano de fundo a realidade social da população (Sayd et al., 1998).

A articulação entre o setor educacional e as instituições prestadoras de serviços de saúde foi discutida. Vários foram os fatores apontados como causadores de distorções entre o perfil do profissional formado e aquele que atenderia às reais necessidades dos serviços de saúde (Brasil, 1986). Dentre esses fatores, a ausência de objetivos comuns entre o setor educacional e as instituições prestadoras de serviços; a prioridade colocada somente nos discursos; a inadequação curricular à realidade dos serviços; e a lógica privatizante do setor educacional (Brasil, 1986).

As proposições destacadas na I CNRHS foram: a) a saúde deveria ser apreendida como resultante de um processo de determinação social, ultrapassando a visão da área biológica; b) a capacitação dos profissionais deveria ser para a atuação multiprofissional, sendo necessário preparar um profissional competente para atuar no sistema integrado de ações de nível primário, secundário e terciário; c) os perfis de formação deveriam ser construídos em conjunto pelos diversos profissionais da área, tendo como base a realidade social; d) o novo objeto para a educação em saúde seria o homem em sua plenitude de ser social, somente apreendido com a concomitante mudança nas práticas pedagógicas; e e) o ensino deveria ganhar com a dimensão social um caráter histórico e deveriam ser estabelecidas normas que obrigassem a alternância de períodos de formação e períodos de prestação de serviços por parte dos profissionais (Brasil, 1986).

Em resumo, a I CNRHS consolidou as análises até então realizadas sobre a temática e propôs uma agenda para o movimento da reforma sanitária no tocante à questão da formação de profissionais para o setor de saúde, a ser cumprida como condição para a desejada implantação do SUS.

Sete anos depois dessa conferência que estabeleceu as bases para a consolidação do processo de formação de profissionais para a saúde, realizou-se a II CNRHS, em setembro de 1993, tendo como tema central os desafios éticos frente às necessidades de saúde em atenção à expressa recomendação da IX CNS, ocorrida um ano antes e cujo tema central foi a implementação do SUS e o controle social. A II CNRHS abordou a pequena adesão da universidade aos projetos da reforma sanitária e do SUS e a consequente dificuldade gerada no processo de construção do SUS (Brasil, 1993).

Com base na análise dos relatórios das conferências, percebe-se que há uma preocupação no campo da formação quanto à adequação dos profissionais de saúde às grandes demandas e necessidades apresentadas pela sociedade. De acordo com Sayd et al. (1998), a partir da VIII CNS a formação é uma preocupação que vai amadurecendo, enquanto nos serviços novas estruturas e arranjos se explicitam em virtude desse amadurecimento, ainda que nem sempre alcançando os resultados esperados. A VIII CNS teve o importante papel de facilitar as mudanças na configuração do perfil dos profissionais do setor de saúde.

1.4. O papel da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva na formação em saúde

Embora a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) tenha sido criada em 27 de setembro de 1979, antes da implantação do SUS no Brasil, e um mês após a assinatura da lei de anistia, esta representou o início de um novo período da vida política brasileira (Fonseca, 2006), seu papel tem sido de destaque desde então. Talvez, até em virtude desse amadurecimento pré-SUS, a Abrasco ocupe espaço de destaque no cenário da pós-graduação em saúde coletiva.

De acordo com Minayo (2006), desde a criação da Abrasco as questões de ensino e pesquisa estiveram presentes na sua *práxis*. Em seu trabalho, Fonseca (2006) mostra que a Abrasco também teve estreita ligação com as transformações que aconteceram no campo da saúde pública e no contexto político institucional brasileiro. Segundo a autora, até meados dos anos 1980, esta organização participou na formulação das

políticas de ensino nas residências médicas e nos cursos de especialização (Minayo, 2006).

É importante salientar que nessa década, o país ainda vivia sob o governo militar, mas um lento processo de liberalização culminou com a decretação da anistia em 1979. Também nesse mesmo ano foi extinto o bipartidarismo forçado, estabelecido pelos militares entre a Arena e o MDB, entrando em cena política seis novos partidos.²

Outro aspecto a ser ressaltado é que, com apoio da Opas, da OMS e da Fundação Kellogg, em parcerias com o Ministério da Saúde e o MEC, a Abrasco teria se constituído institucionalmente no eixo de interligação entre formação profissional e atuação política nessa época. De acordo com Fonseca (2006:26), *os anos 1980 foram marcados na área de saúde por um processo de mudanças que culminou em uma ruptura institucional consagrada com aprovação da Reforma Sanitária. Acompanhando o contexto de abertura política, essas mudanças estavam vinculadas à nova configuração de interesses políticos e à movimentação de novos atores nesse jogo e se associaram às transformações na área acadêmica e no campo profissional quando o redesenho das relações de trabalho e do processo de trabalho na área de saúde demandava novas especializações.*

A partir da metade da década de 1980, a Abrasco se consolida no cenário nacional na formulação das políticas de saúde, participando intensamente da VIII CNS, da Constituição de 1988, da elaboração da Lei Orgânica da Saúde e do início da implementação do SUS (Minayo, 2006).

Bem antes da criação do SUS e da Abrasco, já se manifestava no país uma preocupação com a melhoria da saúde pública, tanto no âmbito internacional quanto no nacional. Hochman (1998) analisa a formação das políticas de saúde pública no Brasil, observando que a saúde não é somente pública, mas estatal e nacional. Hochman relata, a partir de outros autores (Edson, 1895; De Swaan, 1990), que a igualdade entre os homens, arduamente desejada por socialistas, foi conquistada não mais por projetos políticos ou por revoluções, mas pelos organismos vivos: os micróbios. Esses micro-

² Os novos partidos foram: PT, PMDB, PDT, PTB, PDS e PP (Carvalho *apud* Fonseca, 2006).

organismos não têm preconceito e atingem os indivíduos independentemente de seu poder aquisitivo, de raças ou instrução pois nenhum ser está imune aos seus ataques. A partir dessa visão, as elites se preocuparam com sua fragilidade e passaram a exigir do poder público maior atenção em relação à saúde. Foi, portanto, na eminência do risco microbiano que se inicia a preocupação com saúde pública, no Brasil, na primeira República (1891-1930).

E baseada nessas preocupações que é criada a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

2. Origens e desenvolvimento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Em 1925 foi criado o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, sob inspiração do prof. Carlos Chagas, à época diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública. Seu sonho era criar uma escola de saúde pública, e embora o curso tenha sido incorporado por imperativo legal à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sua coordenação administrativa, técnica e didática, ficou sob a responsabilidade do Instituto Oswaldo Cruz (IOC).

O Curso Especial de Higiene e Saúde Pública tinha como finalidade a preparação de médicos para o exercício de funções de saúde pública. Em 1942, o Curso Especial de Saúde Pública (Cesp) deixava o âmbito do IOC para ser anexado aos cursos criados no Departamento Nacional de Saúde (DNS) do MS.

Em setembro de 1954, a ENSP foi criada, sob responsabilidade da União, tendo como finalidade a defesa e a proteção da saúde e a manutenção de uma escola-padrão de caráter nacional. Segundo Fonseca (2004) a sua criação ocorreu menos de um mês após o suicídio do Presidente Vargas. Nesse contexto de transição e instabilidade política, as medidas destinadas a efetivar sua implementação e funcionamento somente começariam a ser adotadas quatro anos depois. No entanto a partir de 1958 começa a publicação de uma série de decretos definindo sua finalidade, estrutura, regulamento e regimento. Assim em 1959 foram iniciados seus primeiros cursos com o objetivo de formar pessoal técnico especializado para as atividades de saúde pública. Na mesma ocasião, ficou definida que a apresentação do certificado de especialização expedido pela ENSP era

condição básica para ingresso em cargos e funções de saúde pública em âmbito federal (Coutinho, 1980 mimeo). Em 1966, o poder executivo criou a Fundação Ensino Especializado em Saúde Pública que foi entregue à ENSP. Para a nova Fundação foi concedida autonomia didática, podendo, em consequência, organizar seus cursos sem subordinar-se às exigências da legislação geral do ensino (Lei no. 5.019).

Nesse mesmo ano, a ENSP passou a ter sede própria, no bairro de Manguinhos (RJ), onde se encontra até o momento. Em outubro de 1969, a denominação Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública é mudada para Fundação de Recursos Humanos para a Saúde (FRHS). Logo em seguida, em 1970, mesma época em que foram celebrados os acordos entre a Opas, OMS, o Ministério da Saúde e MEC para a formação de profissionais em saúde, a FRHS é transformada em Fundação Instituto Oswaldo Cruz, na qual a Escola foi incorporada com a denominação de Instituto Presidente Castelo Branco. Por fim, a nova Fundação estabelece sua organização básica sob a denominação de Fiocruz, incorporando a Escola com seu nome original de ENSP. É importante observar que a Instituição, para manter o seu nome original, passou por uma arena de combate. Durante quase duas décadas foi renomeada, várias vezes, sem perder a sua identidade, apesar de todas as restrições de ordem político-institucional, resultado de vinte anos de ditadura.

A partir de 1966, começou o processo de qualificação do corpo docente. A ENSP passou a definir seus objetivos; executar pesquisa sobre vários problemas de saúde; participar de programas de saúde e influir (embora de forma limitada pelas restrições acima mencionadas) nas decisões políticas no campo da saúde. A ENSP conseguiu superar os obstáculos e restrições do governo na época e marcar sua presença no país como uma entidade formadora de profissional de saúde, de investigação em saúde, de prestação de serviços e de assessoria nacional e internacional. Desde seu início, a ENSP tem procurado enfatizar os aspectos sociais da saúde, questionando o clássico modelo biológico no ensino e na pesquisa em saúde pública.

Na década de 1970, a ENSP procura aumentar o seu quadro de docentes buscando uma reformulação substancial de sua atuação. Através de concurso público, contrata professores de alta qualificação que mais tarde teriam destaque tanto na Escola como na Fiocruz em geral. Seu caráter nacional tornou-se mais evidente quando, a partir de

1975, iniciou um processo de descentralização de suas atividades de formação, com a criação dos cursos regionalizados de saúde pública em Belém e Porto Alegre, em convênio com as respectivas secretarias estaduais de saúde. Estes foram os primeiros passos que viabilizaram a expansão da formação de profissionais em saúde pública em todo país. Com exceção do Pará e do Rio Grande do Sul, que realizaram cursos ininterruptamente desde então, vários estados vêm desenvolvendo, ainda que de forma descontinuada, cursos de saúde pública, cujas experiências têm sido periodicamente debatidas ao longo de encontros nacionais de coordenadores da área. Ao longo dos anos, através de convênios entre a Fiocruz, as Secretarias Estaduais de Saúde e universidades locais, foram realizados cursos nos estados de Santa Catarina, Paraná, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Amazonas, Rondônia e Distrito Federal e que viabilizaram a titulação de cerca de 3.000 sanitaristas muitos dos quais trabalhando nas instituições públicas do setor saúde (ENSP, 1986).

Foi também no ano de 1975 que a ENSP criou, com recursos da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses) e Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (Peppe), com o objetivo de desenvolver pesquisas nesses setores e contribuir para a formação dos recursos humanos (ENSP, 1986). Numa experiência inédita no país, os dois programas se constituíram como um sistema integrado de estudos interdisciplinares, docência e apoio a núcleos emergentes de pesquisa. Contribuíram assim para o fortalecimento da ENSP enquanto centro de formação em saúde pública no Brasil e, conseqüentemente, para a criação do programa de pós-graduação *stricto sensu* e o desenvolvimento de investigações nas áreas de ciências sociais, planejamento e epidemiologia.

O início dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado em 1977 e doutorado em 1980) conferiram à ENSP uma vertente acadêmica, formando quadros capazes de atuar na docência de nível superior e na investigação, tornando possível reproduzir o “pensamento” da ENSP em todo país.³

³Em fins de 1984, a ENSP aprovou seu Regimento Interno no qual, entre outras, se definia que as funções de diretor e de chefes de Departamento seriam preenchidas mediante eleições. Em 1985, com o advento

Na década de 1990, foi criado o espaço institucional de Escola de Governo em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública (EGS/ENSP) com intuito de responder às demandas de novos conhecimentos e tecnologias exigidas pelo SUS em acelerada transformação. A EGS é considerada uma reorientação estratégica dos programas de ensino, pesquisa e cooperação técnica para a formação de quadros e produção de conhecimento para o SUS. Ela é responsável pelo ensino em nível de pós-graduação *lato sensu* e em ministrar cursos à distância para qualificar profissionais para o SUS; pela produção e difusão de novas tecnologias assistenciais e gerenciais junto ao sistema de saúde e também pela implementação de projetos de desenvolvimento social e sanitário junto a comunidades e governo locais (Fiocruz, 2008).

3. O Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública

Em 2006, o Curso de Especialização em Saúde Pública (Cesp) da “ENSP” completou 80 anos de criação, ao longo dos quais estabeleceu-se como marco nacional na formação profissional. Este curso é uma das principais iniciativas de formação de profissionais com domínio nas habilidades de pensamento e de ação requeridas pelos variados núcleos de conhecimento do trabalho na área. Desde a sua criação, passou por várias mudanças na organização do seu programa: disciplinas, critério de seleção e no perfil de seus alunos. É um curso que está em constante transformação para se adaptar às necessidades do sistema de saúde de cada época. Numa proposta preliminar de reestruturação do curso, no final da década de 1990 (Hortale et al., 1997), gestores do curso observaram que de um lado, a definição dos conteúdos disciplinares a partir do

da Nova República, a comunidade “enspiana” pela primeira vez por voto direto e universal, elege o seu diretor. Esta poderia ser considerada como o início da terceira fase da ENSP. Desde então, a ENSP tem compromissos com a mudança e está tentando responder a esses desafios. Também a partir da Nova República, a ENSP procurou recompor seu corpo docente através de um programa de professores visitantes e da abertura de concursos públicos para cinco cargos de professores titulares, vagas obtidas pelo decreto governamental na modalidade excepcional. A ENSP necessitou redefinir sua filosofia, seus objetivos, suas estratégias e seus planos de ação. Em poucos meses o seu tão desejado Regimento Interno caducou, tendo sido sucessivamente remendado através de Atos da Presidência, emitidos por solicitação do Conselho de Ensino e Pesquisa da ENSP (Consepe). Isto mostra, claramente, a crise de crescimento por que passou a Escola. O número de docentes e de técnicos era insuficiente e vários de seus mais qualificados docentes e pesquisadores estavam ocupando cargos de administração ou novas funções ou coordenações que estavam sendo criados na ENSP (ENSP, 1986).

conhecimento acadêmico existente na ENSP e a fragmentação desses conteúdos poderiam ser a causa da defasagem entre os aportes teóricos e as exigências dos serviços. Por outro lado, as mudanças técnicas e as transformações econômico-sociais em curso exigem a presença de profissionais com perfis de especialização que respondam à necessidade de alta qualificação e produtividade nos serviços que prestam.

Sabemos que a pós-graduação *lato sensu* nessa área é pouco estudada. Minayo (2006), com base em estudo de Belisário (2002), constata a falta de pesquisas avaliativas sobre essa modalidade de formação no âmbito da Abrasco. Em oposição, ressalta o contraste numérico das pesquisas sobre a pós-graduação *stricto sensu*.

Nos anos 1990, ampliaram-se os questionamentos sobre o processo de formação na área de saúde pública. Se por um lado é preciso formar profissionais de acordo com as novas necessidades do sistema de saúde, por outro, existe no mundo acadêmico uma excessiva especialização, demandando constante diálogo entre academia e serviços para que haja um equilíbrio entre as duas demandas. Os anos 90 eram considerados como uma década de crise na reorganização e redefinição do sistema de saúde quanto na reestruturação da formação na ENSP. Como solução, foram re-formulados os objetivos e conteúdos do Cesp. Nessa década, o curso esteve ameaçado até de extinção. No início dos anos 2000, porém, passou por uma reformulação expressiva. Entre essas, o tempo parcial de modo a adequar-se às exigências dos serviços. Com a redução da carga horária, alterou-se a hegemonia de algumas áreas de saberes. Os eixos estruturantes clássicos do curso como a epidemiologia, as ciências sociais e o planejamento foram substituídos pela promoção de saúde, a vigilância em saúde e a investigação em saúde.

Atualmente a ENSP oferece cursos de especialização em diversas áreas de saúde pública. No entanto, para desvendar, analisar e conhecer o desenvolvimento da formação dos especialistas nessas áreas, optou-se pelo Cesp como objeto da pesquisa. A escolha se justifica pelo fato ser um dos primeiros cursos da área com uma experiência de mais que 80 anos, nos quais foi responsável pela formação de cerca de 1.800 profissionais.

O Cesp é o único curso da ENSP que tem a participação de vários departamentos. Em sua estrutura, além do coordenador geral possui um colegiado formado pelos

coordenadores de cada área temática (dependendo do ano do curso, as áreas são Ciências Sociais, Epidemiologia Administração e Saneamento). O curso se propõe a preparar especialistas de acordo com as necessidades de cada época. O período analisado é entre 1990 e 2006, após a reforma sanitária e a implementação do SUS. Esse período é de grande importância no contexto de saúde do país por ter propiciado uma transformação na organização do sistema de saúde com consequentes reflexos na formação dos profissionais de saúde pública.

Dois estudos anteriores tiveram por objeto o Cesp. O primeiro foi uma dissertação intitulada “O Movimento Sanitarista nos Anos 20” apresentada por Maria Eliana Labra em 1985 à Escola Brasileira de Administração Pública para a obtenção do grau de Mestre em Administração Pública. Labra (1985) resgata a história da saúde pública no Brasil nas primeiras décadas do século passado, focalizando a preparação de especialistas para atuarem nos serviços de saúde da época. A autora descreve os fatores sociais e políticos que deram origem ao curso e os principais atores envolvidos desde sua criação.

O segundo estudo foi a tese de doutorado “A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989” defendida por Tânia Celeste Nunes Matos em 1998 na ENSP. Os locais de estudo foram a ENSP e a Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. A tese se propôs a recuperar alguns marcos da formação de sanitaristas no Brasil nas décadas de 1970 e 80, priorizando a articulação do ensino com as políticas de saúde e com os movimentos de recomposição da saúde pública que emergiram da conjuntura estudada. O estudo também procurou resgatar experiências de articulação das escolas de saúde pública com o movimento de expansão do ensino de saúde pública no período, e uma possível atuação em rede, a partir dessas duas Escolas com outros centros de formação em saúde pública do país (Nunes, 1998:4).

Esses dois estudos cobrem períodos anteriores e oferecem reflexões teóricas diferentes da presente pesquisa. A partir da reforma sanitária não foi encontrado nenhum outro estudo.

No contexto atual de mudança no processo de trabalho em saúde, com a introdução de inovações tecnológicas e de novas maneiras de organização dos serviços de saúde, a preparação dos profissionais de acordo com essas modificações é de grande

importância. Uma lacuna existente no conhecimento é a falta de acompanhamento e de estudos contemporâneos que analisem se realmente os programas de formação de especialistas em saúde pública acompanham o contexto das políticas de saúde. É nessa lacuna que se encaixa este estudo.

A pergunta central da tese é: Qual foi o grau de importância do Curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP no cenário das políticas de saúde e de que forma esta, por outro lado influenciou o curso da ENSP? No intuito de desvendar, conhecer e analisar o desenvolvimento da formação e da atuação do especialista nesta área, optou-se por realizar um estudo de caso qualitativo no Cesp durante o período 1990-2006.

OBJETIVOS

1. Objetivo geral

Caracterizar o curso de Especialização em Saúde Pública (Cesp) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e analisar a dinâmica das mudanças curriculares para a formação de especialista entre 1990-2006.

2. Objetivos específicos

2.1. Analisar o currículo do Cesp e sua contribuição na formação do especialista.

2.2. Investigar junto aos coordenadores e gestores sua percepção acerca do papel da ENSP e do curso de especialização para o sistema de saúde.

2.3. Conhecer o perfil dos alunos do Cesp entre 1990-2006.

CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO

Este capítulo começa com a revisão da literatura objetivando destacar a base teórica para a compreensão do objeto desta pesquisa. A seguir são apresentadas as contribuições de autores que desenvolveram estudos sobre o campo da saúde e da educação, o currículo e o ensino na pós-graduação. Para fundamentar o trabalho, procurou-se inicialmente contextualizar a formação profissional no campo da saúde pública buscando as origens do pensamento social em saúde e a perspectiva da educação como uma prática social. A educação e a saúde serão apresentadas como práticas sociais que sempre estiveram articuladas. Nesta perspectiva, tentamos mostrar como a teoria depende da prática e vice-versa.

Em seguida, abordaremos o currículo e o ensino na pós-graduação apresentando as origens da mesma no Brasil, o conceito de pós-graduação, a diferença entre os cursos *lato sensu* e *stricto sensu* e a importância da avaliação nesta modalidade de formação. Por fim será abordado o tema do currículo como uma arena contestada e serão apresentadas as origens e as trajetórias do campo do currículo. Faremos uma incursão sobre o currículo em suas origens, suas mudanças no âmbito histórico, epistemológico e político.

1. Formação profissional no campo de saúde pública

1.1. Origens do pensamento social em saúde

Para Foucault (1982), que analisa as origens da medicina social, a medicina moderna é uma medicina social que tem como pano de fundo a tecnologia do corpo social. Para esse autor, a medicina é uma prática social que, em apenas um de seus aspectos, é individualista, porém valoriza a relação médico-paciente. Ele acredita que [...] *com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. [...] Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista...* (Foucault, 1982:80). Em conformidade com a análise do referido autor pode-se apreender três vertentes da medicina social na Europa:

A) Medicina de Estado - Surge na Alemanha, onde assume as características de "polícia médica" como um sistema mais completo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimento e morte. Um aspecto importante é o de normalização da prática e do saber médicos, deixando para as universidades decidirem em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas. Foucault observa que o médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha. *A França normalizou seus canhões e seus professores e a Alemanha normalizou seus médicos* (Foucault, 1982:83).

B) Medicina urbana - Aconteceu na França exatamente pelo desenvolvimento das estruturas urbanas. De acordo com o mesmo autor, a passagem para uma medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista ou através de um olhar médico mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social e urbana.

C) Medicina da força de trabalho - Surge na Inglaterra, no momento de seu desenvolvimento industrial, fazendo aparecer uma classe pobre, plebeia e proletária que ainda não era considerada um elemento perigoso para a saúde da população mas que passaria a ser. Na socialização da medicina inglesa, foi elaborada a *Lei dos Pobres* que tinha o intuito ambíguo de promover uma assistência controlada aos pobres através de uma intervenção médica, o que os beneficiava; como também protegia as classes ricas, sendo a burguesia quem mais se interessava em assegurar sua segurança política. É justamente com essa lei que a medicina inglesa começa a tornar-se social.

Segundo Nunes (2005), naquele momento, as ideias de reforma médica que aparecem tanto na França como na Alemanha fazem parte de um contexto marcado por movimentos revolucionários, que enfatizavam a democracia e a reforma da sociedade. De acordo com o mesmo autor se, na França, o conceito de medicina social evidencia uma proposta de assegurar o monopólio da profissão médica sobre o saber e a prática da medicina, na Alemanha, Neumann (1819-1908) e Virchow (1821-1902) são enfáticos quando afirmam que *a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, até que isto não seja reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar seus*

benefícios e teremos que nos contentar com um vazio e uma mistificação (Rosen, 1963: 35-36).

Nunes (2005) observa que as origens da medicina social europeia refletiram-se na organização das práticas sociais e coletivas de saúde e se expressaram na higiene social, na salubridade e na saúde pública de outros países.

Abordar a formação profissional que se instituiu em torno da saúde pública significa também compreender como foi definido esse *campo* e como se estruturaram suas teorias e práticas. O conceito de campo segundo Bourdieu (2004) é o de um espaço estruturado de posições onde dominantes e dominados lutam pela manutenção e pela obtenção de determinados interesses. Consiste no espaço em que ocorrem as relações entre os indivíduos, grupos e estruturas sociais, espaço sempre dinâmico e com uma dinâmica que obedece às leis próprias, animada sempre pelas disputas ocorridas em seu interior, e cujo móvel é invariavelmente o interesse em ser bem-sucedido nas relações estabelecidas entre os seus componentes (seja no nível dos agentes, seja no nível das estruturas).

O *campo* é o local em que as coisas acontecem em sociedade. Um exemplo disso é o fato de que a dinâmica de cada campo tem um tipo diferente de luta pelo poder nesse mesmo campo (Bourdieu, 2004). *Um campo é também um espaço de conflitos e de concorrência no qual os concorrentes lutam para estabelecer o monopólio sobre a espécie específica do capital pertinente ao campo, a autoridade cultural, no campo artístico, a científica, no campo científico [...] o que é valorizado num campo poderá ser depreciado em outro [...] um campo é, assim um espaço de relações em movimento cujo estado o sociólogo deve permanentemente construir e/ou reconstruir* (Bourdieu, 2002:67).

De acordo com Nunes (2005), a definição do campo da saúde pública é complexa. De forma geral, pode-se dizer que a dificuldade em definir esse campo se situa, dentre outros, [...] *no fato de ser uma criação que transborda os limites disciplinares e que se apresenta na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais, procedentes das ciências biológicas, sociais, matemáticas,*

epidemiológicas e das humanidades que foram elaboradas ao longo dos séculos, no marco da cientificidade para o estudo da realidade cósmica e humana (p.14).

Segundo Bourdieu (2002), uma sociedade diferenciada não forma uma totalidade única, incorporando funções sistemáticas ou uma cultura comum, mas é estruturada em um conjunto de espaços de jogos mais ou menos autônomos que não têm uma lógica social única. Para esse autor, cada um desses espaços é considerado um *campo* que é capaz de *impor sua lógica a todos* os agentes que pertencem a ele. *Como um prisma, todo campo refrata as forças externas, em função de sua estrutura interna (p. 67).*

No Brasil, as análises de Sérgio Arouca (1975) e de Cecília Donangelo (1976) foram valiosas para constituir as bases de um movimento reformador no pensamento social em saúde, que contribuiu para a produção do campo da saúde coletiva/pública, em um movimento verdadeiramente nacional de revisão das bases teóricas e práticas da saúde pública mais tradicional (Nunes, 2007).

Na esteira desse raciocínio, a educação também configura-se como um campo social marcado pela tensão decorrente dos diversos projetos e interesses em disputa uma vez que se constitui em um espaço de luta privilegiada no processo de conquista da hegemonia política e cultural na sociedade

1.2. Perspectivas do campo da educação na saúde

A educação como prática social surgiu da noção de que a educação ou formação deve ser adequada às novas demandas, assim como à realidade específica de cada comunidade, de cada época, já que o hoje é sempre um pouco ou muito diferente do ontem (Nérici, 1993). Segundo Freire (1979: 27) *o homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca. Eis aqui a raiz da educação.* Para esse autor, é a capacidade de atuar, operar e de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas pelo homem à qual está associada sua capacidade de refletir, que o faz um ser da *práxis*. Ainda para esse autor, não pode haver reflexão e ação fora da

relação do homem com sua realidade. Portanto, ele transforma essa realidade em objeto de seus conhecimentos.

De acordo com Nérici (1993), toda atuação educacional depende fundamentalmente do conceito que se faça de educação, que é um processo que visa a revelar e a desenvolver as potencialidades do indivíduo em contato com a realidade, a fim de levá-lo a atuar de uma maneira consciente, eficiente e responsável para serem entendidas as necessidades e aspirações dos seres humanos. Este conceito não deve descrever somente a ação do processo educativo, mas deve conter, também, o que se espera do mesmo em termos de objetivos finais. O ato de educar deve englobar o ato de instruir e ensinar, sendo estes últimos consequência do primeiro. Diante disso, mudanças se fazem necessárias, porém mudanças num sentido gradativo e ajustado às reais necessidades do ser humano e da sociedade.

Em relação à saúde, seu conceito reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Em outras palavras: a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas entre outras (Scliar, 2007).

De acordo com Melo (2007), para se compreender as concepções de educação na saúde é necessário, antes de mais nada, buscar entender as concepções de educação, saúde e sociedade a elas subjacentes.

Segundo Melo (1987), a educação e a saúde sempre estiveram articuladas. A educação é essencialmente uma prática social presente em diferentes espaços e momentos da produção da vida social, não apenas nas escolas. Ela permeia todas as práticas sociais durante a vida dos indivíduos, de uma geração para outra. Para ele, a saúde é uma prática social atravessada pela educação, ou seja, os indivíduos se preparam para as funções de tratar os males e orientar clientes. Pereira (2003) considera que a educação e a saúde são duas áreas de construção e aplicação de saberes determinados para o desenvolvimento humano. Existe uma articulação entre elas, tanto em nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos de seus profissionais. Desta forma, estes profissionais utilizam, mesmo que inconscientemente, um ciclo

permanente de ensinar e de aprender. [...] *muitas práticas de saúde requerem práticas educativas. As ações de saúde não implicam somente a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída. Saúde não se reduz apenas a processos de intervenção na doença, mas a processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais* (Pereira, 2003:1528).

A educação é um processo que se constrói no interior das relações sociais, independentemente da consciência que dele se possa ter; não se limita à transmissão de saberes, mas se coloca como mediadora de projetos contraditórios em construção. A instituição escolar, como qualquer outra, é perpassada pelas contradições sociais e pela ação de sujeitos em constituição (Melo, 1987).

Não se pode desprezar a existência de uma relação entre a arte de ensinar e a produção de conhecimento. Segundo Giroux e Simon (2002:97-98), *a pedagogia é um esforço deliberado para influenciar os tipos e os processos de produção de conhecimento e identidades em meio a determinados conjuntos de relações sociais e entre eles; [...] o que estamos enfatizando aqui é que a pedagogia é um conceito que enfoca os processos pelos quais se produz conhecimento.*

Segundo Freire (1983), na pedagogia do diálogo o relacionamento professor-aluno precisa estar pautado no diálogo, ambos se posicionando como sujeitos no ato do conhecimento numa relação horizontal. O autoritarismo tradicional que permeava a relação da educação tradicional precisa dar lugar à pedagogia do diálogo. Contudo esta relação horizontal não acontece de forma impositiva, ela ocorre naturalmente quando educando e educador conseguem se colocar um na posição do outro, tendo a consciência de que ao mesmo tempo são educandos e educadores.

Em relação ao modelo educacional brasileiro, este é o mais tradicional e desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou métodos de ensino problematizadores, negligenciando a participação ativa dos alunos. Baseado nesse modelo, a instituição de ensino se organiza centrada no professor que transmite o conhecimento. Freire (1983)

denúncia, neste tipo de educação, a falta de liberdade, a impossibilidade de autonomia do aluno e a ausência de experiência. Para ele se o professor é quem sabe e os alunos são os que não sabem, cabe ao professor transmitir o seu conhecimento aos que não sabem. O saber deixa de ser “experiência feita” para ser experiência transmitida. O ensino e a formação profissional em saúde além de serem influenciados por este modelo também estão baseados no chamado “modelo flexeriano”.⁴

Decorridos quase cem anos da publicação do relatório Flexner, as insuficiências do modelo proposto tornam-se evidentes. Vários movimentos têm avançado no sentido de superar o currículo flexeriano, ainda predominante no ensino médico (Santana et al. s/d). Os movimentos reformistas questionam os limites do modelo biomédico e fomentam mudanças na educação das profissões de saúde tanto no âmbito da graduação como da pós-graduação.

A formação de profissionais de saúde cresceu em importância na agenda política do governo. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de dezembro de 1996, assegurou ao ensino superior maior flexibilidade na organização curricular dos cursos. A ideia de currículo mínimo de cada curso foi substituída por um novo instrumento: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Os princípios orientadores adotados para as mudanças curriculares dos cursos de graduação foram flexibilidade na organização curricular; dinamicidade do currículo; adaptação às demandas do mercado de trabalho; integração entre graduação e pós-graduação (Catani et al., 2001).

⁴ Em 1910, o acadêmico Abraham Flexner (1866-1925) da Universidade Johns Hopkins analisou o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, elaborando no mesmo ano um relatório que ficou famoso: o Relatório Flexner. Ele levantou várias questões, dentre as quais a precária relação entre formação científica e trabalho clínico, a falta de controle dos hospitais universitários pelos professores, o baixo nível acadêmico dos alunos, a falta de departamentos nas universidades, a falta de relação entre o ensino e a pesquisa (Flexner, 2002). O relatório Flexner foi um dos documentos que causou maior impacto nas concepções curriculares em saúde. Levou em consideração um grande número de temas, desde os aspectos de vinculação da graduação médica à universidade, favorecendo a substituição das cátedras por departamentos e adotando o hospital como ambiente privilegiado de treinamento, pois ali se encontrava o local perfeito para estudar as doenças, consolidando o desenvolvimento de pesquisa nas ciências médicas do ensino e das práticas profissionais. Para Flexner, as ciências básicas eram fundamentais na formação médica. Assim a pesquisa biomédica, que ancora o conhecimento atual das doenças tornou-se uma importante preocupação das escolas de medicina, aumentando o poder dos departamentos e favorecendo a fragmentação do ensino. Apesar de questionada, algumas das suas características ainda estão presentes na educação superior nessa área como a segmentação em ciclo básico e profissional, ensino baseado em disciplinas e especialidades.

Na área da saúde o objeto das DCN é construir o perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos atuais, para atuarem, com qualidade no SUS, levando em consideração o processo da reforma sanitária brasileira. A formação de profissionais da área da saúde deve pautar-se no entendimento de que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde (Rede Unida, 2006). A área da saúde pública, de natureza multiprofissional e interdisciplinar, estabelece-se como formação pós-graduada *lato* e *stricto sensu* e, ao longo dos anos, as instituições de ensino foram adequando seus projetos pedagógicos a uma realidade de saúde que é, hoje, muito mais complexa. As competências dos profissionais de saúde pública foram se reestruturando gradativamente, exigindo novas habilidades, capacidades e atitudes. O processo de reforma sanitária, consolidado em 1988, influencia a reforma curricular de todas as profissões de saúde e se viabiliza no final da década de 1990, com as DCN, refletindo na formação tanto *lato* quanto *stricto sensu* (Hortale & Koifman, 2007).

De acordo com a NOB/RH-SUS (2003:28), *a formação profissional é o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais.* A mesma norma considera que a especialização em serviços na saúde é um dos principais modelos de formação de profissionais com domínio significativo das habilidades de pensamento e de ação requeridas pelos variados núcleos de conhecimento do trabalho na área.

Acerca da relação entre o conhecimento teórico e as práticas em saúde, Pinheiro e Ceccim (2005:19) afirmam: *as práticas formuladas e desenvolvidas em cenário de aprendizagem devem considerar as várias coletividades que compõem os movimentos sociais, usuários potenciais do sistema público de saúde; para tanto, vale reafirmar a legitimidade de um saber local advindo da experiência cotidiana das pessoas, o qual podemos chamar de saber prático ou sabedoria prática.*

Nessa perspectiva, a teoria depende da prática e vice-versa e ambos componentes são eixos necessários à aprendizagem. Essa interdependência pode ser vista como base da

teoria que se nutre como objeto de conhecimento, interpretação e transformação do sujeito.

É exatamente nesse sentido que o mundo do trabalho contemporâneo exige dos profissionais conhecimentos teóricos mais amplos que se objetivam na prática, cabendo a eles enfrentar eventos imprevistos. Portanto, é a prática que define o que o profissional deve conhecer, bem como quais as prioridades no processo de conhecer. Deste modo, a teoria precisa guardar uma relativa autonomia em relação à prática, pois é necessário se afastar da prática para poder refletir sobre ela (Koff et al., 2006).

Na seção seguinte será feita uma revisão de literatura sobre a evolução da pós-graduação no Brasil, sua origem, seu conceito, sua importância e sua trajetória.

2. Currículo e ensino de pós-graduação

O ensino superior brasileiro teve dois grandes momentos no século passado: antes e depois da implantação da pós-graduação. Segundo Santos (2003), os primeiros passos da pós-graduação no Brasil foram dados no início da década de 1930, com a proposta do Estatuto das Universidades Brasileiras, onde Francisco Campos sugeria a implantação de uma pós-graduação nos moldes europeus. Esse modelo foi colocado em prática tanto no Curso de Direito da Universidade do Rio de Janeiro quanto na Faculdade Nacional de Filosofia e na Universidade de São Paulo. Na década de 1940, o termo "pós-graduação" foi utilizado formalmente pela primeira vez, no Artigo 71 do Estatuto da Universidade do Brasil. Na década seguinte, começaram a ser concretizados acordos entre os Estados Unidos e o Brasil que envolviam uma série de convênios entre escolas e universidades norte-americanas e brasileiras para intercâmbio de estudantes, pesquisadores e professores.

A pós-graduação, sob a forma de mestrado e doutorado, teve início nos primeiros anos da década de 1960. Além disso, também com a denominação de pós-graduação, os cursos de especialização começaram a ser oferecidos nas universidades (Sucupira, 1995).

Após a Segunda Guerra Mundial, foram criados institutos de pesquisa, permitindo que vários deles oferecessem cursos de especialização ou aperfeiçoamento nas suas áreas de atuação, financiados pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes). A partir daí, resultaram os Centros de Excelência, designação dada pelo CNPq aos núcleos de ensino e pesquisa. Esses centros tiveram um papel importante na formação de pesquisadores e foram verdadeiros precursores dos atuais programas de mestrado e doutorado (Oliveira, 1995). Além desses centros, o CNPq e a Capes também tiveram um papel importante no desenvolvimento e valorização do ensino superior. Segundo Romêo et al. (2004:10), *embora importantes para a pesquisa e a construção da pós-graduação, a criação da Capes e do CNPq significaram o início da valorização do ensino superior, em especial a universidade, como meio e instrumento de capacitação de profissionais e de produção científica aplicável.*

Os primeiros cursos de mestrado foram oferecidos nos anos 1960. Por volta de 1965 o país possuía três dezenas de cursos de pós-graduação, em sua grande maioria mestrados, com alguns doutorados.

Até a década de 70 do século passado, a formação do sanitarista ou profissional da saúde pública era feita em cursos de especialização e cuja demanda provinha dos organismos de saúde das esferas municipal, estadual ou federal. Com a reforma universitária em 1968, foram consolidados os cursos de pós-graduação *strictu sensu*, voltados para o ensino e a pesquisa, complementando, por outro lado, a formação dada nos cursos de especialização. A clientela desses cursos é, via de regra, multiprofissional, graduados nas áreas biológicas (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, veterinários, etc.), humanas (ciências sociais, antropólogos, sociólogos, economistas, advogados, etc.) e exatas (engenharia, estatística, matemática, etc.) (Cuenca 2004).

Na década de 60 do século passado, o Conselho Federal de Educação (CFE) pelo Parecer nº 977/65, definiu a pós-graduação em termos de mestrado e doutorado e estabeleceu normas gerais para o funcionamento dessa modalidade de ensino (Sucupira, 1995). Esse parecer foi de grande importância para a construção conceitual dos cursos de pós-graduação e também para a própria configuração desse nível de ensino no país. Segundo Cury (2005:6), *pode-se afirmar que, do ponto de vista doutrinário, em matéria*

oficial, esse parecer continua sendo a grande, senão a única referência sistemática da pós-graduação em nosso país. Esse parecer é texto fundador da pós-graduação no Brasil e, após ele, parece não haver nenhum outro texto que articule doutrina e normatização sobre o assunto.

2.1 *Stricto sensu X Lato sensu*

O parecer no. 977/65 definia claramente algumas opções. De acordo com o parecer, *o desenvolvimento sistemático da pós-graduação nos Estados Unidos pode ser considerado como produto da influência germânica e coincide com as grandes transformações da universidade americana nas últimas três décadas do século XIX. É quando a Universidade deixa de ser uma instituição apenas ensinante e formadora de profissionais para dedicar-se às atividades de pesquisa científica e tecnológica* (Brasil, 1965:163). Os cursos de graduação não seriam suficientes para preparar o pesquisador embora devessem se preocupar com sua iniciação. *Não se trata, portanto, de transferir, pura e simplesmente, para o âmbito da pós-graduação todo esforço de treinamento científico* (Brasil, 1965:164). O modelo norte-americano é apresentado como exemplo, pois *sendo, ainda, incipiente a nossa experiência em matéria de pós-graduação, teremos de recorrer inevitavelmente a modelos estrangeiros para criar nosso próprio sistema [...]. O importante é que o modelo não seja objeto de pura cópia, mas sirva apenas de orientação* (Brasil, 1965:166).

A iniciativa de solicitar a manifestação do CFE originou-se da necessidade de definir e regulamentar os cursos de pós-graduação previstos na letra (b) do Artigo 69 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1961. Tendo em vista que nesse artigo a menção aos cursos de especialização e aperfeiçoamento se encontrava na alínea (c), Sucupira considerou que a definição solicitada pelo ministro se restringia à pós-graduação *stricto sensu*. E foi nesse âmbito que se moveu a conceituação de pós-graduação apresentada em seu parecer (Saviani, 2005).

No que diz respeito aos cursos de especialização e aperfeiçoamento, a LDBEN, em seu Artigo 69, faz referência a essas modalidades de cursos de:

- a) graduação, abertos à matrícula de candidatos que hajam concluído o ciclo colegial ou equivalente e obtido classificação em concurso de habilitação;
- b) pós-graduação, abertos à matrícula de candidatos que hajam concluído o curso de graduação e obtido os respectivos diplomas;
- c) especialização, aperfeiçoamento e extensão, ou quaisquer outros, a juízo do respectivo instituto de ensino, abertos a candidatos com preparo e os requisitos que vierem a ser exigidos (Oliveira, 1995:58).

Quanto à regulamentação, Sucupira considerou que isso não seria possível porque a mesma LDBEN limitava, no dispositivo seguinte (artigo 70), a competência do CFE para fixar o currículo e a duração daqueles cursos cujos diplomas conferiam prerrogativas para o exercício de profissão liberal. Para o relator, apenas um curso de pós-graduação satisfazia essa condição de conferir privilégio profissional: o curso de orientação educativa. Assim, não caberia ao Conselho regulamentar os cursos de pós-graduação de modo geral (Saviani, 2005). Em consequência disso a pós-graduação foi classificada em dois grupos *lato sensu* e *stricto sensu* (Quadro 1).

Quadro 1 - Diferenças entre cursos pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*

Cursos <i>lato sensu</i>	Cursos <i>stricto sensu</i>
Designam todo e qualquer curso que se segue à graduação, pressupõem a graduação, como os cursos de especialização que o médico frequenta a fim de exercer uma especialidade da medicina	Definem o sistema de cursos que se superpõem à graduação com objetivos mais amplos e aprofundados de formação científica ou cultural
São destinados ao treinamento em um determinado ramo profissional ou científico, com sentido eminentemente prático-profissional e sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade	Têm objetivo técnico-profissional específico. São de natureza acadêmica e de pesquisa e, mesmo atuando em setores profissionais, têm objetivo essencialmente científico
Sua meta é o domínio científico e técnico de certa área do saber ou da profissão, para formar o profissional especializado, pois qualificam a natureza e destinação específica de um curso	São parte integrante do complexo universitário, necessário à realização de fins essenciais da universidade
Oferecem certificado de eficiência ou aproveitamento que habilita ao exercício de uma especialidade profissional e podem ser obtidos em instituições não universitárias	Conferem grau acadêmico, que deverá ser atestado, de uma alta competência científica em determinado ramo do conhecimento
Implicam especialização, estudada no contexto de uma área completa de conhecimentos com ampla fundamentação científica à aplicação de uma técnica ou ao exercício de uma profissão. São cursos eventuais, mas podem ter caráter regular e permanente	Compõem o ciclo de cursos regulares em segmento à graduação, sistematicamente organizados, visando a desenvolver e aprofundar a formação adquirida no âmbito da graduação e conduzindo à obtenção de grau acadêmico

Fonte: Brasil, Parecer 677/1965.

A pós-graduação *stricto sensu* define o sistema de cursos que se segue à graduação. Seus objetivos são mais abrangentes e aprofundados, visando à formação científica ou cultural. Essa modalidade de ensino é parte integrante do complexo universitário, necessária à realização de fins essenciais da universidade (Brasil, 1965).

Outra característica, não menos importante, é que a pós-graduação *stricto sensu* confere o grau acadêmico que é um “atestado de alta competência científica em determinado ramo do conhecimento” (Brasil, 1965).

Em resumo, a pós-graduação *stricto sensu* apresenta as seguintes características: é de natureza acadêmica e de pesquisa e, mesmo atuando em setores profissionais, tem objetivo necessariamente científico. Finalmente, podemos dizer que o conceito de pós-graduação *stricto sensu* é um ciclo de cursos regulares após a graduação, sistematicamente organizados, visando a desenvolver e aprofundar a formação adquirida no âmbito da graduação e conduzindo à obtenção de grau acadêmico (Brasil, 1965).

Podemos dizer que caberia aos cursos de pós-graduação *stricto sensu* criar uma elite científico-cultural criativa de professores e pesquisadores de alto nível para a solução de novos problemas enquanto caberia aos cursos de pós-graduação *lato sensu* o preparo e o aperfeiçoamento de públicos-alvo em áreas específicas do conhecimento profissional ou científico

A pós-graduação *lato sensu* refere-se ao aperfeiçoamento e especialização. A caracterização definia as diferenças de objetivos dos dois sistemas (Brasil, 1965). Geralmente os cursos de especialização e aperfeiçoamento têm objetivos eminentemente técnico-profissional específicos sem abarcar o campo total do saber em que se insere a especialidade. São cursos voltados ao treinamento em um ramo profissional ou científico. Seu objetivo é o domínio científico e técnico de uma limitada área do saber ou da profissão para formar o profissional especializado (Brasil, 1965).

A especialização e o aperfeiçoamento qualificam a natureza e a destinação específica de um curso e podem ser eventuais. Certamente a pós-graduação na modalidade “especialização” pode operar no setor técnico profissional. Neste caso, a especialização é sempre vista no contexto de uma área completa de conhecimentos e, quando se trata do profissional, a finalidade é dar ampla fundamentação científica à aplicação de uma técnica ou ao exercício de uma profissão. A especialização pode ter caráter regular e permanente, como ocorre no campo da medicina, seus cursos oferecem certificado de eficiência ou aproveitamento que habilitam ao exercício de uma especialidade profissional, e que poderão ser obtidos até mesmo em instituições não-universitárias (Brasil, 1965).

2.2. A importância e a trajetória dos cursos de pós-graduação *lato-sensu*

De acordo com Oliveira (1995:19) *no ano de 1918, Max Weber [...], ao estudar o processo de racionalização no mundo ocidental, em sua famosa conferências intitulada “A ciência como vocação”, alertou para o fato de a ciência ter entrado numa fase de especialização até então desconhecida. Ressaltou, ainda, que essa fase persistiria.* A autora afirma que até a década de 1950, o ensino superior no país limitava-se à graduação, ancorada no paradigma da profissionalização. O número de cursos especializações era limitado aos que tinham interesse pessoal, pois o sistema de pós-graduação funcionava precariamente. Em geral, os professores experientes selecionavam seus melhores alunos para continuarem no exterior seus estudos após a graduação, financiados seja pela instituição ou pela família.

A partir da década de 1950, com o aumento da população urbana e das pessoas escolarizadas e com o aumento das escolas superiores tornou-se necessário sistematizar os estudos de pós-graduação. Em 1960 o número de instituições de ensino superior (IES) aumentou rapidamente alcançando 247 instituições públicas e 130 particulares. No mesmo período o número de matrículas passou de 26.761 para 93.202, sendo ainda menos de um aluno por mil habitantes. Segundo Silva (2001) o avanço da ciência e da tecnologia, bem como as demandas do mercado de trabalho, mostra que os cursos de graduação não atendiam às necessidades impostas pelo progresso. Não era possível criar novos cursos de graduação para atender às novas especialidades, *como foi o caso da saúde pública* (grifo nosso). Assim, foi necessário criar um novo nível de *lato sensu* no ensino da pós-graduação.

A importância dos cursos de pós-graduação está ligada ao papel central da ciência e tecnologia e também à figura do homem profissional portador de diploma. Concordamos com Bourdieu (2007:147) quando afirma que *as transformações recentes das relações entre as diferentes classes sociais e o sistema de ensino, com a consequente explosão escolar e todas as modificações da estrutura social que resultam (pelo menos, em parte) da transformação de relações estabelecidas entre os diplomas e os cargos, são resultado de uma intensificação da concorrência pelos títulos escolares [...].* Esse autor faz uma análise sobre a inserção no mercado de trabalho, colocando o diploma e o cargo como instrumentos para inserção no campo do trabalho. Na mesma

linha, Oliveira (1995) afirma que a massificação dos cursos de graduação e a crescente demanda por títulos supostamente conferem acesso a melhores posições na hierarquia social. Com o desenvolvimento dos cursos de pós-graduação, o prestígio e o *status* que antes eram dos egressos dos cursos de graduação transfere-se para os egressos dos cursos de pós-graduação.

Oliveira (1995) descreve a opinião de Ernesto Hamburger, que em 1980 fez uma crítica em relação aos cursos de pós-graduação, dizendo que o papel desses cursos seria o de remediar as falhas dos cursos de graduação. Segundo Oliveira, Hamburger julga que as deficiências deveriam ser corrigidas na graduação e não serem transferidas para a pós-graduação, e como os cursos de graduação tem deixado de ser grau terminal para se tornarem grau intermediário, tem havido o esvaziamento do conteúdo dos cursos de graduação, ou seja, matérias antes lecionadas nos cursos de graduação passam a ser estudadas na pós-graduação.

Segundo a Resolução nº 1 de 8 de junho de 2007, os cursos de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de especialização, são oferecidos aos candidatos que tenham concluído a graduação, com carga horária mínima de 360 h, não computando o tempo de estudo individual ou em grupo, bem como o tempo destinado à elaboração de trabalho de conclusão de curso com frequência de pelo menos 75% da carga horária. O corpo docente deverá ser constituído por professores, sendo que 50% destes, pelo menos, deverão apresentar titulação de mestre ou de doutor obtido em instituição credenciada. Essa modalidade de ensino tem, normalmente, um objetivo técnico profissional específico, não abrangendo o campo total do saber no qual se insere. O critério de seleção para ingressar em um curso de pós-graduação *lato sensu* é definido de forma independente em cada instituição.

É importante salientar que em 1993, pela primeira vez na legislação do Ministério da Educação admite-se o aproveitamento de curso de especialização em programas de mestrado. Assim diz o Artigo 2 da portaria nº 939 de 29 de junho de 1993: *os cursos de mestrado poderão atribuir créditos aos estudos dos cursos de especialização.*

O CFE julgou conveniente manter a pós-graduação *lato sensu* como curso livre e com isso fomentar a flexibilidade e a criatividade das IES que viessem a desenvolver esses

curso. Desta maneira elas são livres para desenvolver cursos de especialização ou aperfeiçoamento, independentemente de autorização do CFE. A consequência dessa independência é a possibilidade de cada IES organizar o seu currículo e definir as competências relevantes nos seus cursos sem estarem sujeitas a um sistema de avaliação. O Quadro 2 facilita a leitura e compreensão das legislações pertinentes aos cursos de pós-graduação no Brasil entre o período 1965-2008.

2.3. Sistema de avaliação: um longo caminho na pós-graduação *lato sensu*

Há uma baixa regulamentação e as exigências são mínimas nas avaliações permanentes no ensino *lato sensu*, ao contrário do que ocorre com os cursos de mestrado e doutorado que são avaliados pela Capes. Conforme diz a alínea (g) do parecer 617/99 *o hiato que se criou no sistema de pós-graduação entre lato e stricto sensu impede a integração do setor como um todo, deixando os cursos de especialização sem uma regulamentação adequada e um sistema de avaliação adequados. Cada curso stricto sensu está sujeito às exigências de autorização, reconhecimento e renovação com ações previstas em legislação específica.*

A pós-graduação *lato sensu* ainda não possui instrumental para que possa ser avaliado o seu funcionamento e desempenho. Enquanto a Capes tem a atribuição de avaliar os cursos de pós-graduação na modalidade *stricto sensu*, os cursos *lato sensu* não se submetem à avaliação sistemática. No entanto, é importante ressaltar que o desenvolvimento desse tipo de pós-graduação contribuiu de forma significativa para a melhoria da qualificação de egressos do ensino superior, como também de profissionais que estão atuando no mercado de trabalho e que precisam de atualização constante para enfrentar a concorrência.

De acordo com a Capes, os cursos de pós-graduação *lato sensu* devem cumprir requisitos preconizados na Resolução CES/CNE nº 1 de 8 de junho de 2007 que estabelece normas para o seu funcionamento. Assim os cursos de pós-graduação *lato sensu* estão fora da preocupação fiscalizadora e controladora dos órgãos superiores do sistema de ensino brasileiro.

É importante observar que no Parecer nº 977/65 o relator Sucupira mostra a sua preocupação com o acompanhamento dessa modalidade de ensino e sugere que o

controle dos cursos poderá ser feito por meio de reconhecimento, pelo menos à maneira de accreditation. O reconhecimento, ou qualquer outro meio de controle que venha a disciplinar o processo de implantação dos cursos de pós-graduação, parece-nos de todo indispensável se considerarmos as condições de funcionamento de nossas escolas superiores. A ser criada indiscriminadamente, a pós-graduação, na maioria dos casos, se limitará a repetir a graduação, já de si precária, com o abastardamento inevitável dos graus de mestre e doutor.

Cury (2005) afirma que o mesmo relator do Parecer 8/75, aprovado em 20 de janeiro de 1975 pelo CFE, vai estabelecer as normas para renovação periódica do credenciamento dos cursos de mestrado e de doutorado a fim de assegurar o alto nível de funcionamento da pós-graduação. Ele propunha, portanto que *a renovação do credenciamento se faça por meio de uma visita de inspeção, à maneira da site visiting, utilizada com resultados satisfatórios no sistema de accreditation adotado nos Estados Unidos. Afinal de contas, o nosso credenciamento não é outra coisa que uma espécie de accreditation exercida pelo CFE* (Documento nº 170, jan., 1975, p. 214).

No Brasil, convivem muitas vezes agindo sinergicamente, diversos procedimentos de controle da expansão e da qualidade do sistema. Contudo, não se pode afirmar que já exista um processo de “acreditação” de IES tal como é entendido em diferentes partes do mundo.

A acreditação é entendida como um processo que assegura a qualidade da educação enquanto um produto que deva ser mostrado à sociedade, visando a obter confiança no seu uso. A instituição promete oferecer o produto e uma agência externa, “independente”, assegura e certifica sua qualidade para o público interessado (*Council for Higher Education Accreditation, 2002*).

A acreditação envolve um processo externo de revisão da qualidade e o exame, em profundidade, das IES e seus programas visando a garantia e o desenvolvimento da qualidade, resultando em uma instituição acreditada (*accredited institution*) como é o caso dos Estados Unidos ou reconhecida (*recognized bodies*) no caso da Grã Bretanha (Leite, 2000).

Leite (2000) considera que, na ausência de critérios claros que delimitem as fronteiras entre acreditação, credenciamento e reconhecimento das instituições no Brasil, a acreditação não foi desenvolvida no ensino superior.

No final da década de 1990 houve uma iniciativa da ENSP de iniciar no Brasil, através de convênio de cooperação com a ENSP de Rennes (França), a discussão em torno da acreditação em saúde pública, inédita no país. A ENSP da França tem uma experiência de mais de quinze anos na implementação do sistema de acreditação de programas de formação em diversas áreas afins.

A acreditação foi entendida como um processo de busca de qualidade, a partir de critérios previamente acordados entre as partes, em relação ao desenvolvimento de qualidade de formação profissional. O conceito de acreditação também foi entendido como uma forma de gerenciamento coletivo da qualidade no intuito de produzir o reconhecimento social de uma determinada competência, fazendo com que a instituição de ensino ou o próprio curso se inscrevessem numa perspectiva de melhoria progressiva da qualidade.

No Brasil, o objetivo da acreditação na área de saúde pública, além de melhorar a qualidade de ensino, seria priorizar os projetos pedagógicos voltados para o desenvolvimento do SUS através de uma regulação compartilhada entre os atores: instituição de ensino, gestores do sistema de saúde e sociedade visando ao progresso da saúde pública no país (Hortale et al., 2002).

A acreditação poderia avançar na melhoria da qualidade educacional do Cesp através de um sistema de acompanhamento adequado a esse tipo de formação, garantindo sua qualidade e o aperfeiçoamento dos programas de formação profissional para o SUS, fortalecendo a interlocução entre academia, serviço e sociedade.

A especialização propicia uma alternativa para os profissionais que não têm condição de ter acesso aos cursos *stricto sensu* para se aperfeiçoarem em diferentes áreas técnicas e acadêmicas (Pilati, 2006). Podemos dizer que a lacuna criada entre o *lato* e o *stricto sensu* no sistema de pós-graduação impede sua integração prejudicando os cursos de

especialização uma vez que não possuem uma regulamentação adequada e nem um sistema de avaliação.

Em seguida faremos uma incursão sobre o currículo em sua origem, suas mudanças no âmbito histórico, epistemológico e político.

3. Currículo: uma arena contestada

3.1. Uma incursão pelo campo do currículo

Discutimos acima a questão da formação em saúde e um breve histórico sobre a pós-graduação no Brasil, estes tópicos não podem ser abordados dissociados de uma análise sobre o campo curricular. Este merece destaque para os que desejam compreender o processo educativo escolar e, principalmente, na saúde - campo objeto desta pesquisa.

O currículo para Goodson (2005) tem um significado simbólico e um significado prático. O fluxo entre aspirações e intenções, projetadas em um currículo escrito, legitima determinados objetivos educacionais, à medida que estes se realizam em estruturas e instituições. É uma fonte documental, um roteiro oficial, sujeito à modificações. Presta-se ainda, como instrumento de controle de um dado sistema, pois, a partir de sua instituição, se torna possível a mensuração sobre os caminhos curriculares que as escolas trilharam. Certamente, a definição de um currículo escrito não assegura seu reconhecimento como válido e legítimo.

Nessa mesma linha de pensamento, Moreira e Silva (2002) acreditam que o currículo não pode ser considerado como uma ferramenta simplesmente técnica, voltada para questões relativas aos procedimentos técnicos e aos métodos, com a única função de organizar o conhecimento escolar, nem como um instrumento ingenuamente puro e neutro, despojado de intenções sociais, apenas centrado nos melhores procedimentos, métodos e técnicas do bem ensinar. Estes autores afirmam que hoje pode se falar em uma tradição crítica do currículo, guiada por questões sociológicas, políticas e epistemológicas, pois ainda que as questões relativas ao “como” organizar o currículo continuem sendo importantes, elas se revelam mais quando se busca entender a razão pela qual o conhecimento escolar é organizado.

3.2. A origem e a trajetória do campo do currículo

Segundo o *Oxford English Dictionary*, a fonte mais antiga da palavra *curriculum* está localizada nos registros da Universidade de Glasgow, principalmente porque essa instituição foi profundamente influenciada pelas concepções calvinistas durante o século XVI (Hamilton, 1992). A relação entre o calvinismo e o termo *curriculum* parte da difusão dos novos pressupostos sobre a eficiência da escolarização em particular e a eficiência da sociedade em geral, posta pela Reforma Protestante. Assim, os diferentes elementos de um curso educacional deveriam ser tratados para formar uma peça única, corporificando tanto disciplina – no sentido de coerência estrutural, quanto ordem – no sentido de sequência interna. Logo, tratar do assunto *curriculum*, naquela época, implicou produzir uma entidade educacional que articulasse globalidade estrutural e completude sequencial: um *curriculum* deveria não apenas ser seguido, mas também ser completado. Portanto o aproveitamento do termo latino “pista de corrida” está claramente relacionado com o emergir de uma sequência na escolarização. Em outras palavras, o *curriculum* referia-se ao curso inteiro de vários anos, seguido pelos estudantes, e não apenas às unidades pedagógicas curtas (Hamilton, 1992).

No latim, *curriculum* significa caminho, trajeto, percurso, pista ou circuito atlético. Segundo Goodson (2005) e Sacristán (2000) a palavra currículo é derivada da palavra latina *currere*, que significa correr, curso ou carro de corrida. Nesta perspectiva ele é definido como um curso a ser seguido, ou seja, currículo pode também estar se referindo ao conteúdo apresentado para estudo. Segundo Goodson (2005), a partir do momento que entendemos o currículo desta maneira, contexto e construção sociais não constituem problema para reconceitualizar a escolarização, pois o poder de definição da realidade é colocado nas mãos daqueles que planejam e definem o curso. A relação entre currículo e prescrição foi forjada desde o início e, com o passar do tempo, sobreviveu e fortaleceu-se. Para este autor *em parte, o fortalecimento deste vínculo deveu-se ao emergir de padrões sequências de aprendizado para definir e operacionalizar o currículo segundo um modo já fixado* (p. 31).

Nota-se que a emergência do termo *curriculum* trouxe um sentido maior de controle tanto do ensino quanto da aprendizagem. Hamilton (1992) mostra que a adoção dos princípios elaborados com os termos “classe” e *curriculum* introduziu uma vigilância mais estreita

dos alunos, com a organização e divisão dos conteúdos escolares, assim como o refinamento pedagógico destes últimos. Segundo Goodson (2005) a relação entre conhecimento e controle de classe escolar funciona em dois níveis na definição do currículo. Em primeiro lugar, existe o contexto social em que o conhecido é fecundado e produzido. Em segundo lugar, existe a forma em que este mesmo conhecimento é traduzido para uso em ambiente educacional.

Segundo Forquin (1992) a escola não é somente um local aonde circulam fluxos humanos, onde se travam interações sociais e relações de poder, ela é também um local de gestão e de transmissão de poderes e de símbolos. É neste sentido que a questão do currículo como forma institucionalizada de estruturação e de programação de conteúdos de ensino deveria estar no cerne de toda reflexão sociológica sobre a educação.

Nesse aspecto, o currículo é concebido como um artefato social e cultural, ou seja, ele é colocado na moldura mais ampla de suas determinações sociais, de sua história, de sua produção contextual. Ele não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. O currículo implica em relações de poder, transmite visões sociais particulares e interessadas, produz identidades individuais e sociais particulares. O currículo não é um elemento transcendente e atemporal; ele tem uma história vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação (Moreira & Silva, 2002).

Assim, podemos chegar a uma compreensão de que o currículo educacional não pode ser mais analisado fora de sua constituição social e histórica. *Não é mais possível alegar qualquer inocência a respeito do papel constitutivo do conhecimento organizado em forma curricular e transmitido nas instituições educacionais. A teoria curricular não pode mais, depois disso, se preocupar somente com a organização do conhecimento escolar, nem pode encarar de modo ingênuo e não problemático o conhecimento recebido. [...] O currículo é uma área contestada, é uma arena política* (Moreira & Silva, 2002:21).

A partir dos anos 1960 na Europa e nos anos 1980 no Brasil, o processo de redemocratização busca colocar em questão precisamente o modelo de teoria tradicional do currículo realizando uma inversão total de seus pressupostos. Como visto até então, a

teoria tradicional de currículo não questionava as formas dominantes do conhecimento e suas consequências para a manutenção de *status quo* social e da dominação de uma classe social sobre outra, dedicando-se simplesmente às formas de organização e de elaboração do currículo. Esta nova teoria – a chamada “teoria crítica do currículo” – emerge questionando os pressupostos epistemológicos de forma a revelar mecanismos ideológicos e matérias sustentadores das relações de dominação social que eram produzidas na escola. O currículo é percebido, a partir de então, além da sua dimensão epistemológica, como um instrumento político produtor e reproduzidor das desigualdades sociais. As teorias tradicionais eram consideradas as teorias de aceitação, ajuste e adaptação, enquanto as teorias críticas são teorias de questionamento e transformação radical. Portanto para as teorias críticas o importante não é como fazer o currículo, mas sim desenvolver conceitos e métodos que permitem compreender o que o currículo faz (Silva, 2007).

Desde o início da teorização crítica em educação, a ideologia⁵ pode ser considerada um dos conceitos centrais a orientar a análise da escolarização e principalmente do currículo. Nesse sentido, o caráter ideológico e reprodutivista do currículo escolar ganha luz nessas análises, pois se entende que a escola é, como afirma Althusser (1983), uma instituição do sistema capitalista que tem como função reproduzir as relações de dominação deste sistema se utilizando exatamente da ideologia como mecanismo de estratificação e permanência das desigualdades sociais. O currículo escolar é um instrumento ideológico que se reproduz e reforça as visões e os interesses de classes, transportando ideias e valores da e para a classe dominante, excluindo assim dos subordinados a capacidade de inversão do sistema social (Silva, 2007).

Entretanto, a teoria do currículo não ficaria restrita e limitada à análise marxista estruturalista. Bourdieu e Passeron (1975), ao utilizarem a categoria *capital cultural*, veem através das metáforas econômicas o funcionamento da escola e da cultura. De acordo com Bourdieu (2007:41) *é provavelmente por um efeito de inércia cultural que*

⁵De acordo com Chauí (1984), a ideologia é um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações de ideias e valores e de normas ou regras de conduta, que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Portanto, é uma regra, uma norma, que tem a função de explicar a divisão de classes na sociedade e suas diferenças culturais e econômicas, não mostrando a verdadeira divisão da sociedade que é na diferença de produção de riqueza econômica.

continuamos tomando o sistema escolar como um fator de mobilidade social, segundo a ideologia da “escola libertadora”, quando, ao contrário, tudo tende a mostrar que ele é um dos fatores mais eficazes de conservação social, pois fornece a aparência de legitimidade às desigualdades sociais, e sanciona a herança cultural e o dom social tratado como dom natural.

As análises de Bourdieu e Passeron (2007a,b) e, particularmente, as análises de Bourdieu, concebem a escola como instituição social que busca reproduzir as desigualdades e diferenças sociais porque o currículo é instrumento que legitima a cultura do grupo dominante. Silva (2007:35) afirma que *o currículo da escola está baseado na cultura dominante, ele se expressa na linguagem dominante, ele é transmitido através do código de cultura dominante*. Enquanto membros deste grupo social entendem tais códigos, os do grupo dominado sofrem um processo de exclusão, por não compartilharem do mesmo capital cultural. Assim, o currículo escolar garante que um capital cultural cresça e avance enquanto outro se estagne e seja excluído. O currículo é um espaço onde ativamente se produzem e se criam significados sociais. Esses significados, entretanto, não são simplesmente significados que se situam no nível da consciência pessoal ou individual. Eles estão estreitamente ligados às relações sociais de poder e desigualdade. Trata-se de significados em disputa, de significados que, de acordo com Silva (2007) são impostos e por outro lado são também contestados.

No final dos anos 1960 surgiu, na Inglaterra, uma corrente denominada “Nova Sociologia da Educação” (NSE) que discutia a relação entre a estratificação dos saberes e a estratificação social. A NSE questionou, prioritariamente, os pressupostos políticos presentes no processo de seleção e organização do conhecimento escolar. Problematizou, também, a seleção e a organização dos conhecimentos escolares, desmistificando idéias de objetividade e cientificidade desses processos, analisando a relação entre a diferenciação escolar e a diferenciação social.

Nessa linha de discussão, nos Estados Unidos, na década de 1970, desenvolveram-se estudos em uma área denominada “Sociologia do Currículo”. Nela, ponderava-se sobre as relações entre o currículo e os interesses sociais mais amplos. Procurava-se a viabilização de alternativas curriculares que ajudassem no processo de construção de uma sociedade

mais justa. Dessa maneira, esses estudos tentavam mostrar como a elaboração do currículo era influenciada por interesses de grupos e refletiam as relações de poder da sociedade. A NSE e a sociologia do currículo se opuseram ao tratamento tecnicista prevalecente no campo, buscando estabelecer relações entre o currículo e os interesses sociais mais amplos (Paraíso & Santos, 1996). Apple (2002a) tomou como base as críticas de Althusser e Bourdieu para elaborar uma análise crítica especificamente em relação ao currículo. Segundo ele, a dinâmica da sociedade capitalista gira em torno da dominação de classe, da dominação dos que detêm o controle da propriedade e dos recursos materiais sobre aqueles que possuem apenas sua força de trabalho. Essa forma de organização da economia na sociedade afeta outras esferas sociais, como a educação e a cultura: *a reprodução cultural e econômica não é o único fenômeno que está ocorrendo em nossas instituições educacionais. Embora ideologia e currículo focalizem principalmente um dado momento de uma progressão histórica maior [...] (Apple 2002a:47).*

O que ocorre na educação e no currículo não pode ser simplesmente deduzido do funcionamento da economia (Silva, 2007). É por causa dessa preocupação que Apple recorre ao conceito de hegemonia, formulado por Antonio Gramsci: a hegemonia é um conjunto de funções de domínio e direção exercidos por uma classe social dominante sobre outra classe social. Para Gramsci (*apud* Mochcovitch, 1988), a hegemonia é composta de duas funções: função de domínio e função de direção intelectual e moral; e ele vê o campo social como um campo contestado, como um campo onde os grupos dominantes se veem obrigados a recorrer a um esforço permanente de convencimento ideológico para manter sua dominação.

É através desse esforço de convencimento que a dominação econômica se transforma em hegemonia cultural. O campo cultural não é um simples reflexo da economia: ele tem a sua própria dinâmica. As estruturas econômicas não são suficientes para garantir a consciência; a consciência precisa ser conquistada em seu próprio campo. Apple (2002b) vê o currículo em termos estruturais e relacionais. Em sua análise, mostra a preocupação, não com a validade epistemológica do conhecimento corporificado no currículo, uma vez que para ele a questão não é saber qual conhecimento é verdadeiro, mas qual conhecimento é *considerado* verdadeiro e quem tem autoridade para transmiti-lo.

Estas considerações deram abertura para questionar o currículo para muito além do *como ensinar*. O que ensinar sobretudo, *porque* ensinar isto e não aquilo se estruturavam como perguntas centrais em torno das quais se orientariam as investigações no campo do currículo.

Quadro 2 - Legislação sobre os cursos de pós-graduação no Brasil no período de 1965 a 2008

Legislação	Estabelece
Parecer nº 977/65	Define e caracteriza os cursos de pós-graduação, distinguindo-os em dois tipos: <i>stricto sensu</i> e <i>lato sensu</i> .
Decreto nº 63.343/68	Foram instituídos os Centros Regionais de Pós-graduação, mas não chegaram a funcionar.
Parecer nº 77/69	As normas de credenciamento para os cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) para que seus diplomas gozassem de validade em todo o território nacional.
Decreto nº 76.058/75 .	Desenvolvimento do primeiro Plano Nacional de Pós-Graduação (I PNPg), que vigorou no (Brasil, Poder Executivo 1975) período de 1975 a 1979.
Resolução nº 14/77	Regulamentação dos cursos de pós-graduação (<i>lato sensu</i>), definindo Especialização e Aperfeiçoamento.
Decreto nº 80.281/77 e Lei nº 6.932/81	Equiparação da residência médica aos cursos de especialização em nível de pós-graduação.
Resolução CFE nº5/83	Fixa normas de funcionamento e credenciamento dos cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> .
Resolução CFE nº 12/83	Reformulações na Resolução 14/77, que terminou sendo revogada. Procurou preservar a seriedade dos cursos de PGLS.
Resolução nº 2 - 19/8/96	Fixa normas para autorização de cursos presenciais de pós-graduação <i>lato sensu</i> fora de sede, para qualificação do corpo docente, e dá outras providências.
Resolução CNE/CES nº 1 -97	Fixa condições para validade de diplomas de cursos de graduação e de pós-graduação em níveis de mestrado e doutorado, oferecidos por instituições estrangeiras, no Brasil, nas modalidades semi-presenciais ou à distância.
Resolução CNE/CES nº 3/99	Fixa condições de validade dos certificados de cursos presenciais de especialização e revoga a Resolução CFE nº 12/83.
Resolução CNE/CES nº 2/2001	Dispõe sobre os cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> oferecidos no Brasil por instituições estrangeiras, diretamente ou mediante convênio com instituições nacionais.
Resolução CNE/CES nº 1/2001	Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação e revoga a Resolução CFE nº 5/83, as Resoluções CNE/CES nº 2/96 1/97 e 3/99.
Parecer CNE/CES nº 98/2002	Credenciamento da Escola Nacional de Saúde Pública para a oferta do Curso de Especialização na área de Saúde/Enfermagem, nos termos do ofício 170/01-PR, de 2 de julho de 2001.
Parecer CNE/CES nº 187/2002.	Consultas sobre os cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> .
Parecer CNE/CES nº 281/2002	Consulta a Resolução CNE/CES 1/2001, que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação.
Parecer CNE CNE/CES nº 364/2002	Regularidade da cobrança de taxas em de cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> com base no art.90, da Lei nº 9394.
Parecer CNE/CES nº 66/2005	Aprécia a indicação CNE/CES nº 5/2004, que propõe a alteração do <i>caput</i> art. 6º da Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001, que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação.
Resolução CNE/CES nº 2/2005	Altera a Resolução CNE/CES nº 2, de 3 de abril de 2001, que dispõe sobre os cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> oferecidos no Brasil por instituições estrangeiras, diretamente ou mediante convênio com instituições nacionais.
Resolução CNE/CES nº 12/ 2006	Altera o prazo previsto no art. 3º da Resolução CNE/CES nº 2, de 9 de junho de 2005, que dispõe sobre os cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> oferecidos no Brasil por instituições estrangeiras, diretamente ou mediante convênio com instituições nacionais.
Resolução CNE/CES nº 1/ 2007	Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> , em nível de especialização.
Resolução CNE/CES nº 5 / 2007	Altera o prazo previsto no art. 3º da Resolução CNE/CES nº 2, de 9 de junho de 2005, que dispõe sobre os cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> oferecidos no Brasil por instituições estrangeiras, diretamente ou mediante convênio com instituições nacionais.
Resolução CNE/CES nº 1/ 2008	Dispõe sobre o registro de diplomas de cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado e doutorado) expedidos por instituições não detentoras de prerrogativas de autonomia universitária.
Resolução CNE/CES nº 5 de 4 de 25.9.2008	Estabelece normas para o credenciamento especial de instituições não educacionais para oferta de cursos de especialização.

Fonte: Documentos oficiais MEC/GOV/Brasil, 2009.

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

O Curso de Especialização em Saúde Pública (Cesp), da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz) foi escolhido como objeto da pesquisa por ter uma trajetória muito rica e pela possibilidade de, através da análise da sua trajetória, descortinar influências do pensamento social e das políticas públicas na área de saúde, bem como tendências na organização da pós-graduação *sensu lato* no campo da saúde. O método de estudo de caso com utilização de entrevistas e a análise documental foi escolhido para compreensão do objeto do estudo em seu contexto institucional.

Não se pretende aqui desenvolver o processo histórico da trajetória do curso de Especialização em saúde pública. Os antecedentes são apresentados apenas para dar maior compreensão das concepções sanitárias nas conjunturas demarcadas no período de 1925 a 1989.

1. Caracterização da pesquisa

Minayo (2006) entende que existem duas razões para explicar a função da ciência: a primeira, de ordem externa, tende a responder às questões técnicas e tecnológicas pelo desenvolvimento industrial. A segunda é de ordem interna, pois é capaz de estabelecer uma linguagem que se fundamenta em conceitos, métodos e técnicas para poder compreender o mundo dos fenômenos, das coisas, dos processos e das relações. Portanto Minayo discorda daqueles que absolutizam o sentido e o valor da ciência afirmando que [...] *a humanidade sempre, desde que existe o Homo sapiens, criou formas de explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte e o lugar dos indivíduos na organização social, assim como os mecanismos de poder, de controle e de produção* (p. 35).

Minayo (2006) entende a pesquisa qualitativa como atividade de aproximação sucessiva com a realidade, que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e prática. Assinala, ainda, que o objeto do estudo deve ser estimado no contexto da instituição em que está inserido e em suas dimensões social, política e cultural. Dessa

forma o conhecimento do entorno onde se realizou a pesquisa é fundamental para o entendimento dos dados coletados e das reflexões deles decorrentes.

Patton (2001) observa que a pesquisa qualitativa cultiva uma das mais úteis capacidades do homem que é a capacidade de aprender. De acordo com o mesmo autor, no campo da pesquisa qualitativa o pesquisador, quando em dúvida, deve observar e fazer perguntas. Por outro lado, quando tem certeza precisa observar atentamente e fazer ainda mais perguntas.

A pesquisa qualitativa, de modo geral, é definida por Denzin e Lincoln (2006:17) como *uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas. [...] Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.*

Minayo (2006) entende como *metodologias de pesquisa qualitativa* aquelas que são capazes de incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* como sendo inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, tomando essas últimas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p. 22).

O presente estudo enfoca o Curso de Especialização em Saúde Pública (Cesp) da ENSP. Para que possamos entender a organização do ensino e as experiências dos atores envolvidos no planejamento, estruturação e reestruturação, adotamos o referencial que compreende a teoria e a prática do processo de apropriação de conhecimentos para a emancipação dos sujeitos e a transformação das relações de dominação nas sociedades desiguais (Libâneo, 1998). Trata-se de uma concepção que não restringe o conhecimento a si, mas expressa e é legitimada por interesses inscritos nas relações sociais amplas. Desse modo, as relações sociais no *locus* da escola e da sociedade em

geral não expressam apenas a *dominação*, mas também a possibilidade de resistência e de ação contra-hegemônica (Giroux e Simon,1999)⁶.

O caso objeto de estudo foi o Cesp da ENSP. Cabe ressaltar que, num estudo de caso qualitativo exploratório, a profundidade das investigações permite fazer inferências ou descobrir outras questões ou elementos a respeito do tópico em estudo que podem levar a outras pesquisas.

De acordo com Yin (2005), o método de estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fato contemporâneo dentro do seu contexto, principalmente quando os limites entre eles não estão bem explícitos. É utilizado quando propositalmente queremos lidar com condições contextualizadas. Como estratégia de investigação compreende técnicas que abrangem todas as etapas, desde a lógica do seu planejamento, passando pelas técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas até a análise dos mesmos (Yin, 2005). Para Merriam (1988 p:27) *o caso é uma coisa única, uma entidade singular, uma unidade em torno da qual não há fronteiras*. A mesma autora afirma que, idealmente, o desenho do estudo é emergente e flexível e que pode reagir às novas condições do trabalho em curso. O caso então pode ser um indivíduo, um programa, uma comunidade, uma política específica, uma escola e assim por diante.

A vantagem do método de estudo de caso em pesquisa qualitativa é por ser uma estratégia que examina acontecimentos contemporâneos, tem o poder diferenciador de lidar com uma ampla variedade de evidências como documentos, artefatos, entrevistas e observações (Yin, 2005). O estudo de caso é especialmente interessante para campos aplicados de estudo, como é o caso da educação. Podem-se examinar os processos, problemas e programas educacionais a fim de gerar entendimentos que, por sua vez, podem afetar e, talvez, até mesmo melhorar a prática (Merriam 1998).

Uma provável desvantagem do método de estudo de caso seria a pouca possibilidade de servir para outras situações em função da heterogeneidade dos processos, embora consideremos que a generalização possa se dar a partir da epistemologia e não somente da técnica, ou seja a partir dos dados empíricos. O que contribuiria na generalização

⁶ Embora os autores trabalhem com a abordagem da pedagógica Crítica, neste estudo optamos por estabelecer algumas relações que se aproximam desta abordagem, mas não a utilizamos.

seria o fato de existir na literatura experiências ou teorizações na mesma direção (Hartly, 1994:214).

2. Aspecto ético da pesquisa

Este projeto foi submetido ao Comitê da Ética em Pesquisa da ENSP, unidade da Fiocruz, com os respectivos instrumentos a serem utilizados na coleta de dados e o termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 3). Este último foi entregue aos participantes dos dois grupos – gestores da instituição e coordenadores do curso.

Para a análise documental foi solicitada autorização por escrito ao então vice-diretor da EGS para o acesso aos arquivos do Cesp entre 1990-2006 existentes na Secretaria Acadêmica (Seca) da ENSP. A proposta do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP n° 81/08.

3. Métodos

Foram utilizadas como métodos de pesquisa as entrevistas semiestruturadas com informantes-chave e a análise documental.

3.1. As entrevistas

A entrevista é um método de coleta de dados que, segundo Brandão (2002), *reclama uma atenção permanente do pesquisador aos seus objetivos, obrigando-o a colocar-se intensamente à escuta do que é dito, a refletir sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado* (p. 40). Para Minayo (2006) as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e *podem ser classificadas em várias formas, entre elas entrevista semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada* (p. 261). Este foi o modelo adotado na presente pesquisa.

As fontes de dados foram os gestores do curso em estudo e também gestores da ENSP, Instituição que ofereceu o mesmo no período de 1990-2006. Este recorte de tempo foi escolhido para análise pelo fato de se iniciar com a reforma sanitária e a implementação do SUS e terminar com o aniversário de 80 anos do curso. Esse período testemunhou grandes transformações na organização do sistema de saúde com consequentes reflexos

na formação dos profissionais de saúde pública. A opção por entrevistar estes gestores acadêmicos deveu-se à posição estratégica que ocupam na formulação e implementação das políticas na gestão do curso durante esse período. No período em estudo, a ENSP teve cinco diretores e o Cesp teve sete coordenadores. Em relação aos coordenadores, apenas dois indivíduos não participaram da pesquisa. O primeiro por questões de saúde e o segundo por ser a orientadora do estudo. Assim, participaram da pesquisa cinco gestores da instituição e cinco coordenadores do curso, totalizando dez entrevistas.

Foram feitos contatos iniciais através de mensagem eletrônica para todos os entrevistados na qual foi enviada uma explicação sucinta do projeto de pesquisa e realizado o convite para participação. Obtida resposta afirmativa, foram marcadas as datas das entrevistas no ambiente de trabalho dos entrevistados de acordo com o dia e o horário convenientes para ambas as partes. Antes de iniciar cada entrevista, foram explicados os objetivos da pesquisa e foi pedido que o entrevistado assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Houve receptividade dos entrevistados ao objeto do estudo e ao seu contexto. As entrevistas duraram em média 50 minutos. Após autorização, as entrevistas realizadas nos meses de setembro e outubro de 2008 foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra de modo a possibilitar a análise dos dados. Após leitura e análise meticolosas de cada entrevista, foi feito um quadro geral baseado nas falas dos gestores e coordenadores. São apresentados, em anexo, os roteiros das entrevistas (Anexos 1, 2)

3.2. Análise documental

A pesquisa documental é uma técnica decisiva para a pesquisa em ciências sociais e humanas; é indispensável porque a maior parte das fontes escritas, ou não, são quase sempre a base do trabalho de investigação; é aquela realizada a partir de documentos, contemporânea ou retrospectiva, considerada cientificamente autêntica.

Uma das vantagens de se empregar documentos na pesquisa é que eles podem ser consultados várias vezes e constituem uma fonte de evidências que fundamenta afirmações e declarações advindas do pesquisador (Merriam, 1998).

A pesquisa documental foi realizada nos arquivos da Seca da ENSP. Alguns coordenadores colocaram à disposição do projeto os documentos referentes à reestruturação do curso, as atas de reuniões do colegiado do curso, as avaliações feitas pelos coordenadores, o regimento de ensino, entre outros. Essas informações foram utilizadas na análise.

O critério estabelecido para organizar a coleta foi a de que houvesse fonte documental. Para cada documento foi criada uma ficha de leitura contendo o resumo de cada programa do curso e outras informações existentes nos arquivos do curso.

Foram extraídas as informações relevantes de cada ano referentes à estrutura curricular do curso: objetivo geral, objetivo específico, área temática, blocos, carga horária, clientela, seleção, regime e duração (Quadros 3 a 9). Estes tiveram o objetivo de compreender as determinações e as especificidades do curso.

Dos documentos consultados também foram extraídas informações em relação número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Cesp referente cada década (Tabelas 1 a 7 e Figuras 1 a 4). Além disso, foram retirados da consulta dos documentos os seguintes dados: Formação superior, instituição de Formação superior, instituição de trabalho, faixa etária e sexo dos egressos do curso (Tabelas 9 a 12).

3.3. Plano de análise dos dados

As entrevistas foram analisadas tendo como referência os princípios e pressupostos da Análise de Conteúdo⁷. Entre as técnicas de *Análise de conteúdo*, optou-se por usar a técnica de *Análise Temática*, na qual a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Realizar uma análise temática é encontrar os "*núcleos de sentido*" que compõem uma comunicação e cuja presença, ou frequência com que aparecem pode ter algum significado para o objetivo analítico visado (Minayo, 2006).

⁷ Segundo Bardin (1979:42) essa metodologia pode ser resumida como: *Um conjunto de técnicas de análise das comunicações com objetivo de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.*

O trajeto percorrido na análise das falas dos Gestores da instituição e coordenadores do curso entrevistados se concretizou a partir dos seguintes etapas:

- Primeira etapa: refere-se à caracterização dos dez entrevistados. Nesse processo optamos por dar a cada entrevistado um número, de 1 a 10, orientados pela ordem das entrevistas, preservando dessa forma a identidade de cada um deles.
- Segunda etapa: foram construídos os núcleos orientadores da análise. Nesta fase da análise as falas dos entrevistados foram integralmente mantidas. Foram construídos quadros baseados nas temáticas desenvolvidas que permitiram uma visão completa de cada uma das entrevistas e a possibilidade de comparação entre elas.
- Terceira etapa: releitura dos textos das entrevistas, agrupados por temas, que permitiu a percepção de linhas de convergência e/ou contradições, ou conflitos, entre as diversas falas. Estas linhas permitiram extrair as seguintes categorias: caracterização da coordenação e alunos do curso; processo de gestão e planejamento curricular; interfaces do curso com o sistema de saúde (relação entre a teoria e a prática); perfil de formação de sanitarista (especialista ou generalista); relação entre o curso e a pós-graduação *stricto sensu*; e a formação pedagógica dos professores.

As categorias obtidas com esse processo possuem relações, podendo propiciar o aprofundamento de ideias, propor inferência e adiantar as interpretações do conteúdo manifesto, ou mesmo do conteúdo latente (Bardin 1979).

Os resultados do estudo são apresentados nos capítulos a seguir com a seguinte estrutura: na primeira parte os antecedentes e a caracterização do Cesp da ENSP são apresentados até 1990. Para este período a análise de cada década do curso é feita com base documental. No período do curso entre 1990-2006, procura-se estabelecer elos entre a bibliografia consultada, as entrevistas realizadas e as fontes documentais.

CAPÍTULO 3 - RESULTADOS

Parte 1: 1925-1989

1. Trajetória do Curso de Especialização em Saúde Pública desde a sua criação.

A institucionalização da saúde pública se dá com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1919 através do Decreto nº 3.987, publicado em 2 de janeiro de 1920. Esse departamento funcionava como coluna vertebral da organização da saúde pública no Brasil à época, sendo responsável pela projeção do modelo assistencialista que teve como uma de suas maiores referências o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), chegando até a constituição do Ministério da Saúde (MS) em 1953 (Lima & Pinto 2003). A inauguração desse departamento abriu as portas para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil (Hochman, 1998). Segundo Santos e Faria (2006), essa década era marcada pela crescente participação do Estado na implementação e condução de políticas no campo de saúde. O movimento em favor da profissionalização sanitária deu origem a propostas de criação de escolas e serviços especializados. Tais propostas foram debatidas nas reuniões organizadas na Sociedade Brasileira de Higiene, com participação de professor Carlos Chagas e os médicos do DNSP cujas preocupações eram problema de higiene e saneamento.

Estavam assim instituídas as bases para o Cesp, que veio a se concretizar seis anos mais tarde (1926)⁸, com o título de Curso Especial de Higiene e Saúde Pública. Este curso foi criado pelo Decreto nº 16.782-A, em 13 de janeiro de 1925. Nesses debates sobre saúde surge um novo projeto institucional voltado para a especialização no Rio de Janeiro que viria a assumir dimensão nacional depois de 1930.

Inicialmente, foi coordenado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em conjunto com o IOC, uma das atuais unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que ficou responsável pelos componentes administrativos e didáticos.

⁸ Deste ano até 1954, a trajetória do curso levou à consolidação da área da saúde pública e conseqüentemente a criação da Escola Nacional de Saúde Pública e o atual Curso de Especialização em Saúde Pública.

Posteriormente, ficou sob a tutela do DNSP até a criação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1955, pela Lei nº 2.312, formalizada através de Regimento e Regulamento – Decretos nº 46.258 e 46.259, ambos de 23 de junho de 1959 publicados no Diário Oficial de 25 de setembro, edital número 4.

1.1. Período 1925-1930

No início do século passado o modelo econômico do Brasil era agrário-exportador. De acordo com Costa (1988), se referindo a outros autores, esse caráter social realiza-se em dois níveis: por um lado reflete o avanço da divisão do trabalho implícito à essa fase; por outro, do ponto de vista público, assume a forma, ainda que embrionária de uma política social. A área da saúde pública que se caracterizava por sua ligação a interesses econômicos e político das classes dominantes, conduzem, em termos de políticas de saúde, à uma concentração de ações sanitárias no controle das endemias, resolução de problemas gerais do saneamento dos portos, construção de estradas de ferro e organização de núcleos urbanos, visando o controle das doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas.

Nessa época tornou-se hegemônica a corrente médico-sanitária, organizando-se principalmente nos grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Recife. Dois núcleos foram especialmente ativos: o paulista, e o Rio de Janeiro, que defendiam a especialidade na carreira médica na área de saúde pública e o trabalho em tempo integral nas instituições estatais. Nessa época a Medicina e a saúde pública eram entendidas como campos distintos: a primeira para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária. O modelo desta proposta centrou-se na construção de serviços regionais permanentes de saúde pública como os centros e postos de saúde dirigidos por sanitaristas em tempo integral (Merhy e Queiroz 1993).

Em 1925, deu-se o marco inicial da trajetória do Cesp que na ocasião intitulava-se Curso Especial de Higiene e Saúde Pública. Tinha como objetivo formar médicos

sanitaristas, preparando especialistas para dirigir e administrar os serviços de saúde pública no Brasil.

Segundo Labra (1985) o primeiro curso de Higiene e Saúde Pública no Brasil para médicos contou com a participação durante alguns meses de dois professores da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, financiados pela Fundação Rockefeller e pelo DNSP. Santos e Faria (2006), afirmam que o Professor Chagas consultou a Fundação Rockefeller sobre a possibilidade do envio de pesquisadores especialistas na área de epidemiologia e administração sanitária para administrar aulas no curso recém-implantado. Foram eles, Allen W. Freeman e John A. Doull, da Johns Hopkins. Embora essas vindas tenham contribuído para o fortalecimento do curso, a colaboração não foi passiva e houve uma integração com as tradições francesa e alemã já existentes. O Dr. Fontenelle que foi inspetor sanitário do DNSP obteve da Fundação Rockefeller uma bolsa que facilitou a sua ida aos Estados Unidos em 1925 para estudar a organização do ensino da Johns Hopkins, preparando-se assim para assumir, quando de seu regresso, a direção do curso de higiene, iniciado em 26 de abril de 1926 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Labra, 1985). O programa do curso foi instituído de acordo com o Decreto nº 16.782-A, em 13 de janeiro de 1925 (Quadro 3).

Durante esse período, o ensino da saúde pública mostra as seguintes características: atendimento à administração sanitária; distanciamento da investigação científica experimentalista do Instituto Oswaldo Cruz; aplicação do conhecimento especializado à solução de problemas de saúde coletiva e individual trazidos pela urbanização (Costa 1988).

Nas palavras de Benchimol e Teixeira (1993), *por ocasião dessa reforma, Chagas procurou estabelecer elos de ligação entre o Instituto Oswaldo Cruz e a Faculdade, com o propósito de tornar o ensino médico mais permeável à pesquisa, aos problemas clínicos relacionados às endemias rurais e ao sanitarismo, entendido como prática científica e como uma nova e vantajosa carreira aberta aos profissionais da saúde. A reforma suscitou muitas controvérsias no seio da corporação médica por incluir no currículo da Faculdade a cadeira de Doenças Tropicais, da qual o próprio Chagas se tornou titular, e o curso de Higiene e Saúde Pública ministrado por pesquisadores de Manguinhos.*

Para a matrícula foram exigidos o título ou diploma de médico de uma das faculdades de medicina oficiais ou equiparadas, atestado de aprovação no curso de microbiologia do IOC ou de exame vestibular das matérias ensinadas no curso que era realizado em doze meses distribuídos de acordo com as conveniências do ensino. Os exames do curso, na época, eram feitos diante de uma comissão examinadora de três membros, designados pelo diretor do Instituto com a fiscalização do diretor da Faculdade de Medicina. Os aprovados recebiam diploma de higienista assinado pelos referidos diretores.

A importância desse curso na preparação dos higienistas é expressa nitidamente no artigo 86 do Decreto nº 16.782-A que diz: *os higienistas formados nos termos do artigo anterior terão direto à nomeação, independentemente de qualquer concurso, para cargos federais de médicos, que tenham de exercer funções de higiene pública, com precedência absoluta sobre quaisquer outros candidatos.*

**Quadro 3 - Matriz do currículo do curso de Saúde Pública do Departamento
Nacional de Saúde entre 1925-1959**

Ano	Programa	Observação
1925	1. Epidemiologia e Profilaxia geral; organização dos serviços de profilaxia especial; 2. Biometria e estatística aplicadas à higiene; 3. Higiene alimentar, Noções de bromatologia; 4. Saneamento urbano e rural; 5. Higiene pré-natal, higiene infantil e higiene escolar; 6. Higiene industrial e profissional; 7. Administração sanitária. Legislação sanitária nacional e comparada (Labra 1985)	Criado pelo Decreto 16.782-A de 13.1.1925. Art. 81
1931	1. Engenharia sanitária; 2. Microbiologia aplicada à Saúde Pública; 3. Parasitologia aplicada à Saúde Pública; 4. Estatística sanitária; 5. Saneamento urbano e rural; 6. Epidemiologia e profilaxia das doenças contagiosas agudas; 7. Epidemiologia e profilaxia de outras doenças transmissíveis, especialmente das endemias rurais; 8. Lepra, doenças venéreas e câncer; 8. Fisiologia aplicada à higiene; 9. Higiene alimentar; 10. Higiene da criança; 11. Higiene industrial	Regulamento do curso através do decreto no. 19.852 de 11 de abril de 1931 Realizado pela Universidade do Brasil - Faculdade de Medicina
1937	Parasitologia, Bacteriologia, Estatística, Fisiologia, Epidemiologia e Engenharia	O curso oficial de saúde pública nesse ano foi paralisado (Barreto 1942)
1938	1. Engenharia sanitária; 2. Parasitologia; 3. Higiene alimentar; 4. Estatística Vital; 5. Microbiologia; 6. Higiene Industrial; 7. Fisiologia, doenças infecciosas agudas; 8. Higiene da criança; 9. Imunologia, Parasitologia; 10. Administração sanitária; 11. Lepra; 12. Helminthoses; 13. Malaria; 14. Tuberculose; 15. Epidemiologia; 16. Peste; 17. Febre Amarela	<i>Ministrado pela Universidade do Brasil - Faculdade Nacional de Medicina. Impõe-se, a reabertura do curso; ligá-lo ao centro de pesquisas de saúde pública, que é o Instituto Oswaldo Cruz por força do decreto-lei n. 82 de 18 de dezembro de 1938 (Barreto 1942)</i>
1939	1. Bacteriologia; 2. Parasitologia; 3. Engenharia sanitária; 4. Higiene da criança; 5. Epidemiologia e doenças transmissíveis; 6. Lepra e doenças venéreas; 7. Febre Amarela; 8. Epidemiologia especial; 9. Nutrição; 10. Tuberculose; 11. Administração sanitária	

Ano	Programa	Observação
1940	1. Microbiologia e imunologia aplicadas à Saúde Pública; 2. Parasitologia aplicada à saúde; 3. Estatística sanitária; 4. Fisiologia aplicada à higiene; 5. Epidemiologia e profilaxia (1ª parte); 6. Saneamento urbano e rural (parte teórica, parte prática, visitas, excursões); 7. Higiene industrial; 8. Epidemiologia e profilaxia (2ª parte); 9. Nutrição; 10. Higiene mental; 11. Higiene da criança	O curso foi reorganizado nesse ano; decreto-lei 2.243 de 29 de maio (Barreto 1942) Dr. João de Barros Barreto Diretor Geral de DNS Dr. Hernani Braga ex-Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública fez este curso
1941- 1945	1. Microbiologia e imunologia aplicadas à Saúde Pública (1ª parte); 2. Parasitologia aplicada à saúde (1ª parte); 3. Estatística sanitária; 4. Microbiologia e imunologia aplicadas à Saúde Pública (2ª parte); 5. Fisiologia aplicada à higiene; 6. Epidemiologia e profilaxia (1ª parte); 7. Saneamento urbano e rural (parte teórica, parte prática, visitas, excursões); 8. Higiene industrial; 9. Epidemiologia e profilaxia (2ª parte); 10. Nutrição; 11. Higiene mental; 12. Organização e administração sanitárias (parte teórica, parte prática); 13. Higiene da criança; 14. Organização e Administração sanitária	Pelo Decreto-lei n. 3.171 de 2 de abril de 1941 foi dado ao DNS entre outras atribuições, a de organização desse curso. <i>O curso foi de novo retocado em 1941 (Barreto 1942)</i> Em 1944, Dr. Lincol de Freitas Filho (diretor dos cursos do Departamento Nacional de Saúde
1946-1949	Microbiologia e imunologia aplicadas à Saúde Pública (1ª parte); 2. Parasitologia aplicada à saúde (1ª parte); 3. Estatística sanitária; 4. Microbiologia e imunologia aplicadas à Saúde Pública (2ª parte); 5. Fisiologia aplicada à higiene; 6. Epidemiologia e profilaxia (1ª parte); 7. Saneamento urbano e rural (parte teórica, parte prática, visitas, excursões); 8. Higiene industrial; 9. Epidemiologia e profilaxia (2ª parte); 10. Nutrição; 11. Higiene mental; 12. Organização e administração sanitárias (parte teórica, parte prática); 13. Higiene da criança; 14. Organização e administração sanitária	Esse ano se juntou microbiologia e imunologia aplicadas à saúde pública (1ª e 2ª parte); Parasitologia aplicada à saúde (1ª e 2ª parte) Foi introduzida nova uma disciplina “Diagnóstico das doenças transmissíveis”
1950	1. Microbiologia e imunologia aplicada à saúde pública; 2. Parasitologia aplicada à saúde pública; 3. Estatística sanitária; 4. Diagnóstico clínico das doenças transmissíveis; 5. Epidemiologia e profilaxia (1ª parte); 6. Saneamento urbano e rural; 7. Higiene industrial, normas para os inquéritos de higiene industrial; 8. Epidemiologia e profilaxia (2ª parte); 9. Nutrição; 10. Higiene mental; 11. Organização e administração sanitárias; 12. Higiene da criança; 13. Sociologia aplicada à medicina e saúde pública	Observou-se que nessa década não houve nenhuma modificação no programa do curso em se comparando com o ano de 1946; somente em 1959 foi acrescentada a disciplina de Sociologia A partir de 1959 a ENSP fica responsável pela organização desse curso

Fonte: Seca/ENSP.

1.2. Década de 1930

A saúde pública fortaleceu seu espaço institucional a partir da década de 1930, com as transformações políticas que ocorreram nos pais e que tiveram reflexos imediatos no âmbito de saúde quando foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, pelo Decreto nº 19.402. O antigo DNSP incorporou nova denominação: Departamento Nacional de Saúde (DNS) e passou a vincular-se ao novo ministério (Lima & Pinto, 2003). Esse departamento exerceu forte influência nas delegacias estaduais e assumiu a responsabilidade pela organização dos cursos da área. Segundo Hochman (2005) no início, a criação do Ministério não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente do referido Departamento (DNSP). O marco mais definitivo no processo de construção institucional da saúde pública enquanto política estatal foi a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (1934-45), a mais longa permanência de um ministro nas pastas de educação e saúde. A reforma do o Ministério implementada por Capanema a partir de janeiro de 1937, definiu importantes mudanças na área de saúde pública, tendo à frente o Dr. João Barros Barreto como diretor do DNS responsável pela sua implementação (Hochman, 2005). A reforma se constituiu como a principal referência para a política de saúde pública neste contexto, criando uma nova estrutura para os serviços de saúde, que chegou ao seu auge em 1941 com a criação dos serviços nacionais e permaneceu até o período posterior à criação do MS em uma pasta isolada da educação (Fonseca 2000).

Nessa década, já na Era Vargas, o campo da saúde no Brasil foi diretamente modelado pelo novo Ministério que imprimiu uma tônica mais urbana às políticas e passou a atender a interesses de grupos da nascente burocracia estatal e da massa de trabalhadores assalariados. O apoio à especialização em saúde pública, no entanto, continuou a fazer parte da agenda política durante esse período com a criação de novos cursos e a formação de novos profissionais (Santos & Farias, 2006).

Neste aspecto, esses quadros técnicos guardam atributos especiais porque contribuíram para a construção do aparato institucional, definindo prioridades e reunindo experiências no trabalho cotidiano pelo interior do país. Também como formuladores políticas para o setor e como agentes na implementação dessas políticas. O processo de

institucionalização da saúde pública a partir dos anos 1930 está entrelaçado à trajetória pessoal e profissional desse grupo de atores (Fonseca 2000). A autora interpreta a presença do Estado, com estes profissionais nas regiões mais remota do país, como uma herança da tradição sanitaria da Primeira República, quando médicos sanitaristas como Belisário Penna, Carlos Chagas e Oswaldo Cruz, entre outros, realizaram expedições ao interior do país, voltados para os problemas das endemias rurais, com destaque para o saneamento rural.

Na fase de transição entre 1930 e 1937, a saúde pública praticamente reduziu-se à atuação campanhista no país. Sob a influência da Liga de Saneamento, foram favorecidas ações verticais permanentes. Este foi um período que viabilizou a construção dos serviços médicos previdenciários, abrindo outro setor socialmente significativo para o conjunto das ações de saúde (Merhy e Queiroz 1993).

O crescente interesse pela formação em saúde pública pode ser observado em suas relações com as mudanças verificadas nos contextos, nacional e internacional, a partir de 1930. No plano nacional, a profissionalização em saúde pública constituiu um dos componentes do projeto político e ideológico do novo governo de Getúlio Vargas, adequando-se na área de atuação do Ministério da Educação e Saúde Pública. A partir de 1937, o governo realizou uma série de modificações na estrutura administrativa e institucional da saúde, reorganizando os serviços com o propósito de construir e consolidar uma política de saúde de abrangência nacional (Lima & Fonseca, 2004).

De acordo com as mesmas autoras, as diretrizes referentes à formação em saúde pública eram similares em muitos aspectos de propostas indicadas e aplicadas nos Estados Unidos que vinham sendo discutidas em fóruns internacionais. Assim, foram incorporadas as prioridades definidas pelas agendas dos congressos e conferências patrocinados pela Oficina Sanitária Pan-Americana. Esse organismo (atual Organização Pan-Americana da Saúde - Opas) realizou no período de 1930 a 1945 vários congressos, mantendo uma agenda regular de debates ligados à política de saúde, com a intenção de ser consolidada como fórum de interação entre os diversos países latino-americanos. *As resoluções e recomendações aprovadas no decorrer desses diferentes fóruns internacionais incluíram entre suas proposições mais importantes a consolidação de uma organização sanitária nacional, que se deveria fazer mediante maior coordenação*

entre os serviços sanitários federais, estaduais e municipais, a formação de uma comissão encarregada de estabelecer as bases fundamentais de um código sanitário padrão a ser aplicado em todas as nações da América; e a instituição generalizada da carreira de sanitarista condicionando o ingresso aos diplomados por escolas de higiene (Lima & Fonseca, 2004:31).

Durante a década de 1930, o DNS permaneceu responsável pelos cursos e a partir de 1931 o curso passou a se chamar Higiene em Saúde Pública e foi regulamentado através do Decreto nº 19.852 de 11 de abril de 1931. Somente os candidatos diplomados em medicina podiam se inscrever. Segundo Fonseca (2000), as especificidades da carreira de médico sanitarista foram sendo definidas, não por acaso, paralelamente a estas reformas que procuraram expandir a atuação do Estado na área da saúde pública por todo o país. A nova estrutura institucional que se pretendia implantar demandava profissionais especializados, aptos para ocupá-la e gerenciá-la, o que por sua vez exigia que se consolidasse a formação médica nesta área através de cursos especializados como os do IOC e do DNS. Percebe-se então que à medida que foram sendo definidas as prioridades para a saúde pública, foram também reafirmando-se os requisitos necessários para a conformação dessa especialidade médica de forma regulamentar.

O processo de seleção no curso era baseado em provas escrita e oral e o resultado divulgado em Edital do Diário Oficial.

Com início em janeiro e duração de doze meses em tempo integral, o corpo docente e seus assistentes pertenciam ao Ministério da Educação e Saúde. Os profissionais escalados eram designados com direito a uma gratificação especial com exceção dos professores de repartições públicas. Os alunos – diplomados em medicina, por faculdades oficiais ou reconhecidas e aqueles que apresentavam o diploma do curso geral de aplicação do IOC – poderiam ser dispensados das disciplinas de Microbiologia e Parasitologia Aplicadas.

A maioria dos alunos recebia bolsa de estudos, sendo que algumas vagas eram destinadas a médicos bolsistas dos estados. Em 1938, o Curso de Higiene e Saúde Pública foi também oferecido pela primeira vez na região Nordeste, em Recife-Pernambuco, pela Delegacia Federal de Saúde Pública da 4ª Região. A primeira turma

era composta por vinte e cinco alunos oriundos de Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco; dez exerciam função sanitária e todos eram do sexo masculino.

As disciplinas ministradas pelo Curso Higiene e Saúde Pública eram: Microbiologia Aplicada à Saúde Pública; Parasitologia Aplicada à Saúde Pública; Estatística Sanitária; Saneamento Urbano e Rural; Epidemiologia e Profilaxia das Doenças Contagiosas Agudas; Epidemiologia e Profilaxia de outras Doenças Transmissíveis, especialmente das endemias rurais; Lepra, Doenças Venéreas e Câncer; Fisiologia Aplicada à Higiene; Higiene Alimentar; Higiene da Criança; Higiene Industrial; Organização e Administração Sanitária (Tabela 1).

A escolha das disciplinas do curso não era aleatória, mas possuía fortes razões. Observa-se que boa parte delas era voltada para promover a cura e nos mostram claramente a preocupação com o corpo do indivíduo. De acordo com Carvalho (2005), a razão era acompanhar as transformações pelas quais a sociedade brasileira atravessava, ou seja, a compreensão do indivíduo como um todo. Ao contrário do ponto de vista atual que se concentra na prevenção, a preocupação com a saúde, nessa década, era mais centrada na cura. De acordo com Carvalho (2005:21), *essa preocupação com o corpo dos indivíduos deve-se à descoberta de que a transformação da sociedade passava pelo trato do corpo, visando abarcar a integridade do indivíduo.*

A história desvenda o pensamento e a real preocupação das autoridades da época através de suas ações, refletindo claramente na organização das disciplinas do curso.

1.3. Década de 1940

A partir da década de 1940, o curso passou a se chamar Curso de Saúde Pública. Foi reorganizado em 1940 (Decreto-lei nº 2.243 de 29 de maio) com revisão da sua estrutura em 1941 (Decreto nº 3.333 de 6 de junho) por ter o Departamento Administrativo do Serviço Público detectado a necessidade de estabilização da profissão de sanitarista (Barreto, 1942). Com essa nova estrutura, ficava dispensada a exigência de conclusão prévia do Curso de Aplicação do IOC, já que foram

acrescentadas ao novo curso disciplinas como parasitologia, bacteriologia e imunologia.⁹

Nesse mesmo ano foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde no Rio de Janeiro, após a realização da Conferência Nacional de Educação. De acordo com Hochman (2005:134), *algumas proposições aprovadas nessa Conferência revelam a combinação da histórica agenda dos sanitaristas e das características da política varguista. De um lado, reafirmam a necessidade de centralização da capacidade de normatização legal e administrativa das ações de saúde pública nas mãos do MES, ainda que os estados e municípios fossem os executores dessas ações. De outro, a manutenção da possibilidade de acordos entre estados e governo federal para que este desenvolvesse diretamente ações de saúde, preferencialmente de combate às endemias rurais.*

Segundo o mesmo autor em 1941, Capanema propôs uma nova alteração na estrutura do MES, aumentando a presença dos órgãos federais de saúde nos estados de forma mais centralizada, criando para isso os Serviços Nacionais de Saúde. Em 1942, os cursos de saúde pública, sob o comando do MES integram-se aos já existentes no Instituto Oswaldo Cruz (Costa 1988).

O presidente do departamento administrativo do serviço público, Luiz Simões Lopes, dirigindo-se ao Presidente da República critica a formação técnico-profissional dos médicos. Diz o referido documento (Barreto 1942:31 e 32):

1. *Ao ensino especializado da Medicina Sanitária e Preventiva, deve-se precipuamente o grande desenvolvimento que as nações mais progressistas vêm conseguindo no domínio da saúde pública. É que o sanitarista, elemento primordial da ação, deve ser considerado um médico tão especializado como o cirurgião, o oftalmologista, o neurologista e o obstetra.*
2. *Da mesma maneira que os docentes desejam e reclamam bons especialistas para a sua cura, não se compreende que para uma função de muito mais realçada*

⁹ http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arg_institucional/fundo_ensp_resumo.htm (Acesso em 30.05.2007)

magnitude, como a de prevenir e combater os males de uma coletividade, possam ser aceitos médicos sem a formação técnica profissional adequada.

3. *Por estar em jogo assim o interesse coletivo, torna-se mister que os governos dispensem atenção especial à escolha desses especialistas. É por isso que, modernamente, se procura impregnar todo o programa do curso médico, do espírito da medicina preventiva, no ensino [...] e por outro lado, se procura dar, cada vez mais, um acentuado relevo à cátedra de higiene, favorecendo-lhe, o ensino com melhores recursos, para nivelá-lo, pelo menos, ao das disciplinas de maior desenvolvimento.*
4. *E suscitando o desenvolvimento dos pendores vocacionais entre os estudantes para a carreira sanitária, cuida-se de prepará-los, em definitivo, depois de médicos, para a indispensável especialização, a se fazer em cursos ou escolas de saúde pública, já que essa especialização requer pessoal docente, técnica, material e instalações adequadas e de medicina.*
5. *No Brasil, o progresso no setor da Saúde Pública teria sido outro se obedecesse a tais diretivas. Muito ao contrário, porém, é forçoso reconhecer, cada vez se ensina menos higiene nas faculdades médicas do país; a disciplina passou para plano secundário, lecionada em pouco mais de três meses, se tanto, em 70 horas de aula, e de acordo com a lei, sem exigência de exame ou mesmo de prova parcial.*

O referido documento também critica o curso de saúde pública que, desde 1937 e durante quinze anos da sua existência, uma vez que somente oito turmas de médicos sanitaristas concluíram o referido curso, quando se deveria ter quinze turmas. E lamenta dizendo que *infelizmente, é esta a situação de indisfarçável gravidade para o progresso da Saúde Pública no Brasil* (Barreto, 1942:32).

O mesmo autor, afirma que no período de 1926-1940, quando o curso estava na dependência da Faculdade de Medicina, não correspondeu às reais necessidades sanitárias do país. A partir de julho de 1940 o curso passa a funcionar regularmente. Na inscrição, os candidatos deveriam apresentar os seguintes documentos: a) prova de identidade; b) prova de quitação com serviço militar; c) atestado de vacina contra varíola e tifoide; d) atestado de sanidade física e mental.

Os critérios de seleção se tornaram mais organizados. Havia provas escritas de Matemática, Química, Física e Biologia Geral e Hematologia além de uma prova oral. As provas eram julgadas por uma banca examinadora composta de três docentes. A obtenção da nota final do candidato era resultado do somatório dos conceitos dos professores divididos por três.

Normalmente, 12 professores e seus assistentes ministravam as disciplinas que eram divididas em quatro períodos. No final, havia provas escritas, práticas e orais. De uma maneira geral, os cursos eram ministrados com metodologias diversificadas e incluíam visitas e excursões.

Encontramos nos arquivos do Curso de Saúde Pública, de 1942, um relatório de alunos sobre visitas e excursões realizadas para ser entregue ao serviço Nacional de Febre Amarela no qual um aluno fez o seguinte comentário: *a visita a esta repartição do Departamento Nacional de Saúde Pública foi uma das mais proveitosas, uma vez que nos deu motivo a que estudássemos em loco e mediante demonstrações explicativas de técnicos no assunto que trabalham no Serviço Nacional de Febre Amarela e que tanto tem conseguido a favor das nossas populações extirpando quase que completamente o terrível mal, que tão má fama granjeara para o nosso país e que tantas vidas roubou à nação* (Arquivos da Seca).

O programa do curso era elaborado de modo a atender a conveniente harmonia de orientação didática entre as diversas disciplinas ou tópicos oferecidos. O programa era planejado pelos respectivos professores e aprovado pelo diretor geral do DNS.

Os alunos reprovados em qualquer disciplina não podiam continuar o curso. No entanto, poderiam rematricular-se de imediato no período correspondente do curso, devendo frequentar novamente a disciplina em que foram reprovados e prestar exame. O aluno que fosse reprovado uma segunda vez, não poderia continuar no curso. O maior número dos candidatos que procuraram o curso foi em 1940 e o menor foi em 1949 (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1940

Ano	Inscritos	Matriculados	Concluintes
1940	96	30	30
1941	**	16	16
1942	40	28	28
1943	31	30	29
1944	35	32	30
1945	23	18	17
1946	30	16	*
1947	25	12	12
1948	20	13	13
1949	21	13	13
Total	321	208	188

*Informação não disponível na Seca. Fonte: Seca/ENSP

1.4. Década de 1950

Podemos afirmar que essa foi uma década de ouro para a ENSP, na qual diversos cursos na área, inclusive o de Especialização em Saúde Pública, se iniciam sob sua responsabilidade. Dessa maneira, a primeira e “vigorosa” missão foi inaugurada como uma nova etapa no ensino da saúde pública no Brasil, procurando responder à demanda de formação de sanitaristas para o país (Barbosa, 1988).

O programa de 1950 foi idêntico ao programa de 1946 em termos organizacionais. Por falta de um regimento de ensino (a ENSP foi constituída apenas em 1954), o curso obedecia ao edital em vigor com a mesma prova de seleção. A partir de 1954, foi introduzida uma prova de inglês e a prova oral foi eliminada. Em 1958, o curso não foi oferecido passando pelas modificações que se refletiram na década seguinte.

Em 1959, a disciplina Sociologia Aplicada à Medicina em Saúde Pública foi incorporada. Seu objetivo permeava questões relacionadas à informação sobre as bases dos conhecimentos sociológicos para médicos com vivências nem sempre próximas a tais conteúdos e ajudar na compreensão das resistências à mudanças de atitude

individuais ou coletivas a fim de melhor orientarem sua ação no sentido de procurar a colaboração do conjunto da comunidade. Além disso, procurava habilitá-los para o entendimento da pesquisa social, no sentido de ter plena capacidade de tomada de consciência dos problemas gerais face às mudanças do meio social (Tabela 1).

Segundo Labra (1985), até então o modelo predominante de ensino adotado no Brasil era direcionado para a microbiologia e a profilaxia de grandes endemias tropicais ou rurais. Após a Segunda Guerra Mundial, houve mudança nessa tendência com o acúmulo de capital sendo aplicado na industrialização da periferia. Os países latino-americanos, incluindo o Brasil, a partir dessa década alcançaram novas formas de intervenções econômicas e sociais que influenciaram na reformulação do ensino médico. Houve mudanças nos currículos de ensino de saúde pública que foram adaptados ao desenvolvimento e planejamento trazidos pelas ciências sociais.

Cumprindo a última etapa do programa do Curso de Saúde Pública do DNS, coube aos alunos da turma de 1959, como havia acontecido na turma de 1957, realizar uma viagem de estudos e de observações nos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. Foram encontrados três relatórios de alunos do curso nos quais fazem o relato sobre o Centro de Saúde João de Barros Barreto, em Olinda, Pernambuco: *é construído nos moldes não atualizados, e testemunharam de como não deve funcionar um centro de saúde. Todo o seu trabalho pareceu mal executado; o pessoal insuficiente em qualidade, necessitando ser melhorado o seu padrão. Com a impressão de que para a melhoria do funcionamento do centro, há necessidade de modificar e atualizar todo o plano de trabalho executado no centro, eliminando excesso de fichas e adotando a ficha única, do padrão do pessoal técnico que carece de atualização [...].*

Diz outro relato: *a visita ao Nordeste brasileiro, realizada ao concluirmos o Curso de Saúde Pública do DNS, possibilitou-nos observar modalidades distintas de atividades em saúde pública, complementando assim, o programa elaborado para a formação de sanitaristas. Os ensinamentos adquiridos na Casa de Oswaldo Cruz, através das várias cadeiras do curso, foram revividos numa preciosa revisão, ao observarmos a problemática daquelas comunidades; com o estudo das suas condições socioeconômicas, culturais e sanitárias e com a realização de programas de saúde dentro dos recursos disponíveis.*

Finalmente, um dos relatórios encerra com a seguinte frase: *após retornarmos à capital do estado deixando atrás um pedaço de todos nós pelo que vimos e aprendemos e levando à nossa gente, pela visão alargada, pela experiência adquirida, no coroamento de um curso a esperança e a vontade firme de dar tudo de nossos esforços e capacidade limitada para a melhoria das condições de vida de nossos irmãos brasileiros.*

Em 1951, o curso teve o maior número de candidatos inscritos e em 1954 o menor (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1950

Ano	Inscritos	Matriculados	Concluintes
1950	37	30	13
1951	57	30	21
1952	24	21	19
1953	17	12	12
1954	9	4	1
1955	34	22	6
1956	12	12	6
1957	21	18	10
1958	*	*	*
1959	19	19	6
Total	230	168	94

Obs: todos bolsistas e alunos dos estados BA, PR e RS.

*O curso não foi oferecido. Fonte: Seca/ENSP

1.5. Década de 1960

Nessa década a dicotomia assistência médica-saúde pública radicaliza-se no interior de um modelo institucional que mostrava ações desordenadas, incapazes de reduzir a miséria e as péssimas condições de saúde da população. Com a falência das ações “campanhistas” foi introduzido, numa perspectiva desenvolvimentista, o modelo de integração e o planejamento das ações de saúde (Merhy e Queiroz 1993).

Em 1963, durante da III Conferencia Nacional de Saúde a proposta de serviços permanentes de saúde junta-se ao discurso campanhista. Segundo Luz (1979), na proposta sanitária desenvolvimentista, presente nos documentos oficiais do Ministério

da saúde ao congresso, notasse uma visão descentralizadora do poder, tentando-se compor uma visão sanitária moderna, com uma organização racionalizadora de saúde pública anticampanhista. Portanto ainda continuam as práticas campanhistas só que apresentada de maneira mais organizada e padronizada, que as das décadas de 40 e 50. (Costa 1988).

No campo da formação, no início da década de 60, expande-se o quadro de técnicos em saúde pública para responder à ampliação das atividades sanitárias. Nesse período a questão da formação de profissionais de saúde é evidenciada pelo discurso da racionalidade das atividades de planejamento e administração como também das tentativas de se corrigir o desequilíbrio entre o quantitativo e dos níveis de qualificação de pessoal técnico superior e médio - planejadores e administradores (Costa 1988).

Em relação ao CESP, no final de 1959, através de ofício nº 144, Dr. Achilles Scorzelli Jr, então diretor da ENSP, informa ao Diretor do DNS que a ENSP ministrará, a partir do ano seguinte, o Curso Básico de Saúde Pública para médicos, com duração de 12 meses, e que *se acha em tramitação na câmara dos Deputados, projeto de lei, oriundo de mensagem do Poder executivo, no qual se estabelece a absorção dos cursos dos Departamentos Nacional de Saúde e da Criança por esta Escola, inclusive de suas atribuições, afigura-se-me recomendável que essa Diretoria, com base nas razões aqui apresentadas, não realize no ano vindouro o Curso de Saúde Pública.* No mesmo ofício o diretor informa que o currículo do Curso Básico de Saúde Pública compreende uma parte “fundamental” e uma parte “complementar”, esta compreendendo quatro tipos de diferenciação à escolha do aluno, conforme está estabelecido no Regulamento dessa Escola, aprovado pelo Decreto nº 46258, de 23 de junho de 1959. A partir da década de 1960, a ENSP passa a ser a única responsável em organizar seus cursos, o que propicia uma verdadeira reviravolta no planejamento curricular do Curso de Saúde Pública. Até então, o curso era destinado exclusivamente aos médicos que no ato de matrícula se comprometiam a exercer, após a conclusão dos estudos, a função de inspetores especializados das Delegacias Federais de Saúde do DNS, podendo trabalhar em outros estados. O curso passou a não ser mais destinado apenas aos médicos e sim como curso básico de saúde pública para enfermeiros, engenheiros, farmacêuticos, médicos veterinários, além dos médicos que poderiam concorrer às vagas, cujo objetivo era

preparar profissionais para atividades em saúde pública (Tabela 3). Cada curso tinha uma programação específica e suas respectivas cargas horárias – novidade até então não existente (Tabela 4).

A prova de seleção também foi alterada para uma única prova de conhecimento geral relacionada a cada área. Havia banca examinadora com conhecimento variado em saúde. As disciplinas eram ministradas em tempo integral, subdivididas em quatro períodos, sendo que cada uma possuía entre 140 a 290 h. Até 1966 não houve mudanças no currículo do curso e, entre 1967 e 1968, o Curso Básico de Saúde Pública não foi oferecido. No entanto a FENSP (atual ENSP) oferece o curso de saúde pública na modalidade “mestrado” durante esses anos. Essa decisão foi tomada dois anos depois do parecer nº 977/65 onde a pós-graduação foi definida. Em relação do planejamento desse curso, o presidente da FENSP Dr. Blois diz: *no planejamento desse curso buscamos não só utilizar o acervo de experiências que os gigantes da Saúde Pública no Brasil nos legaram, como também a conjunção de esforços de uma plêiade de especialistas, integrantes ou não dos nossos quadros de professores e técnicos* (extrato do documento do curso de 1966). Segundo ele, o Curso de Mestrado em Saúde Pública será multiprofissional e deverá desenvolver-se de forma integrada. O Curso de Mestrado em Saúde Pública teve caráter intensivo e em regime de tempo integral. No ano seguinte, em 1969, a FENSP não ofereceu o curso de mestrado e propôs o Curso de Saúde Pública (adequação) destinado a enfermeiros, engenheiros, farmacêuticos, médicos, odontólogos e veterinários com o objetivo de prepará-los para a execução de tarefas específicas no campo da saúde pública.

Podemos dizer que 1960 foi uma década muito produtiva, pois aconteceram várias modificações tanto no conteúdo curricular quanto no nível acadêmico propriamente dito (mestrado) sendo o início de experiências de vários caminhos pedagógicos até 1982, quando sua organização ficou mais concreta e estável.

Tabela 3 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes por área de formação nos cursos em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1960

Ano/Formação	Inscritos	Matriculados	Concluintes
1960 - Veterinária	30	22	17
1961 - Veterinária	27	5	5
1962 - Engenharia	20	17	17
1962 - Medicina	42	25	15
1962 - Enfermagem	30	28	19
1963 - Medicina	30	22	14
1963 - Enfermagem	44	30	27
1964 - Medicina	23	19	17
1964 - Enfermagem	46	29	22
1964 - Farmácia	38	25	10
1965 - Farmácia	17	15	12
1965 - Medicina	36	*	20
1965 - Enfermagem	40	32	28
1965 - Engenharia	90	20	20
1966 - Medicina	23	10	10
1966 - Enfermagem	51	30	22
1966 - Farmácia	11	10	5
1966 - Veterinária	11	10	9
Total	609	349	289

Fonte: Seca/ENSP. *Informação não disponível na Seca.

Tabela 4: Cursos em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz na década de 1960 para profissionais de saúde

Nome do curso	Ano	Duração	Carga horária total	Observação
Curso Básico de Saúde Pública para médicos veterinários	1960	8 meses	930 h	
Curso Básico de Saúde Pública para médicos veterinários	1961	9 meses	920 h	
Curso Básico de Saúde Pública para engenheiros	1962	12 meses	975 h	Sem prova de seleção
Curso Básico de Saúde Pública para médicos	1962	12 meses	987 h	Estágio
Curso Básico de Saúde Pública para enfermeiros	1962	12 meses	645 h	Sem prova de seleção – estágio
Curso Básico de Saúde Pública para médicos	1963	12 meses	987 h	Estágio
Curso Básico de Saúde Pública para enfermeiros	1963	12 meses	645 h	Estágio
Curso Básico de Saúde Pública para médicos	1964	12 meses	987 h	Estágio
Curso Básico de Saúde Pública para enfermeiros	1964	12 meses	645 h	Estágio
Curso Básico de Saúde Pública para farmacêuticos	1964	8 meses	430 h	
Curso Básico de Saúde Pública para farmacêuticos	1965	4 meses	430 h	
Curso Básico de Saúde Pública para enfermeiros	1965	12 meses	645 h	
Curso de Especialização em Saúde Pública para engenheiros	1965	12 meses	645 h	
Curso de Especialização em Saúde Pública para veterinários	1965	8 meses	920 h	
Curso Básico de Saúde Pública para médicos	1966	9 meses	946 h	15 alunos do Rio de Janeiro e 15 de outros estados
Curso Básico de Saúde Pública para enfermeiros	1966	12 meses	645 h	
Curso de Especialização em Saúde Pública para farmacêuticos	1966	7 meses	530 h	
Curso de Especialização em Saúde Pública para veterinários	1966	8 meses	660 h	
Mestrado	1967			
Mestrado	1968			
Curso de adequação	1969			

Fonte:Seca/ENSP

1.6. Década de 1970

A V Conferência levou em consideração o recém-criado Sistema Nacional de Saúde instituído pela Lei no. 6.229 de 17 de julho de 1975, que tinha como objetivo diminuir a superposição de recursos e racionalizar sua utilização. Em relação aos profissionais de saúde, Sayd et al (1998:179) consideram que a Conferência enfatizou a ausência do planejamento no sistema de ensino brasileiro, responsável pelo crescimento na oferta de cursos de formação profissional desarticulado com as necessidades socioeconômicas do país : *O Ministério da Educação e Cultura criticou os sistemas de ensino e prestação de serviços médicos, por estarem voltados mais para o atendimento individual, complexo e de alta especialização do que para a saúde pública e os serviços de maior alcance e abrangência social. Propôs então, como necessário: modificar a tendência de referir o problema de saúde à cura ou tratamento, o orientá-la, sobretudo para os serviços preventivos e de atenção coletiva.*

Na VI CNS em 1977, em relação à formação de profissionais de saúde foram criadas duas categorias funcionais – a de sanitarista de nível superior, e a de agente de saúde pública, de nível médio. Assim, a criação da figura do Sanitarista pode ser entendida como uma resposta às pressões do mercado de trabalho sobre a formação profissional: *Na área de saúde, à medida que a oferta de serviços vai-se diversificado em áreas especializadas, o mecanismo formador de pessoal se prepara para oferecer ao mercado os especialistas procurados... o atendimento tende a se tornar cada vez mais sofisticado... Desse modo, os esforços despendidos na formação de pessoal na área de saúde têm sido levados, por essa dinâmica, para uma direção bastante distanciada das reais necessidades de saúde da população (Anais de VI CNS, 1977).*

Mesmo diante da situação política enfrentada em todo o país, com perseguições de cunho ideológico, o perfil da ENSP continuou se transformando de acordo com as necessidades e exigências da sociedade. De 1970 até 1974, a procura pelo hoje denominado curso *lato sensu* aumentou não somente entre candidatos do Rio de Janeiro, mas extrapolou para outros estados. A grande busca, em ritmo de curva ascendente, acompanhada em outras décadas, foi uma das razões para a criação dos Cursos Descentralizados. Nessa década, *apesar de todos os problemas conjunturais, a Fiocruz*

— e com ela a ENSP — atravessou os dias incertos e obscuros da ditadura militar, sem maiores retrocessos materiais, não obstante os sofrimentos e perdas humanas que lhe foram impostos. Nesse período a ENSP, assumindo seu caráter nacional, deu início à descentralização de seus cursos básicos de Saúde Pública (Barbosa, 1988:446).

Oliveira (1989:361) expressa assim seu entendimento do período: *Semi-sucateada pelo descaso com a Saúde Pública que marcou os anos mais duros do regime militar, somente em meados dos anos 1970 – num contexto econômico e político que começava a modificar-se – é que a Escola voltou a receber uma injeção minimamente significativa de recursos humanos e financeiros. Respondeu à altura, tornando-se, em fins dos anos 1970 e início dos anos 1980, um dos principais pólos de reflexão crítica sobre os desmandos viabilizados pela ditadura no âmbito da nossa Política de Saúde.*

Em 1976 foi criado o Cesp, destinado tanto para o público em geral como para profissionais que já tivessem participado do Curso Básico do Instituto Castelo Branco (atual ENSP) ou outras instituições credenciadas pelo referido Instituto. Significa dizer que a partir deste ano existiam dois cursos de saúde pública com nomes e programas diferentes: o Curso Básico de Saúde Pública e o Curso de Especialização em Saúde Pública.

1. Curso Básico de Saúde Pública – Categoria Aperfeiçoamento. Este curso foi coordenado pela professora Lenita Peixoto de Vasconcelos, com carga horária de 824 h, em dois períodos, um de 528 h destinadas às aulas, e o outro de 296 h aos estudos. Profissionais de nível universitário que prestavam atenção direta aos usuários dos serviços representavam a clientela. Os objetivos do curso eram: a) compreensão do processo gerador dos problemas de saúde da comunidade; b) compreensão do processo geral de proteção e recuperação da saúde; c) aquisição de conhecimentos técnico-científicos necessários à atenção em saúde coletiva. O curso procurava dar enfoque aos objetivos a alcançar sendo desenvolvido com um conjunto de disciplinas de forma integrada. Foram utilizados procedimentos didáticos que permitiam observação, análise, ação e o máximo de participação integrada dos corpos docente e discente, visando a permitir o estudo das alternativas de atuação em saúde de uma determinada comunidade.

2. Curso de Especialização em Saúde Pública – Este curso começou sob a coordenação do professor Jair Fontes, que saiu por vontade própria, sendo então designado o professor Paulo Chagastelles Sabroza para a coordenação. A carga horária do Cesp era de 800 h, divididas em dois períodos de 400 h; ambos incluíam 40 h para estudo e avaliação das disciplinas. O curso tinha por objetivo preparar profissionais de nível superior para atuar em atividades de níveis regional e central, inclusive em função de assessoramento. Poderiam se inscrever profissionais de nível superior que tivessem concluído, com conceito final pelos menos regular (C), o Curso Básico de Saúde Pública ou em instituições credenciadas. Embora muitos fossem oriundos do Curso Básico em Saúde Pública, havia prova de seleção para todos os inscritos (Quadro 4). Bolsas de estudo eram oferecidas pelos dois cursos, mas o valor daquelas de especialização era maior que das do Curso Básico.

Comparando a estrutura curricular dos dois cursos, podemos notar que o Curso Básico era mais voltado para um conhecimento geral, para profissionais que prestavam serviço direto aos usuários dos serviços. O Curso de Especialização tinha como objetivo uma formação de especialistas na área. Mesmo com uma carga horária menor, se comparada à do Curso Básico, seus conteúdos eram ministrados com mais especificidade (Quadro 4). As referências bibliográficas eram compostas de publicações recentes, variando entre 1972 e 1974/5. O número de alunos inscritos, matriculados e concluintes nesse período se encontra na Tabela 5.

Posteriormente, em 1982 esses dois cursos foram unificados, criando-se o Cesp, intitulado assim até hoje.

Quadro 4 - Demonstrativo da programação curricular dos dois cursos de Saúde Pública na década de 1970

Curso Básico de Saúde Pública - aperfeiçoamento	Carga horária	Curso de Especialização em Saúde Pública	Carga horária
1º Período		1º Período	
Dinâmica de Grupo	28	Bioestatística III	64
Ciências Sociais I (a e b)	16	Demografia	40
Introdução a Teoria do Conhecimento	88	Ciências Sociais III	60
Administração I	76	Epidemiologia III	48
Bioestatística I	40	Saneamento II	40
Ecologia	32	Epidemiologia IV	32
Bioestatística II	32	Optativas (Alternativas)	76
Ciências Biológicas I (a e b)	56	(Odontologia Social, Educação Sanitária, Saúde Mental, Higiene Industrial, Enfermagem em Saúde Pública, Laboratório em Saúde Pública, Saúde Materno-Infantil)	
Epidemiologia I (a e b)	56	Vigilância, Epidemiológica)	
Saneamento I	40	Avaliação	40
Educação I	32		
Estágio	32		
Carga Horária	528	Carga Horária	400
2º Período		2º Período	
Administração II	96	Problemas Brasileiros	48
Ciências Sociais II	32	Grandes problemas de Saúde do Brasil	48
Estágio	128	Administração III	64
Seminário Final	40	Administração IV	80
		Tutorias	120
		Avaliação	40
Carga Horária	296	Carga Horária	400
CARGA HORÁRIA TOTAL	824	CARGA HORÁRIA TOTAL	800

Fonte: Seca/ENSP

Tabela 5 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1970

Ano	Inscritos	Matriculados	Concluintes
1970	48	29	23
1971	79	57	51
1972	62	56	53
1973	166	60	56
1974	135	60	58
1975	144	70	65
1976	71	38	35
1977	90	43	40
1978	87	30	26
1979	140	44	26
Total	1022	487	433

Fonte: Seca/ENSP

1.7. Década de 1980

Os debates e as conclusões do VII CNS realizado em 1980, em relação à formação e utilização dos profissionais de saúde, originaram as seguintes proposições: necessidade de substituir a especialidade pela generalidade, ampliar as ações preventivas, dedicar maior atenção aos problemas coletivos da saúde e implantar equipes médicas generalistas. Assim: [...] *o caminho para o crescimento e o desenvolvimento profissional é a especialização. Para a rede de serviços básicos [...] todas as prioridades e atividades do Ministério da saúde, segundo demonstram as diretrizes aqui apresentadas, não se mostram relevantes as especializações. Entretanto o programa defronta-se com a contradição da realidade do mercado de trabalho que está a privilegiar claramente as especialidades, sobre tudo no campo da assistência médica (Anais da 7ª. CNS, 1980:124).*

A Escola Nacional de Saúde pública é retomada como instituição estratégica para a formação do sanitarista: *Ainda na esfera do Ministério da Saúde está presente a integração de ações com a Fundação Oswaldo Cruz e, em particular, com a Escola Nacional de Saúde Pública, na constante busca de somar esforços e recursos para, pelo mutuo e recíproco apoio, alcançar um melhor desempenho junto aos estados (Anais da VII CNS, 1980:123).*

Essa década está marcada pela construção das estratégias e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua conjuntura nos anos iniciais caracterizou-se como momento estratégico de preparação de uma base técnica e gerencial do setor público para as reformas que se seguiram (Nunes, 1998).

Os avanços nos processos de gestão do sistema de saúde, vêm redefinindo de forma dinâmica as necessidades de requalificação de profissionais de saúde, impondo exercícios de revisão dos modelos de formação até então adotadas, tendo os princípios e pressupostos do SUS como foco alimentador das definições metodológicas e de conteúdos dos programas de formação (Motta et al. 2001).

Nessa época, o perfil do currículo do curso mudou significativamente. Diminuem-se os conteúdos das áreas biológicas (anos 1970) e incrementam-se os conteúdos mais direcionados para áreas como de Recursos Humanos, Administração e Saúde do

Trabalhador. A organização do curso adotada entre 1981 e 1994 foi modular, e a partir 1985 em formato de áreas temáticas (Quadro 5). Seria importante que o currículo favorecesse a realização de formulações abstratas, a partir daquilo que tem significado para o aluno, conferindo materialidade à teoria através de sua vinculação com a prática desde o início do processo formativo (Koff et.al, 2006).

Quadro 5 - Matriz demonstrativa da estrutura curricular do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1980

Ano	Programa	Observação
1980	Dinâmica de grupo; Metodologia da pesquisa; Introdução a saúde pública; Métodos quantitativos; Demografia; Epidemiologia; Ecologia; Ciências biológicas; Ciências sociais em saúde; Administração geral; Administração em saúde; Saneamento; Saúde pública como prática social; Estudo de problemas brasileiros; Planejamento e programação em saúde; Trabalho de campo; Seminário final	Organizado em formato de disciplinas
1981-1984	Conceito de saúde e doenças; Sistema de informação em saúde; indicadores de saúde; políticas de saúde no Brasil; Conceito de planejamento; Teoria da administração; Ambiente e proteção ambiental; Vigilância epidemiológica; programas especiais de saúde pública (saúde materno-infantil, saúde mental, educação em saúde, nutrição)	Organizado em formato de módulo
1985-1989	Estudos sócios econômicos aplicados à saúde; A quantificação dos problemas de saúde da população, a sua interpretação causal e o desenho de medidas de vigilância epidemiológica; Meio ambiente e saúde pública; Administração e planejamento dos serviços	Organizado m formato de áreas temáticas

Fonte: Seca/ENSP.

Segundo Barbosa (1988), o panorama da saúde pública mudou substancialmente face aos novos desafios da vida moderna. Os avanços da ciência e da tecnologia nos obrigam a uma visão contemporânea da Saúde. Modernizar significa transformar e não apenas

mudar as aparências. As estruturas administrativas arcaicas e inaceitáveis têm que ser adaptadas a esta nova concepção de saúde pública.

Os cursos de Especialização em Saúde Pública de 1985 e 1989 apresentaram inovações em seus programas: organização em blocos, integração de conteúdos, natureza das temáticas, enfoque pedagógico e o perfil da clientela. Na sua análise do programa do curso de 1985, Nunes (1998) destaca: *a organização das disciplinas foi orientada pela temática que presidia a concepção do bloco, guardando certa identidade com os cursos modulares que vinham sendo realizados pelo Programa dos Cursos Descentralizados.* Nunes chama a atenção para os novos recortes adotados para organizar os conteúdos: *uma outra particularidade do programa foi a disposição dos temas que deram nomes aos blocos, assim definidos: diagnóstico das condições de saúde e um primeiro diagnóstico dos recursos de saúde, no que se refere ao perfil institucional e localização especial, diagnóstico interno dos serviços de saúde com ênfase no diagnóstico de recursos, na linha do planejamento das atividades, e o planejamento/programação dos serviços de saúde, utilizando o aprendizado dos conteúdos de análise de viabilidade e factibilidade.* Destaca-se uma explícita intenção de fortalecer a relação teoria-prática *o trabalho de campo foi o seu eixo orientador, com atividades desenvolvidas ao longo do curso* (p. 93). Para a mesma autora, o enfoque pedagógico desse curso inovou na metodologia do trabalho de campo que foi construído ao longo da formação dos alunos. Esse curso foi realizado no contexto de preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da realização da pré-conferência (Nunes, 1998).

Na análise do programa do curso de 1989, Nunes entende que *o curso de Saúde Pública de 1989 se organizou também de uma forma inovadora, efetuando reuniões das disciplinas em torno dos fundamentos (1º Bloco) e das práticas e ações (2º Bloco).* É possível destacar algumas disciplinas que se renovaram conceitualmente, como é o caso dos *Fundamentos da Bioecologia e da Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana* (Nunes, 1998:94).

Vale a pena ressaltar que o Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social se iniciou em 1979 e a partir de 1989, passou a se chamar Curso de Residência em Saúde Pública. Entre 1985 e 1989, o curso foi organizado sob a forma disciplinar, aproximando-se do formato do Curso de Saúde Pública. Nunes (1998:94), na sua

análise informa que em 1985, a disciplina de práticas denominava-se práticas de Serviços Básicos de Saúde e em 1989, essas práticas se diversificaram em Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Serviços de Saúde, Planejamento, indicando uma vinculação a novas linhas de trabalho da Escola. Também em 1989, a disciplina de Introdução à Metodologia de Pesquisa sistematizou a oferta dessa formação. Observa-se que o curso abriu o seu enfoque para outras áreas e trazendo para o seu conteúdo a prática de investigação científica.

Um fato importante em relação ao Curso de Especialização foi a mudança no seu programa. Entre as décadas de 1930 e 1970, os cursos eram mais voltados para as áreas de Biologia, Epidemiologia e Saneamento. Na década de 1980, concentravam-se em temáticas como Administração, Planejamento, Gerência e Recursos Humanos. A maior procura pelo curso ocorreu em 1986 (272 candidatos) e a menor em 1980 (96 candidatos) (Tabela 6).

Tabela 6 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz na década de 1980

Ano	Inscritos	Matriculados	Concluintes
1980	96	35	35
1981	147	34	34
1982	172	35	33
1983	160	35	32
1984	184	32	32
1985	241	33	29
1986	272	31	31
1987	222	34	34
1988	*	36	26
1989	173	25	23
Total	1667	330	309

*Informação não disponível na Seca.

Fonte: Seca/ENSP.

Vimos que durante esse período houve um crescente interesse pela formação em saúde pública. Com o final dos anos 1980, a reforma sanitária e a implementação do SUS transformaram a organização do sistema de saúde com consequentes reflexos na

organização do curso. Nesse período, houve um “incômodo” generalizado por parte dos alunos, docentes e profissionais dos serviços com o modelo de formação do sanitarista. No seminário de avaliação da ENSP em 1986 foi sugerido que o curso fosse interrompido, mas após a sua reavaliação ele foi oferecido sob novas bases em 1988 que projetou a reformulação do curso no início dos anos 1990. Assim podemos considerar que esse período foi uma fase de autoavaliação, autocrítica e questionamentos por parte dos envolvidos. No próximo capítulo, podemos ver os resultados da reformulação do curso.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E ANÁLISE

Parte 2: 1990-2006

1. Estrutura organizacional do Curso de Especialização em Saúde Pública

1.1. Coordenação geral do curso

Entre 1990- 2006, o curso foi coordenado por sete docentes, com períodos de atuação variando entre dois e três anos. Cinco dos sete coordenadores eram do sexo feminino com título de doutor. Todos os coordenadores têm titulação de pós-graduação como mestres ou doutores. A coordenação do curso, a partir de 1999, passou a contar com um coordenador pedagógico.

1.2. Colegiado

O Cesp é único curso da instituição que tem colegiado próprio, ao contrário das universidades onde cada curso tem o seu colegiado. O colegiado é o espaço para tomada de decisões em relação à organização das disciplinas e que busca respeitar o arranjo disciplinar do curso. Como a estrutura organizacional da instituição ainda é departamental, até 1999 cada departamento indicava para o colegiado um docente que coordenava uma das disciplinas. Um dos entrevistados considera que *o recorte departamental não ajuda muito, porque às vezes, por exemplo, vigilância não tem um recorte departamental, tem recorte disciplinar, que é uma área de síntese em que você trabalha com pessoas de várias áreas do conhecimento, então é um recorte disciplinar* (E 9).

Em 1999 foram realizadas reuniões de colegiado nas quais se discutiu amplamente os objetivos do curso, os conteúdos por módulo e a avaliação realizada pelos alunos sobre o curso. Nesta avaliação, foram considerados pontos positivos e negativos: (a) positivos: aulas de informática, apresentação dos departamentos e da instituição, conteúdos, corpo docente e palestrantes convidados, presença da coordenação em aula, infraestrutura da instituição, contato com novos conhecimentos, organização do módulo e mesa-redonda do CEENSP; (b) negativos: quantidade excessiva de informações para pouco tempo de assimilação, ausência de referências bibliográficas, falta de integração entre teoria e

prática, falta de exposição de alguns conceitos básicos e curso de informática compactado.

Naquela reunião o colegiado uma das deliberações foi: *faz-se necessário maior equilíbrio entre os conteúdos dos módulos teóricos e as atividades definidas para a dispersão, considerando-se que os conteúdos ainda estão justapostos e não integrados como se gostaria* (Ata da reunião do colegiado e das avaliações dos alunos, 1999).

Na mesma reunião foi abordada a dificuldade dos alunos com a apreensão de componentes curriculares com viés analítico quantitativo ou qualitativo.

Ainda em 1999 foi feita uma grande reestruturação que também mudou a composição do colegiado do curso. Passou a funcionar com uma coordenação central ou “núcleo duro” composto de quatro docentes, sem representação departamental formal. Segundo um dos entrevistados *o núcleo duro, do ponto de vista departamental, tem variado muito, mas se concentra fortemente nos departamentos de ciências sociais e de planejamento* (E. 8). Para este entrevistado o “núcleo duro” é assessorado por um “núcleo ampliado” ou colegiado ampliado, organizado a partir dos quatro blocos temáticos que hoje compõem a estrutura curricular do curso. O primeiro bloco aborda o campo da saúde pública e os grandes desafios atuais do sistema de saúde brasileiro. Este bloco tem maior participação do Departamento de Ciências Sociais. O segundo bloco busca articular o campo das ciências sociais com o campo da epidemiologia, mas na prática é fortemente concentrado por docentes do Departamento da Epidemiologia (E. 8). O bloco 3 discute políticas, gestão, planejamento e avaliação dos sistemas de serviços e saúde. Ele concentra docentes do Departamento de Planejamento. O último bloco é uma articulação entre o campo das vigilâncias e o campo da promoção da saúde; de acordo com o coordenador entrevistado é o bloco que mais se articula com os departamentos.

De acordo com um dos entrevistados, a força do colegiado ampliado foi se perdendo. *Eu lembro que logo que entrei assisti umas duas reuniões com esse colegiado, em 2001; esse colegiado foi se perdendo, as pessoas foram saindo para fazer doutorado, então nós ficamos um tempinho sem um colegiado maior, só com a coordenação e depois fomos remontando o colegiado novamente com as coordenações do curso* (E. 7).

Pode-se dizer que o Cesp ainda reproduz o sistema de ensino caracterizado pela divisão disciplinar do aprendizado, geralmente com listas de conteúdos a serem abordados. Embora nos últimos anos tenham sido realizados esforços no sentido de promover um ensino integrado, a abordagem disciplinar ainda está presente no programa do curso.

Conclui-se que as tentativas de adequação da composição do colegiado de curso às necessidades de novos recortes teórico-metodológicos, já não se adequam à moldura disciplinar nem tampouco à estrutura departamental.

2. Processo de seleção e perfil dos alunos do curso

2.1. O processo de seleção e a demanda do curso

A seleção dos candidatos, de acordo com os documentos do curso durante o período estudado, constou de uma prova escrita eliminatória, análise de currículo e entrevista. Até 1996 era indicada bibliografia para a prova escrita, mas a partir de 1997 foi retirada.

Entre 1990 e 1994, houve variações em relação ao número de candidatos inscritos. A partir 1994 a procura foi diminuindo até que em 1996 somente 29 se inscreveram para o processo seletivo, ou seja, havia mais vagas (30) do que candidatos inscritos (Figura 1).

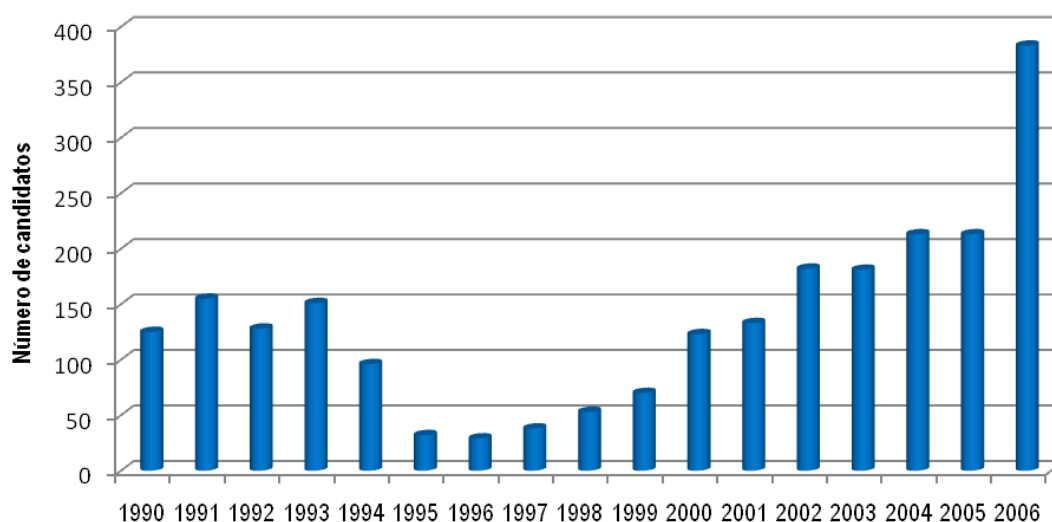


Figura 1 – Número de candidatos inscritos no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006.

Essa diminuição de procura pode ser explicada, pelo menos em parte, pelo fato do curso ser de tempo integral, assim demandando a liberação dos candidatos aprovados que atuavam nos serviços de saúde. Com a mudança na estrutura do curso, a partir de 2000, a procura pelo curso aumentou em relação dos anos anteriores. Em 2006, a demanda ao curso teve seu auge com 383 candidatos inscritos (Figura 1). Essa grande demanda foi potencializada pela flexibilidade da carga horária: o aluno já não precisava abandonar o trabalho e não precisava requerer liberação em função do curso.

A competitividade crescente do mercado de trabalho igualmente foi um dos grandes responsáveis pelo aumento da demanda aos Cursos de Especialização em Saúde Pública. Para poder entrar no mercado de trabalho, os indivíduos têm que ser cada vez mais competitivos. Segundo um dos entrevistados, não basta ser somente psicólogo ou assistente social, pois existe um grande número desses profissionais sem emprego. Ser psicólogo sanitário ou assistente social sanitário, no entanto faz a diferença. Portanto, o curso de saúde pública abre um leque de possibilidades para competir no mercado de trabalho. O SUS constitui, efetivamente, um novo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, podendo

representar um novo padrão de prática que demanda uma reorientação da formação, embora este fato ainda não tenha sido percebido pela maior parte das IES. (Brasil 2005). Segundo Bourdieu e Boltanski (2007:134) [...] *os vendedores de força de trabalho têm uma força tanto maior quanto mais importante foi o seu capital escolar* [...].

O mercado de trabalho por ser cada vez mais competitivo, exigiria uma alta qualificação ou conhecimento especializado num campo específico. Segundo o depoimento de um dos coordenadores: *a complexidade nos campos formativos, quantos mais aportes formativos no âmbito da pós-graduação, maior os caras se sentem preparados para enfrentar um mercado complexo, que então tende a aumentar* (E. 8).

Segundo Motta et al. (2001), a emergência dos mercados profissionais na fase competitiva do capitalismo foi resultado de grande transformação do sistema de mercado com o oferecimento de produtos especializados. Nesse momento, uma crescente necessidade de profissionalismo tomou conta da sociedade. Para tanto era necessário montar estratégias que permitissem institucionalizar o mercado profissional; assim os profissionais precisariam ser treinados para produzirem serviços reconhecidos para troca nesse mercado.

A demanda ao curso por parte de profissionais liberais também aumentou. Segundo um dos coordenadores, quem trabalha por conta própria sente que não é suficiente para sobreviver e procura o curso para que possa ter outra oportunidade paralela. Os coordenadores comentam que *o fechamento de uma parte do mercado de trabalho que pertencia exclusivamente ao profissional liberal teve impacto na procura dos alunos pelo curso* (E. 7). *Um exemplo clássico é a odontologia que viu o seu modelo neoliberal, o modelo liberal do exercício profissional posto em xeque e aí esses caras começaram a procurar novas possibilidades de inserção no mercado* (E. 8).

Outro fator importante para o aumento da demanda ao curso foi a reativação dos concursos públicos com vagas para sanitaristas. Para um dos entrevistados, alguns candidatos passam no concurso público e quando começam trabalhar não sabem o que é a saúde pública e para aprofundar seus conhecimentos vêm buscá-los no curso de saúde pública da ENSP. O desafio de preparar profissionais de acordo com as necessidades do SUS implicaria, dentre outras mudanças, modificações na forma de organização da

formação destes profissionais. A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino que possibilitem o maior ajustamento aos desenhos de organização da atenção à saúde proposta nacionalmente, levaria à incorporação do conceito de competência profissional, cuja compreensão passaria necessariamente pela vinculação entre educação e trabalho (Brasil 2004).

O curso também funciona como uma formação básica em saúde pública para os alunos que querem fazer o mestrado. *Um terço dos nossos alunos que entraram para o mestrado, quando eles terminam o mestrado, eles já me falaram várias vezes, que a base da formação da saúde pública deles não foi dada pelo mestrado, mas sim pela especialização* (E. 8).

Um aspecto de importante é que o aluno deveria ter clareza a respeito do fato de que pós-graduação não é especialização ou residência médica. Se alguém desejar fazer uma educação continuada, com o objetivo de obter atualização na sua área de atuação profissional, não deveria procurar uma pós-graduação *stricto sensu* e sim procurar uma pós-graduação *lato sensu*. Os programas de mestrado e, principalmente os de doutorado, constituem decisões de carreira e deveriam representar a pós-graduação *stricto sensu* que não tem por objetivo básico corrigir falhas do ensino de graduação ou apresentar conhecimentos especializados.

Outra razão pela procura aumentada poderia ser a lacuna que existe na formação do profissional na graduação. *Alguns profissionais recém-formados percebem que o objeto da saúde se complexificou, percebem que o que eles estudaram na graduação não vai dar conta de uma intervenção mais eficaz sobre este objeto da saúde; eles acham que a saúde pública por ser um campo interdisciplinar de conhecimentos e que pode aumentar a sua capacidade de intervir sobre o objeto e vem diretamente para cá antes de entrar no mercado de trabalho* (E. 8).

Diversos coordenadores igualmente acreditam que o aumento da demanda ao curso poderia ser porque é gratuito e oferecido por uma instituição de renome como a ENSP. *É um curso grátis, dois dias por semana, numa instituição de alto renome que é a Fiocruz [...] (E. 6), [...]ser um curso grátis numa instituição de nome como*

Fiocruz/ENSP (E. 7), [...] numa instituição como a ENSP e que não pagam nada é um luxo [...] (E. 8).

As atas da seleção dos alunos para os cursos realizados entre 2003 e 2006 informam que a maior demanda neste período foi de enfermeiros e odontólogos, seguidos dos médicos-veterinários, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. Estas profissões representaram mais que 2/3 dos candidatos. As mesmas atas informam que entre 34 a 42% dos candidatos foram aprovados para a entrevista, sobressaindo as categorias profissionais de odontólogos e psicólogos, seguidos por enfermeiros, médicos-veterinários e nutricionistas.

Observa-se que também houve procura por parte de farmacêuticos, principalmente os recém-formados. Isto pode ser devido ao fato de que a organização dos serviços de saúde em torno de vigilância de medicamentos precisa desse tipo de profissional e abriu vagas no concurso para vigilância sanitária e vigilância de medicamentos. Outro exemplo é dos médicos-veterinários. De acordo com um dos coordenadores a Anvisa¹⁰, *por exemplo, há alguns anos atrás baixou uma portaria dizendo que qualquer profissional contratado pela Anvisa tinha que ser sanitarista. Pronto, os veterinários em peso passaram para cá (E. 8).*

2.2. Alunos matriculados e concluintes

As atas da seleção dos alunos para os cursos entre 2003 e 2006 mostram que também dois terços dos matriculados é de odontólogos e enfermeiros, seguido por psicólogos, assistentes social e nutricionistas seguindo a mesma tendência demonstrada na demanda do curso visto anteriormente. No período estudado, o número de alunos que se matriculou a cada ano variou entre 30 e 33 com exceção dos anos 1995 a 1998 quando o número variou entre 14 e 19 refletindo a mesma diminuição já verificada no número de inscritos neste período (Figura 2 e Tabela 7).

¹⁰ Agência Nacional de Vigilância Sanitária

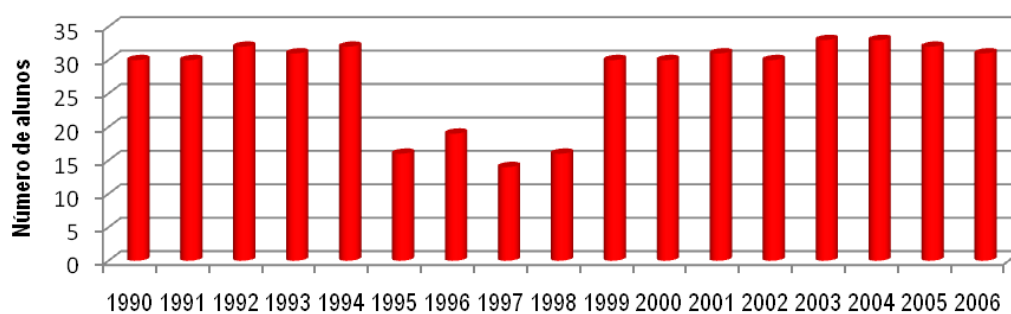


Figura 2 – Número de alunos matriculados no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006.

Tabela 7 - Número de alunos inscritos, matriculados e concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006

Alunos	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Insc.	125	155	128	151	96	32	29	38	53	70	123	33	182	181	213	213	383	2305
Mat.	30	30	32	31	32	16	19	14	16	30	30	31	30	33	33	32	31	470
Con.	28	23	32	28	29	11	17	13	15	27	26	24	23	27	26	28	24	401

Insc.: inscritos, Mat.: matriculados, Con.: concluintes

No período estudado entre 1990-2006, o número dos alunos concluintes variou entre 13 e 32 também mostrando uma redução entre 1995-1998 (Figura 3 e Tabela 7).

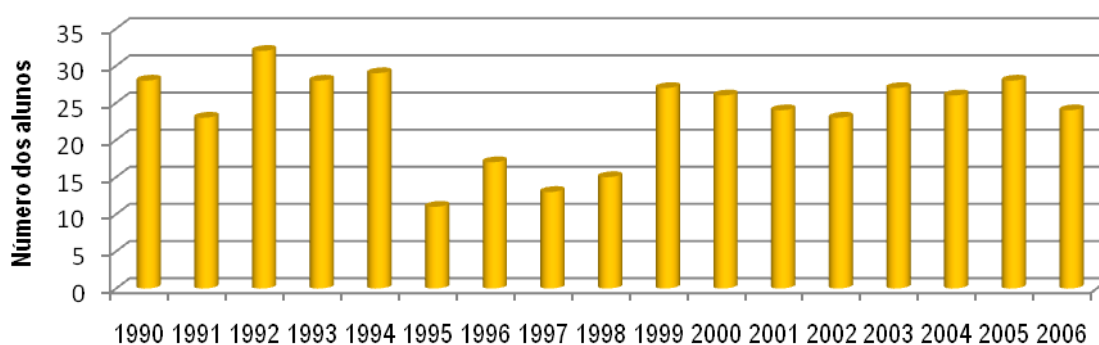


Figura 3 – Número dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006.

Entre 1990 e 2006, o total de inscritos foi de 2.305 candidatos, das quais 470 se matricularam e 401 alunos concluíram o curso recebendo o certificado de especialista da ENSP. Isso significa uma titulação de 85.3% dos alunos. Essa alta taxa de aprovação significa que a grande maioria dos selecionados mostrou uma qualificação suficiente para acompanhar o curso (Figura 4). A taxa de evasão de 14.7% neste curso é menor do que aquelas observadas por Pereira Neto (2004) nos cursos de pós-graduação *stricto sensu* de Saúde Pública da ENSP que foi de 21% para o curso de mestrado entre 1977-2000 e de 26% para o curso de doutorado entre 1980 e 1998.

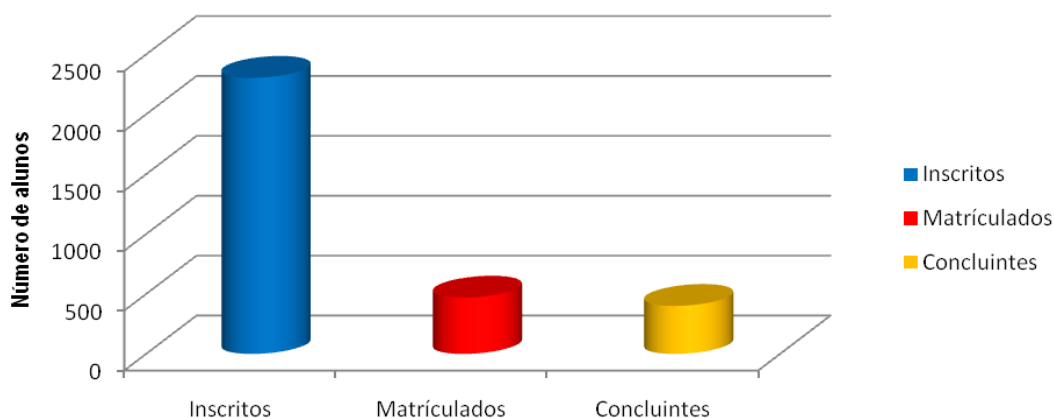


Figura 4 – Total de alunos inscritos, matriculados e concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006.

2.3. Características dos concluintes do curso

2.3.1. Formação

Entre 1990 e 2006, o maior número dos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública tinha como formação básica a enfermagem (92 ou 22.9%) e a medicina (61 ou 15.2 %), seguidas por serviço social (49 ou 12.2%), odontologia (46 ou 11.5%), psicologia (43 ou 10.7%), nutrição (36 ou 9%), medicina veterinária (18 ou 4.5%) e ciências biológicas (14 ou 3.5%). Os outros 42 alunos (10.5%) pertenciam à diversas categorias profissionais (Tabela 8).

Belisário (1995), destaca um traço importante adquirido pela especialidade Saúde Coletiva/Pública: por sua natureza social e pública, se afastaria gradativamente dos interesses do corporativismo médico, e o médico-sanitarista, enquanto profissional, perderia aos poucos a posição de direção técnica no processo, no domínio da especialidade e do mercado de trabalho. Assim, esse avanço transformaria a saúde pública de uma especialidade médica em uma ocupação multiprofissional.

Tabela 8 - Formação superior dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006

Formação	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Enfermagem	10	2	16	15	7	4	4	0	0	3	6	7	2	9	2	3	2	92
Medicina	7	5	7	5	5	2	7	0	4	6	1	2	0	2	3	5	0	61
Serv. Social	7	4	4	1	4	1	1	3	6	4	2	3	0	2	1	2	4	49
Odontologia	1	2	0	0	1	2	0	0	1	0	6	3	8	4	9	5	4	46
Psicologia	1	2	2	1	7	1	2	3	2	4	1	2	1	3	1	6	4	43
Nutrição	1	2	1	2	3	0	0	5	2	2	4	3	3	3	1	2	2	36
Medicina Vet.	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0	3	2	2	2	1	18
Ciências Biol.	1	2	0	0	0	0	1	2	0	2	0	1	0	0	2	1	2	14
Outras	0	2	1	3	2	1	2	0	0	6	2	3	6	2	5	2	5	42
Total	28	23	32	28	29	11	17	13	15	27	26	24	23	27	26	28	24	401

Em torno de 71% dos alunos concluintes do curso (283 alunos) eram egressos de instituições públicas de ensino (Tabela 9). Isso poderia indicar que os alunos que se formam nas Instituições de Ensino Superior públicas têm um melhor nível de formação se comparado com aqueles das IES privadas.

Tabela 9 -Instituição de Formação superior dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006

Inst. de Formação	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
Pública	11	18	27	19	18	8	13	11	14	22	8	16	16	23	16	24	19	283	71
Privada	17	5	5	9	11	3	4	2	1	5	18	8	7	4	10	4	5	118	29
Total	28	23	32	28	29	11	17	13	15	27	26	24	23	27	26	28	24	401	100

2.3.2. Instituição de trabalho

Um total de (212 ou 60.6%), dos alunos do curso de Especialização em Saúde Pública entre 1990 e 2006 eram profissionais advindos dos serviços públicos (secretarias municipais de saúde, instituições federais de saúde e rede estadual). Havia (61 ou 17.4%) sem vínculo empregatício. Da rede privada advinham (32 ou 9.2%) e de instituições estrangeiras (18 ou 5,1%). Não há informações sobre (27 ou 7.7%) alunos (Tabela 10).

Tabela 10 - Instituição de trabalho dos alunos concluintes do curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006

Inst.de formação	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
Federal	7	6	12	7	4	0	1	4	3	2	2	2	3	2	6	61	17.4
Estadual	4	2	1	3	0	0	0	2	2	3	3	6	4	2	3	35	10.0
Municipal	16	9	9	1	4	0	1	15	10	9	10	10	9	9	4	116	33.2
Privada	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	6	9	5	5	32	9.2
Sem vínculo	0	0	1	0	1	12	9	6	6	10	3	0	0	8	5	61	17.4
Estrangeiro	2	0	1	0	6	0	4	0	0	0	0	2	0	2	1	18	5.1
Sem informação	3	11	3	0	2	1	0	0	5	0	0	1	1	0	0	27	7.7
Total	32	28	29	11	17	13	15	27	26	24	23	27	26	28	24	350	100.0

2.3.3. Idade e Sexo

Predomina a faixa etária entre 30 a 39 anos, no período de 1990 a 1996, enquanto que a faixa etária de 20 a 29 anos predomina no período de 1997 a 2006 (Tabela 11). Observa-se que a idade dos alunos do curso tem diminuído, podendo indicar que a procura do curso pelos recém-formados está em crescimento nos últimos anos.

Tabela 11 - Faixa etária dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006

Idade	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
20-29	7	10	9	5	6	0	2	12	8	9	13	11	0	16	11	17	21	157	39.2
30-39	19	10	20	20	16	9	15	1	7	7	9	8	13	7	12	8	1	182	45.4
40-49	2	2	3	3	6	2	0	0	0	9	2	5	7	4	3	2	2	52	12.9
50-59	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	3	0	0	1	0	10	2.5
Total	28	23	32	28	29	11	17	13	15	27	26	24	23	27	26	28	24	401	100

Quanto ao sexo dos concluintes, os dados corroboram a tendência observada na área de saúde como um todo, no sentido de uma crescente feminilização do setor. Com efeito, esta participação é de 294 (ou 73.3%) (Tabela 12). Os dados relativos ao gênero dos alunos são compatíveis com outros que vêm mostrando, entre algumas tendências do mercado de trabalho em saúde, a feminilização das profissões, como os estudos de Gil (2005), Girardi & Carvalho (2002), Machado (2000) e Escorel (2002) sobre os profissionais inseridos nas equipes de saúde da família.

Tabela 12 -Sexo dos alunos concluintes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006

Ano	Masculino	Feminino	Total
1990	7	21	28
1991	10	13	23
1992	6	26	32
1993	5	23	28
1994	6	23	29
1995	2	9	11
1996	9	8	17
1997	1	12	13
1998	4	11	15
1999	2	25	27
2000	9	17	26
2001	6	18	24
2002	4	19	23
2003	8	19	27
2004	10	16	26
2005	10	18	28
2006	8	16	24
Total	107	294	401
%	26.7	73.3	100

O número de mulheres alunas é maior em relação ao número de alunos do sexo masculino durante todo o período 1990-2006. Com efeito, apenas no ano de 1996, o número de alunos do sexo masculino foi maior que os do sexo feminino. Pelo menos duas explicações podem justificar essa tendência da hegemonia feminina que já foi observada em estudos anteriores (Labra et al., 1988, Vasconcellos & Narvai, 1997) Por um lado, há o aumento da presença feminina no meio universitário, sobretudo na área da saúde e, por outro lado, algumas categorias profissionais que mais procuram o curso, como a enfermagem, a psicologia, a nutrição e o serviço social são dominadas pelo gênero feminino (Pereira Neto, 2004).

2.4. Dedicção ao curso e a carga horária

Durante toda a década de 1990, o curso era oferecido em tempo integral. Percebe-se que o tempo integral era um dos problemas dos alunos, principalmente aqueles com vínculo empregatício. Por esta razão, nesse período eram permitidas folgas eventuais (Quadro 6). Essa dificuldade foi também amenizada pela introdução do período de dispersão em 1998, permitindo que o trabalho de campo ou investigação fosse desenvolvido no serviço que o aluno trabalhava.

Quadro 6 - Observações adicionais referente do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006

Ano	Clientela	Regime e Duração	Seleção
1990	Profissionais ligados à área de saúde pública, em quaisquer de seus níveis, com preferência para pessoas que já desenvolvam atividades ou tenham experiência no setor, de caráter remunerado ou não.	19/3/1990 a 22/12/1990 Tempo integral Um período livre por semana.	Prova escrita eliminatória (bibliografia indicada) Entrevistas e análise de currículo
1991	Profissionais graduados ligados a área de Saúde Pública, em quaisquer dos seus níveis, com preferência para pessoas que já desenvolvem atividade ou tenham experiência no setor.	1/4/1991 a 20/12/1991 Tempo integral, 5ª e 6ª feiras e folgas eventuais	Prova escrita eliminatória (nota 5) (bibliografia indicada) Entrevistas e análise de currículo
1992	Idem	24/3/1992 a 18/12/1992*	Idem
1993	Idem	8/3/1993 a 0/12/1993*	Idem
1994	Profissionais graduados ligados à área de Saúde Pública, em quaisquer dos seus níveis, com preferência para pessoas que já desenvolvem atividade ou tenham experiência no setor	8/3/1994 a 25/12/1994*	Idem
1995	Idem	13/3/1995 a 2/12/1995*	Idem
1996	Idem	18/3/1996 a 0/12/1996*	Prova escrita eliminatória (nota 5), (sem bibliografia) Entrevistas e análise de currículo

Ano	Clientela	Regime e Duração	Seleção
1997	Profissionais graduados, ligados à área de saúde pública e áreas afins, recém-formados (no máximo até 3/1995) ou que tenham vínculo de trabalho com instituições de saúde.	22/4/1997 a 9/12/1997*	Prova escrita 60% de aproveitamento mínimo (sem bibliografia) Entrevistas e análise de currículo
1998	Profissionais graduados, ligados à área de saúde pública e áreas afins, recém-formados (no máximo até 3/1995) ou que tenham vínculo de trabalho com instituições de saúde.	27/3/1998 a 27/11/1998 Tempo integral: concentração na ENSP dispersão nos serviços desen. a investigação	Idem
1999	Profissionais graduados, ligados à área da saúde pública e áreas afins, que possuam vínculo de trabalho com instituições de saúde ou recém formados.	12/4/1999 a 11/12/1999 Idem	Prova escrita eliminatória (nota 5), (sem bibliografia) Entrevistas e análise de currículo
2000	Profissionais graduados, ligados à área da saúde pública e áreas afins.	10/4/2000 a 05/12/2000 2ª e 3ª feiras horário integral	Prova escrita eliminatória (nota 6), (sem bibliografia) Entrevistas e análise de currículo
2001	Idem.	9/4/2001 a 11/12/2001#	Idem
2002	Idem	8/4/ 2002 a 10/12/2002#	Idem
2003	Profissionais graduados, ligados à área da saúde pública e áreas afins	8/4/2003 a 12/12/2003#	Idem
2004	Idem	13/4/2004 a 21/12/2004#	Idem
2005	Idem	11/4/ 2005 a 20/12/2005#	Idem
2006	Idem	10/4/2006 a 19/12/2006#	Idem

Fontes: Documentos do Curso – Seca. Obs: o curso durante estes períodos oferecia 30 vagas *Tempo integral, 5ª e 6ª feiras, F: folgas eventuais. #2ª e 3ª feiras horário integral

A partir de 2000, quando houve mudança no currículo do curso, a frequência exigida pelos alunos passou a ser de tempo parcial, ou seja, duas vezes por semana; mesmo assim a carga horária do curso, de 490 h, é acima de daquela exigida pelo MEC que é de 360 h.

Observou-se nas recomendações dos documentos consultados, como o Seminário de Avaliação em 1992 e a proposta de reestruturação do curso em 1996, que o curso precisava ser mais flexível na sua carga horária. Esta providência foi tomada somente em 2000. É interessante notar que, mesmo assim, um dos coordenadores do curso critica essa diminuição de carga horária. *Antigamente quando as pessoas moravam aqui, as pessoas vinham estudar, continuavam ganhando o salário deles e ainda ganhavam uma bolsa aqui durante um ano. O serviço estava investindo na formação das pessoas [...] não estão mais vindo, ou pelo menos a maioria não vem mais. Uma das causas que usaram como justificativa para essa mudança foi que o serviço não libera mais, então vamos diminuir a carga horária. [...] A Escola deveria ter uma política de aproximação porque de certo modo se você for falar em serviço, os clientes da Escola não passam de 27 estados, mais algumas secretarias municipais de porte, você teria acima de 100 instituições que são clientes dessa Escola. A Escola tinha que ter uma política com essas instituições para que eles liberassem os profissionais. Acho que o caminho seria esse (E. 6).*

A partir de Goodson (2008), entendemos que, no campo de produção e reprodução social do currículo, as prioridades sociopolíticas são dominantes. Vendo a construção do currículo por outro aspecto, Arouca (2009), a partir de vários autores, nos lembram que as características curriculares são decorrentes de um processo de seleção cultural. Assim, estas constituem-se em uma expressão observável de determinados valores e prioridades que, através da história, se consolidaram como elementos próprios da cultura da escola.

Analisando a carga horária do curso durante os anos 1990-2006, observou-se que ela variou entre 650 e 887 h, com exceção de três períodos (1995 com 1.068 h; 1996 com 1.400 h; e 1997 com 1.251 h). Observamos que em 1997, o módulo de epidemiologia tinha 405 horas e o módulo de Planejamento, Programação e Gestão em Saúde 345 horas, ou seja, a soma dos dois módulos perfazia uma carga horária de 750 horas. Isso era quase carga horária total do curso nos anos anteriores. Isto poderia nos levar a entender a hegemonia desses 2 campos, voltados para a epidemiologia, a gestão e o planejamento. E o tempo dos alunos dedicado às aulas presenciais não era compatível com as exigências

dos seus postos de trabalho. Também nessa época a instituição fazia uma reflexão sobre a qualidade do curso e a sua adequação em relação as necessidades dos serviços. Assim, começa a fazer avaliação dos seus cursos e iniciando um movimento em direção da acreditação pedagógica. Outra razão também poderia ser o fato do Programa de Residência passar a ser oferecido junto com o Cesp (Figura 5).

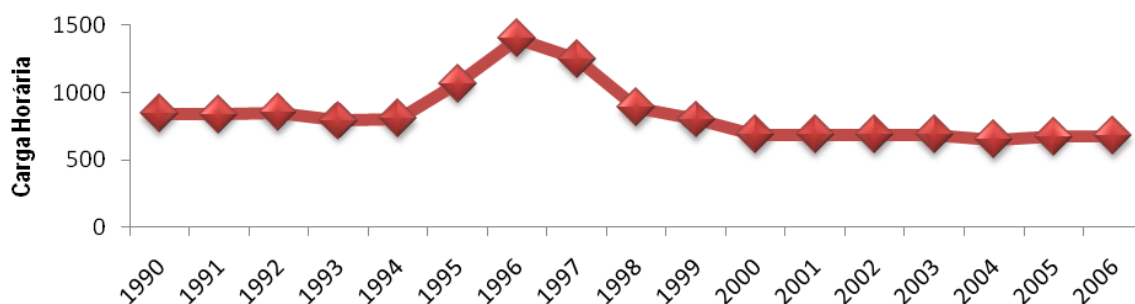


Figura 5 – Carga horária do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz entre 1990 e 2006.

A partir de 2000, o curso passa a ser oferecido durante dois dias por semana com carga horária de 16 horas semanais. Os coordenadores ao formularem o currículo do curso num modelo mais compacto, reduziram sua carga horária, e obviamente reduzir a carga horária implica em redução do conteúdo. No seu depoimento um coordenador do curso a esse respeito diz o seguinte: *[..]na verdade a gente não tinha uma definição a priori, não era uma redução de conteúdo, a redução de conteúdo era uma consequência da redução de carga horária, e a redução de carga horária não era só uma mexida administrativa [...]* (E. 8).

Segundo o mesmo coordenador: *[...] então quando você enxuga a carga horária você diferencia um pouco aquele modelo de formação dos outros modelos de formação que naquele momento com uma hipercarga horária fica um pouco confundido. É óbvio que essa definição também implica em uma redução de conteúdos* (E. 8).

Os processos de mudanças curriculares passaram por disputas e negociações complicadas porque a definição das cargas horárias das disciplinas tende a refletir o jogo de poder entre

departamentos e professores: a carga horária tem menos a ver com a relevância do conteúdo e mais com o poder dos mestres (Feuerwerker 2002)

3. Gestão e planejamento curricular do curso

3.1. Objetivos do curso

Os objetivos do curso foram reformulados regularmente, buscando levar em consideração o processo político de reorganização dos serviços de saúde e tentando acompanhar as mudanças conjunturais, o que sugere uma preocupação com a capacidade crítica e a qualidade técnica do profissional. Desde a década de 1990, sobressai nos objetivos do curso que a preparação do profissional incluía uma visão crítica para poder atuar no serviço de saúde.

Não foi observado em nenhum momento nos documentos e na fala dos entrevistados a importância da prática no serviço. Ao contrário, a maioria dos coordenadores disseram que existia um distanciamento entre a teoria e prática, vis-à-vis a exigência de SUS. Estamos formando os alunos para quê? Seria somente para suprir a lacuna existente na graduação ou formar para que possam atuar e responder a exigência do SUS?

A partir do novo milênio, quando houve uma reformulação substancial do curso, seu objetivo muda. Além da visão crítica para melhorar os programas de saúde, que existia desde 1976, foi acrescentado um novo enfoque: adquirir novos conhecimentos através de prática de investigação científica (Quadro 7).

Quadro 7 - Objetivos do Curso de Especialização em Saúde Pública entre 1990 e 2006

Ano	Objetivos
1990	Possibilitar ao aluno a obtenção de subsídios fundamentais para o desenvolvimento de sua capacidade crítica e a qualidade técnica necessária para operar os serviços no campo da Saúde Pública, com vistas a analisar, intervir e modificar o quadro vigente quando necessário, levando em conta as complexidades do setor
1991-1994	Possibilitar ao aluno a obtenção de subsídios fundamentais para o desenvolvimento de sua capacidade crítica e a qualidade técnica necessária para operar os serviços no campo da Saúde Pública, com vistas a analisar, intervir e modificar o quadro vigente quando necessário, levando em conta as complexidades do setor. Fornecer ao aluno um maior aprofundamento teórico-técnico em uma das áreas do campo de atuação da Saúde Pública para melhor instrumentalizá-lo para intervenção.
1995-1996	Fornecer ao aluno os subsídios necessários para o desenvolvimento de sua capacidade crítica e da sua qualidade técnica, necessários para operar os serviços de campo da Saúde Pública, com vistas a analisar, intervir e modificar o quadro vigente dos serviços, com vistas à reorganização dos mesmos, levando em conta as complexidades do setor.
1997-1998	Capacitar recursos humanos para a atuação nos serviços de saúde. Pretende-se que, além da capacitação técnica, o aluno compreenda os aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos na determinação das condições de saúde; adquira capacidade para trabalhar em equipe; e desenvolva uma “visão crítica” de realidade que lhe permita operar os serviços, identificar problemas, propor alternativas e intervir, levando em conta as circunstâncias da realidade imediata e a complexidade do setor.
1999	Fornecer elementos cognitivos e habilidades necessárias para a construção de respostas que satisfaçam as necessidades de saúde dos grupos populacionais e aquelas dos sistemas de serviços.
2000-2002	Capacitar o aluno para identificar problemas prioritários na área de saúde e buscar soluções criativas; Aplicar técnicas e instrumentos adequados às características da situação de saúde e do sistema de saúde brasileiro; Obter novos conhecimentos através de prática de investigação científica.
2003	Gerar competências gerais e específicas na área de Saúde Pública, tendo como marco de referência suas funções essenciais; apresentar os conceitos estruturantes correspondentes às subáreas constitutivas da saúde pública e refletir sobre os mesmos; capacitar o aluno para a identificação de problemas prioritários na área de saúde buscando soluções criativas para os mesmos; aplicar técnicas e instrumentos adequados às características da situação de saúde e do sistema de saúde brasileiro; capacitar o aluno para obtenção de novos conhecimentos, através da prática da investigação científica.
2004-2005	Apresentar e refletir sobre os conceitos estruturantes correspondentes à subáreas constitutivas da saúde pública; Capacitar o aluno para identificação de problemas prioritários na área da saúde buscando soluções criativas para os mesmos; Aplicar técnicas e instrumentos adequados as características da situação de saúde e do sistema de saúde brasileiro; capacitar para obtenção de novos conhecimentos através da prática da investigação científica.
2006	Gerar competências gerais e específicas na área de saúde pública, tendo como marco de referência suas funções essenciais; apresentar os conceitos estruturantes correspondentes às subáreas constitutivas da Saúde Pública e refletir sobre os mesmos; capacitar o aluno para a identificação de problemas prioritários na área de saúde buscando soluções criativas para os mesmos; aplicar técnicas e instrumentos adequados às características da situação de saúde e do sistema de saúde brasileiro; capacitar o aluno para obtenção de novos conhecimentos, através da prática da investigação científica.

Fonte: Programa do Cesp-Seca.

O objetivo de curso espelha o modelo de profissional que o curso deseja de formar. O questionamento em relação ao tipo de profissional que o curso pretende formar se apresenta em vários documentos e nas entrevistas, tanto por parte dos coordenadores quanto dos gestores [...] *o conjunto de conteúdos necessários para a formação de um especialista em saúde me leva a outra pergunta: quem é esse sanitarista que eu quero formar?* (E. 8).

Os alunos também mostraram a sua preocupação em relação à definição do papel de sanitarista numa avaliação feita por demanda dos alunos à coordenação do curso em 1990. Analisaremos mais adiante o perfil desse profissional.

Entre 2003 e 2006, o objetivo do curso é *gerar competências gerais e específicas na área de saúde pública, tendo como marco de referência suas funções essenciais [...]*. Tal deveria ter sido o sentido da iniciativa ENSP em movimento – “Construindo um programa de formação baseado em competência para o SUS”. Tratou-se de um ciclo de oficinas voltado para a reorientação dos programas de formação, pautado no referencial de competência profissional, tendo o propósito de refletir sobre processos de aprendizagem, formação e trabalho por meio de metodologias colaborativas e orientadas a problemas. Por falta de apoio e diálogo entre os responsáveis, esse projeto não foi levado adiante, o que poderia ter influenciado a coordenação na utilização de tal termo. (ENSP em movimento 2003).

Supostamente o movimento inicial para a organização de um currículo baseado em competências consistiu em se avaliar e definir o perfil do profissional necessário que se deseja formar, configurando-se os diversos tipos de competências relacionadas com tal perfil. Ribeiro e Lima (2004)¹¹ apresentam uma visão integrada das competências, ao caracterizar a prática profissional competente como resultante da capacidade de movimentar e associar, diante de questões de ordem profissional, um conjunto de conhecimentos especializados e saberes tácitos vindos da própria experiência, habilidades e atitudes desenvolvidas ao longo da trajetória de vida do profissional. Para realizar as tarefas necessárias a um bom desempenho profissional, é necessário que haja

¹¹ O termo “competência” utilizado neste estudo toma como base teórica as autoras Ribeiro e Lima (2004).

desenvolvimento cognitivo/conhecimento, psicomotores/habilidade e afetivos/valores e posturas de atributos ou capacidades. A competência não só se relaciona com a execução de tarefas como também ao conjunto de atributos ou capacidades de que dispõe o indivíduo.

Assim, o desenvolvimento de competências não se restringe ao acúmulo de conhecimentos teóricos, deve abranger capacidades de execução e resolução de situações diversas. De acordo com essa perspectiva, para um indivíduo ser competente, ele não pode ficar restrito apenas a conhecimentos acadêmicos, mas sim agir de acordo com a demanda apresentada pela situação, utilizando-se de conhecimentos tácitos.

Segundo Fee (*apud* Lima & Fonseca, 2004) aqueles que defendem uma educação orientada para a pesquisa argumentam que as demandas de ordem prática e transformam constantemente, o que torna uma educação voltada para o treinamento em métodos e habilidades específicas ultrapassados, enquanto uma educação voltada para a pesquisa oferece bases mais consistentes para o enfrentamento de questões abrangentes assim como para resolução de problemas específicos e de novos desafios. Por outro lado, os que defendem programas orientados para a prática observam que, apesar de a pesquisa científica ser importante, a principal orientação para saúde pública deve estar na aquisição de competência organizacional e administrativa.

3.2. Conteúdo do curso

3.2.1. Considerações iniciais

O curso vem enfrentando desafios desde quando começou a existir. Seu currículo passou por várias modificações, principalmente após a implementação do SUS. Durante todo o período da sua existência o curso teve “altos e baixos”. Em 1986, no seminário de avaliação e perspectivas da ENSP foi sugerido que o curso fosse interrompido em 1987 por falta de dedicação de alguns professores e dos alunos, por estes últimos terem outras atividades e não terem uma dedicação real ao curso. Foi ainda sugerido que após sua reavaliação ele fosse oferecido sob novas bases em 1988.

Uma das sugestões foi que o conteúdo de ciências biológicas fosse retirado como disciplina e redistribuído entre os módulos. Pelo menos nos seus primeiros 35 anos, o conteúdo que predominava no curso era a biologia, com uma visão curativa. É importante ressaltar que foi em 1959 que a disciplina sociologia aplicada à medicina e saúde pública foi introduzida no curso pela primeira vez, abrindo espaço para uma abordagem sociológica da área. A introdução dessa disciplina na época foi uma inovação curricular que poderia sugerir o início de um embate entre os campos das ciências biológicas e das ciências sociais. Segundo Moreira e Silva (2002) o currículo não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. No entanto o currículo está implicado em relações de poder que transmite visões sociais particulares e interessadas. Para esses autores o currículo produz identidades individuais e sociais particulares. O currículo não é um elemento transcendente e atemporal

Além da ação intracurricular também se percebe a luta intrainstitucional, quando a ENSP ganha a sua autonomia e quebra o seu elo com o DNS e passa a ser a única responsável pela organização dos seus cursos. Em 23 de junho de 1959, pelo Decreto no. 46.258, foi aprovado o Regulamento da ENSP que disciplinou seu regimento de ensino e estruturou seus cursos (Coutinho, 1980 mimeo). A partir de então houve uma mudança na organização do Cesp com a abertura para profissionais não-médicos. A tradição de tantos anos, quando somente o médico era capaz de ser sanitarista, é quebrada. Podemos dizer que foi uma inovação a escola abrir suas portas para outros profissionais: engenheiros, enfermeiros, veterinários e farmacêuticos.

Segundo um dos entrevistados a “época de ouro” do curso ocorreu no final da década de 1970 e início dos anos 80, pois a escola passa a ser referência nacional e mostra a sua função como ENSP com os cursos descentralizados. O mesmo entrevistado relembra essa época como egresso: *em 1976, eu cheguei para fazer um curso de especialização de saúde pública, todo mundo entrava na Fiocruz com essa iniciação; [...] essa idéia do contexto de saúde pública me foi pela primeira vez apresentado como um campo de política do Estado. Eu não tinha muita noção e o curso era uma verdadeira abertura de um horizonte e era muito bem estruturado, porque ele tinha uma parte, [...] sobre a Política de Estado, [.e..] a importância da burocracia no Estado, uma coisa que até hoje o Brasil se ressentir porque não tem as carreiras bem estruturadas. [...] A professora Tizuko tinha a parte da unidade de saúde que ela estava coordenando, modificando aquela unidade, que estava muito abandonada para se dispor a ser uma unidade de atendimento para esta região, do entorno da Fiocruz, que é uma região muito carente e com uma série de propostas interessantes também de organização do serviço e a professora Lenita, que era uma educadora, discutia essa questão da importância da educação como instrumento de transformação, aí entrou o Paulo Freire e tudo isso; [...] a lembrança que eu guardo desse tipo de formação é uma lembrança muito boa, porque era uma formação que dava um chão, esse curso de especialização em saúde pública da ENSP tinha um projeto muito claro de constituição de seu espaço para discutir a constituição da saúde pública nacional, para formar gente com essa finalidade, então, na época o Brasil já tinha um sistema de saúde bastante complexo, [...], já se discutia sobre a descentralização da saúde pública para os estados e municípios, da responsabilidade da atenção que antes era totalmente centralizada no nível federal [...] e a ENSP rapidamente se aproximou dos governos estaduais, [...] começou a ter os cursos descentralizados, e eles foram muitos, foi uma época de ouro também, eu digo assim da expansão, da consolidação desse modelo do Cesp lato sensu (E. 3).*

Neste relato, o entrevistado considera o curso como algo “revolucionário”, ou seja, quando existe revolução existe uma luta pela maneira de pensar, pois em plena gestão militar os professores lutam e tomam uma atitude “revolucionária” pela conscientização dos alunos através das disciplinas que, provavelmente naquela época, eram inéditas como a política do Estado e a sua importância em relação à burocracia no Estado. Outro ponto que podemos considerar como “revolucionário” era ministrar uma disciplina que considerava a

importância da educação como “instrumento de transformação” num contexto de uma sociedade controlada onde o seu criador Paulo Freire foi exilado. Ou seja, abrindo caminho para construção da visão crítica do aluno.

Uma preocupação desse entrevistado é com a reconstrução da unidade de saúde dentro da Fiocruz para poder, ao mesmo tempo, atender às regiões no entorno da Instituição e criar um espaço onde os alunos pudessem desenvolver atividades práticas, ou seja, construindo um caminho para aproximar a teoria da prática no próprio conteúdo do curso.

Outro entrevistado que também era egresso do curso em 1975 comenta que o curso *acompanhou no seu conteúdo, na sua metodologia, nos seus objetivos as mudanças de política de saúde e acompanhou na relação da Escola com essas políticas de saúde [...]; e quando eu fui aluno o centro do curso era o esforço de introduzir na saúde pública as ciências sociais, o coordenador do curso era o professor Arlindo Fábio que é um sociólogo que na época participava e tinha uma influência muito grande aqui na Escola que no período anterior era marcada por um referencial muito forte de biomedicina* (E. 4). Vale ressaltar que a sociologia na época da ditadura era considerada uma disciplina questionadora e nota-se sua manutenção no curso de especialização com uma carga horária elevada. O mesmo entrevistado comenta: *esse é o início da reforma sanitária [...] que trazia para dentro de si essa coisa das ciências sociais e, portanto passa a associar a saúde com a democracia*. É importante ressaltar que nessa época a ENSP foi um lugar de formulação e interação com as tendências que levaram a mudanças no sistema de saúde.

Outro fato importante que aconteceu nessa época e que poderia ter influenciado o currículo do curso é a vinda para a ENSP do grupo de pesquisadores de Campinas com uma perspectiva crítica. A década de 1970 foi marcada pela luta política contra o regime ditatorial (Arouca, 2007). Um movimento crítico emergiu nos departamentos de medicina preventiva de algumas universidades brasileiras e se configurou como um exercício da constituição de um novo pensamento sobre a saúde a partir de uma abordagem marxista.

Arouca (2007:42) afirma: *uma questão que considero central é que, nós, como militantes do Partido Comunista Brasileiro, estávamos na clandestinidade e tínhamos como eixo fundamental de atuação a luta contra a ditadura. Optamos por empreender uma luta contra o regime autoritário não na linha da chamada luta armada, mas numa linha de*

ação pacífica, democrática, somando todas as forças democráticas existentes na época. Entendíamos que todos os espaços em que fosse possível consolidar as forças democráticas na luta contra a ditadura deveriam ser ocupados por nós, e que um dos papéis que a universidade deveria ter e que podíamos ter naquela época era estabelecer uma rede de pessoas, articulando democratas no Brasil inteiro, nos mais diferentes lugares, com o compromisso de pensar e desenvolver projetos de redemocratização do País. Entendíamos que a saúde era um campo privilegiado da luta democrática, associado aos outros movimentos de democratização no Brasil. Foi uma luta particular de uma área, mas que tinha uma ampla dimensão. [...]

Já no processo de redemocratização do país nos anos 1980, começam a aparecer lideranças intelectuais explicitamente da esquerda e, para Arouca (2007), o Partido Comunista funcionou como agregador. Havia lideranças críticas organizando discussões partidárias que estavam se recompondo perante da sociedade. *O inédito no nosso trabalho é essa articulação que ninguém fez, aí ninguém fez mesmo. Não aconteceu na educação, na assistência social, uma movimentação para fazer a articulação entre a universidade, o pensamento crítico, a organização de serviços, a montagem de um projeto alternativo novo. [...]* (Arouca, 2007:55).

3.2. 2. A reformulação do curso

A ENSP se fortaleceu enquanto ambiente de formulação dessa política alternativa de saúde. Com a distensão política e com a anistia, o SUS que foi formulado em meados da década de 1980, passou a ser progressivamente uma política de governo. Porém ainda que a política alternativa de saúde tenha se originado na ENSP não houve reformulações significativas no âmbito do currículo do Cesp relacionados à reforma sanitária (Documento de Avaliação e Perspectivas ENSP, 1986). Assim podemos considerar que esse período foi uma fase de autoavaliação, autocrítica e questionamentos por parte dos envolvidos em relação ao modelo de formação da ENSP e também nos cursos descentralizados. Essas inquietações se manifestam tanto no documento de avaliação e perspectivas da ENSP em 1986 quanto nas propostas de reformulação dos cursos. De acordo com Barbosa (1990), o que podemos observar nos últimos quatro ou cinco anos é um “incômodo” generalizado por parte dos alunos, docentes e profissionais dos serviços

com o modelo de formação do sanitarista. A partir desses cursos houve uma certa saturação na continuidade de “pequenas reformas” ali acontecendo.

Na proposta de reformulação do curso de saúde pública em 1988, Badino (1988:1) diz que: *nestes últimos anos e, particularmente, desde a proposta em marcha do processo de reforma sanitária e implantação dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS) em 1986, põe-se em evidência no plano nacional e nos âmbitos acadêmicos e de serviços, certo “desconforto” em relação ao grau de sucesso e impactos, adequados às necessidades dos programas de formação sanitarista [...] falamos de “desconforto”, de modo empírico por não termos disponíveis produtos de uma avaliação mais rigorosa que permitisse dimensionar os efeitos a curto, médio e longo prazo dos programas executados.*

Em 1988 o curso foi reformulado e a coordenação partiu do pressuposto de que diante das distorções do sistema de prestação de serviços de saúde vigente à época, era necessário reforçar o processo desencadeado pelas chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS), visando a consolidar e melhorar a rede de serviços básicos, compreendidos como o conjunto de serviços prestados no âmbito dos Distritos Sanitários¹² em áreas urbanas. A coordenação refere-se à infraestrutura de atendimento primário como a porta de entrada da população aos serviços de saúde, ou seja, a base de apoio para o SUS. *Dessa forma, parece necessário hoje retornar às discussões técnicas e científicas a respeito de como deverão ser estruturados, programados, administrados os serviços básicos de saúde, levando em consideração as experiências em uma conjuntura democrática. Segundo a coordenadora, esse debate poderá trazer subsídios importantes para pensar na necessidade de se qualificar técnica e criticamente recursos humanos aptos a propor e a participar desses processos de consolidação e melhoria da rede básica de serviços de saúde.* Neste sentido, a coordenação do curso de saúde pública propôs como objetivo a formação crítica e técnica de profissionais de saúde capacitados para entender e operar os serviços em nível local. A coordenação acreditava que o “eixo estruturado” do conteúdo programático do curso tinha que girar em torno das propostas e da prática de ações, serviços e programas desenvolvidos no nível dos distritos sanitários como módulo operacionais básicos do SUS (documento definitivo da reestruturação curricular do curso em 1988).

¹² Conceito esse nunca implementado na sua forma original, advinda da experiência italiana.

No mesmo ano, no VIII Seminário de Avaliação dos cursos descentralizados discute-se a insuficiência quantitativa e qualitativa da força de trabalho para a consolidação do novo sistema de saúde e a rediscussão do perfil do sanitarista. Destaca-se a natureza gerencial da organização dos serviços e questiona-se sobre a generalidade da formação do sanitarista. A coordenação do curso à época acredita que esse debate poderia trazer subsídios importantes para pensar na necessidade de se qualificar técnica e criticamente profissionais aptos propôr e a participar desse processo de consolidação e melhoria da rede básica de serviços de saúde. Nesse sentido, a coordenação do curso propôs como objetivo a formação crítica e técnica de profissionais de saúde capacitados para entender e operar os serviços em nível local. Conseqüentemente, o eixo estruturador do conteúdo programático deveria girar em torno das propostas e da prática de ações e programas desenvolvidos em nível dos distritos sanitários como módulos “operacionais básicos” do sistema de saúde.

3.2.3 Os anos noventa

A promulgação da nova carta em 1988 trouxe implicações sobre o cenários dos anos 1990. Ela dava ênfase na ampliação dos direitos sociais e direcionava a atividade econômica para suas funções sociais com um perfil ambíguo e contraditório em alguns aspectos. Para Fonseca (2006) a nova Constituição causava polêmica – de um lado patrimônio a ser defendido e regulamentado e de outro, um conjunto de obstáculos a serem removidos.

De acordo com a autora essas divergências se refletiram na área da saúde, que optou como uma de suas prioridades assegurar a implementação da reforma sanitária. Esse momento político foi marcado pelo confronto ideológico, e as divergências em torno do desenho institucional adotado para o SUS persistiriam, o que provocou novos tipos de embates políticos e novas estratégias que permitiram alterações no momento em que as medidas aprovadas começaram a ser colocadas em prática.

Foi nesse cenário marcado pela instabilidade política daquela fase de transição e pelas propostas de grandes mudanças e fortalecimento da participação popular que a Abrasco se consolidaria institucionalmente. Ao cumprir um papel ativo no processo de decisão política na saúde, paralelamente a seu forte vínculo com a área acadêmica, ela assumiu um

perfil peculiar no âmbito da saúde, ou seja, compatibilização de ação política com conhecimento científico (Fonseca 2006).

Em 1990, o curso continua com o mesmo formato de 1988 organizando-se por “áreas temáticas”¹³ também adotadas nos cursos descentralizados oferecidos pela ENSP (Labra et al., 1988). No curso, as áreas temáticas foram divididas em dois blocos: o primeiro era voltado para adquirir conhecimentos e conceitos básicos no campo da saúde pública e o segundo para a prática e ações que se constituem na prática de saúde pública da época (Quadro 8).

Quadro 8 - Estrutura curricular do curso de Especialização em Saúde Pública entre 1990 e 1999

Ano	Programa	Descrição
1990	<p>Áreas temáticas: Ciências Sociais; Fundamentos da Bioecologia; Fundamentos de Epidemiologia e Método quantitativo; Fundamentos de Planejamento; Saneamento; Vig. Epidemiológica; Vigilância sanitária; Saúde do trabalhador e Ecologia humana; Planejamento; Saúde da mulher e da criança</p>	<p>O primeiro bloco é composto de conhecimentos que dão conta dos fundamentos e conceitos básicos no campo da Saúde Pública.</p> <p>O segundo bloco estará voltado para a prática e as ações que se constituem na prática atual de Saúde Pública</p>
1991	<p>Módulos Básicos: Saúde e Sociedade, Fund. de Ecologia, Saneamento e Vigilância sanitária; Fundamentos de planejamento e Gerência em saúde; Fundamentos de Epidemiologia e Método quantitativo; Atenção à saúde</p> <p>Área de concentração (Optativas)</p> <p>Planejamento, Vigilância da mortalidade; Serviços de saúde e agentes sociais; Vigilância sanitária</p>	<p>O primeiro bloco é composto de conhecimentos que dão conta dos fundamentos e conceitos básicos no campo da Saúde Pública</p> <p>O segundo bloco voltado para áreas específica de atuação no campo de Saúde Pública com aprofundamento teórico-prático. Uma disciplina introdutória à informática com ênfase no MS-DOS, Editor de textos e Lotus antecedente da área de concentração.</p>
1992-1993	<p>Módulos Básicos: Saúde e Sociedade; Fundamentos de Ecologia, Saneamento e Vigilância Sanitária; Fundamentos de Planejamento e Gerência em saúde; Fundamentos de Epidemiologia e Método quantitativo; Atenção à saúde e Sistemas de serviços</p> <p>Área de concentração (Optativas)</p> <p>Planejamento, Epidemiologia; Modelagem de uma unidade de saúde; Vigilância sanitária</p>	<p>O primeiro bloco é composto de conhecimentos que dão conta dos fundamentos e conceitos básicos no campo da Saúde Pública.</p> <p>O segundo bloco voltado para áreas específica de atuação no campo de Saúde Pública com aprofundamento teórico-prático.</p>

¹³ Conjunto de disciplinas.

Ano	Programa	Descrição
1994	<p>Módulos Básicos: Saúde e sociedade; Fundamentos de Epidemiologia e Métodos Quantitativos; Fundamentos de planejamento e Gerência em saúde; Atenção à saúde e sistemas de serviços. Fundamentos da vigilância sanitária</p> <p>Áreas de Concentração (Optativas)</p> <p>Planejamento, Epidemiologia, Modelagem de uma unidade de saúde, Vigilância em saúde</p>	<p>O primeiro bloco composto de conhecimentos que dão conta dos fundamentos e conceitos básicos no campo da saúde pública.</p> <p>O segundo bloco</p> <p>As áreas de concentração comporão um segundo bloco voltado para áreas específica de atuação no campo de saúde pública</p>
1995-1996	<p>Disciplinas: Saúde e Sociedade; Fundamentos de Epidemiologia e Método quantitativo; Fundamentos de Planejamento e Gerência em saúde; Fundamentos da Vigilância em saúde; Atenção à saúde e Sistemas de saúde (somente in 1995); Cidadania e saúde, Administração e avaliação, Modelo assistencial (somente em 1996)</p>	Não consta
1997- 1998	<p>Módulos Epidemiologia e Métodos quantitativos</p>	<p>Investigação: Investigação epidemiológica, de caráter descritivo, sobre agravo(s) à saúde e/ou sobre aspectos relacionados aos serviços.</p> <p>Conteúdos: Delineamento de investigações operativas; matriz de dados; instrumentos de coleta de dados; validade e confiabilidade; fonte de dados demográficos e de morbimortalidade; introdução à amostragem distribuição de frequência; representação tabular e gráfica; medidas de tendência central e de dispersão; estimativas de parâmetros e intervalo de confiança; dinâmica populacional; estimativa de populações; indicadores demográficos e de saúde; variabilidade e comparabilidade entre populações, tipos de estudos epidemiológicos; noções sobre associação estatística; noções sobre significância estatística.</p>

Ano	Programa	Descrição
1997- 1998	Ciências Sociais	<p>Investigação: pesquisa social sobre a população usuária e sua relação com os serviços públicos de saúde</p> <p>Conteúdos: o conhecimento da realidade da pesquisa social no campo da saúde; relação entre processos sociais e saúde; relação entre cidadania e políticas públicas; demandas sociais e reivindicações coletivas; produção do espaço; serviços urbanos e saúde; educação em saúde; o processo de trabalho nos serviços de saúde</p>
Cont.	Gestão, Planejamento e Administração em saúde	<p>Investigação: processamento de um problema no âmbito do planejamento/gestão dos serviços e construção de uma proposta de enfrentamento</p> <p>Conteúdos: Planejamento, programação e avaliação de serviços; funcionamento e gestão de serviços de saúde; modelo assistencial e o Sistema Único de Saúde (SUS)</p>
	Vigilância em saúde (VISA)	<p>Investigação: uma atividade de “monitoramento” das ações de VISA (estudo sobre situações de risco ou de distribuição de um agravo)</p> <p>Conteúdos: bases teóricas e conceituais das ações de VISA; bases legais das VISA; áreas de atuação das VISA; sistema de informação e monitoramento das ações de VISA</p>
1999	Módulo: Introdutório	<p>Ementa: informar aos alunos as características e especificidades da área de saúde pública, suas transformações, seus novos atores e sua constante construção, apresentar aos alunos os recursos existentes para uma pesquisa bibliográfica, fornecer aos alunos os conhecimentos básicos necessários ao uso de microcomputadores.</p>

Ano	Programa	Descrição
1999 cont.	<p>Módulo: Metodologia de investigação em sistemas e serviços de saúde</p> <p>Módulo: Políticas, saúde e cidadania</p> <p>Módulo: Epidemiologia</p> <p>Módulo: Planejamento e Gestão</p> <p>Módulo: Promoção de saúde</p> <p>Modulo: Vigilância à saúde</p>	<p>Ementa: elementos conceituais e instrumentos metodológicos pertinentes à descrição, análise e interpretação dos problemas e propostas de organização do SUS que contribuam para a aproximação entre teoria e prática no trabalho em saúde</p> <p>Ementa: relação entre processos sociais e saúde; relação entre cidadania e políticas públicas, demandas sociais e reivindicações coletivas, a reforma do Estado, a formulação e implementação do SUS, a descentralização, modelos assistenciais e inovações institucionais</p> <p>Ementa: conceitos básicos, tipos de estudos epidemiológicos, estatística e introdução à demografia, métodos epidemiológicos aplicados à avaliação de programas</p> <p>Ementa: dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, enfoques de planejamento estratégico-situacional e sua aplicação enquanto instrumentos de gestão organizacional; métodos e técnicas de programação; principais elementos da avaliação de qualidade em saúde</p> <p>Ementa: Abordagem teórica-prática que possibilite a compreensão de conceitos-chave da estratégia da promoção da saúde, tais como: promoção de saúde como função essencial da saúde pública, promoção de saúde, desenvolvimento e serviços locais, determinantes da saúde, educação em saúde e <i>empowerment</i>, promoção e prevenção, convergência e divergências, saúde da família e promoção, intersetorialidade e cenários de atuação da promoção de saúde</p> <p>Ementa – bases teóricas e conceituais das ações de VISA; bases legais das VISA; áreas de atuação das VISA; sistema de informação e monitoramento das ações de VISA</p>

Fonte: Programa do Cesp-Seca

Observa-se que com a mudança da coordenação, o nome do conjunto dos conteúdos do currículo do curso passam a ter variações de nome como: áreas temáticas, disciplinas ou modulo. Na essência, os conteúdos são os mesmos somente com nomes diferentes. Isso dificulta revelar o embate entre visões diferentes de currículo; parece existir um consenso entre os coordenadores que alguns conteúdos já conquistaram os seus lugares na sociedade.

Um evento interessante acontece nesse ano: os alunos solicitam uma reunião com a coordenação colocando suas preocupações, fazendo um diagnóstico do curso, da habilidade dos alunos e dos professores (Ata da reunião do curso em 1990). Nesta avaliação os alunos mostram suas inquietações, dizem que sentem dificuldades para acompanhar o ritmo de leitura imposto pelas disciplinas e questionam: será que é deficiência na nossa formação? É nossa falta de hábito de leitura? Ou será possível absorver tanto em tão pouco tempo? (Ata da reunião do curso em 1990).

Num mundo em que a produção de conhecimentos adquiriu uma velocidade vertiginosa, esse modo de pensar o currículo pode ficar obsoleto. A flexibilidade, a possibilidade de mudanças frequentes, dependendo dos resultados e do que vai acontecendo no mundo, seria fundamental. A ênfase nos conteúdos também poderia se tornar insustentável: impossível cobrir tudo e impossível atualizar tudo em tempo real. Pela via da necessidade da educação continuada, poder-se-ia convencer os professores de que o estudante, mais que receber toneladas de informações, precisaria aprender o essencial e, mais que tudo, aprender a aprender criticamente (Feuerwerker 2002).

Os alunos também sentem falta de espaço para participar na construção do saber, e mesmo quando solicitado, o debate acontece de acordo com o desejo do professor, ou seja, sem problematizar os assuntos. Eles também mostram as suas preocupações em entender, participar e assistir as aulas, ao invés de só ouvir. Isto pode significar que as aulas eram ministradas da maneira tradicional. As atividades presenciais, basicamente com aulas expositivas, são centradas no professor e com estrutura sequencial numa concepção de que a teoria antecede a prática, reforçando a dicotomia entre reflexão *versus* ação, empírico *versus* teórico. Exemplo do que Paulo Freire (1983) chama de “educação bancária”.

Outra dificuldade encontrada por parte dos alunos do curso de especialização era a exigência do MEC de que os alunos precisavam fazer uma monografia e nessa época não existia ainda uma disciplina de metodologia de investigação que pudesse orientar a sua elaboração. *No primeiro ano, a grande dificuldade que eu notei era dos alunos, eles ficaram desesperados, chegava o final do ano e eles tinham que fazer a monografia, tinha gente que chorava realmente. Eu parei e pensei: eles tem toda razão. Isso porque até aquele momento eles tinham recebido um monte de conteúdos, muito teórico mas não tinham uma diretriz, pelo menos uma disciplina de investigação, por exemplo. Então eles não conheciam, não sabiam fazer uma pesquisa bibliográfica, esses elementos e componentes mais básicos de uma investigação* (E. 10).

Considerando que a qualidade do curso e a sua adequação à realidade sanitária do país era questionada no próprio interior da ENSP seu conteúdo foi reformulado em 1991. A questão que se colocava na época era a adequação do curso a uma necessária instrumentalização do aluno para que ele, sem abrir mão de sua tradição reflexiva e crítica, tivesse condições de fato para melhor operar e intervir no cotidiano de seu trabalho. A isto Arouca (2002) chamou de passagem do pensamento crítico para uma proposta de ação. No documento da proposta do curso, extrai-se a seguinte passagem: *durante muitos anos a ENSP teve um papel fundamental no sentido de “formar uma massa crítica” que dominando o conhecimento histórico e compreendendo a lógica e os determinantes das condições da vida e saúde da população e dos serviços, tivesse uma atuação política nas diversas instituições do país.* (Documento-Proposta de curso para 1991:2). Assim o curso deveria responder à necessidade percebida de melhor capacitação técnica e operativa, principalmente nas áreas de planejamento, administração e epidemiologia. Vale a pena questionar como a ENSP pode desenvolver espírito crítico com uma pedagogia conservadora, eixo central da sua didática dentro da sala de aula. Para isso a escola precisaria se olhar criticamente para poder colocar em ação um “espírito crítico”. Também seria necessário investir na formação pedagógica dos seus professores, ter projeto pedagógico institucional, onde todos os envolvidos pudessem discutir a formação em saúde pública com os modelos mais atuais, assim rompendo os seus laços com a pedagogia tradicional. Além disso, seria necessário ter um sistema de avaliação que pudesse avaliar a qualidade e o desenvolvimento das novas ações e propor mudanças quando for necessários. Sem tais ações, resta somente o jogo de palavras.

Na estrutura curricular, o que se chamava “áreas temáticas” passou a ser chamado de “módulos básicos”. Em 1991 também foi criado o que se chamou “áreas de concentração”¹⁴ como conteúdo optativo. As três áreas de saberes (Ciências Sociais, Epidemiologia e Planejamento) continuam, mas por outro lado os conteúdos de Bioecologia, Saneamento e Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador que no ano anterior eram disciplinas independentes, são incorporadas em um módulo único. Saíram do programa do curso como disciplinas independentes as disciplinas Saúde do Trabalhador e Saúde da Mulher e da Criança. Os conteúdos da primeira foram organizados sob a forma de curso de especialização, em 1991 e a segunda como curso de aperfeiçoamento em 1993.

Um novo módulo de “Atenção à Saúde” foi introduzido, já que o currículo do curso havia se afastado da problemática do cuidado à saúde das pessoas, e enfatizando, por um lado, aspectos vinculados a condições de vida e saúde como Epidemiologia e Saúde e Sociedade, e por outro, as questões ligadas à intervenção através das Políticas de Planejamento, Administração e Vigilância. A ausência da questão da Atenção a Saúde no currículo deixava uma lacuna entre aqueles dois grandes campos de conhecimento (Documento produzido pela responsável dessa área em 1991).

Entre 1992 e 1993, uma desarticulação entre os conteúdos é relatada pela responsável dessa área. *O curso não tinha um eixo, era uma série de conteúdos pouco articulados, as disciplinas não se articulavam no nível de conteúdos* e segundo o entrevistado, providências foram tomadas para minimizar o problema: *introduziu um eixo, adequou as disciplinas, mas a ideia do segundo ano formar uma pessoa com capacidade crítica e capacidade de resolução dos problemas dos usuários do serviço de saúde implicava em dar para essas pessoas as ferramentas de pesquisa em serviço* (E. 10).

Houve uma mudança em um dos módulos básicos. A disciplina Serviço de Saúde foi transferida da Área de Concentração e seus conteúdos foram incorporados à disciplina de Atenção à Saúde, formando um novo módulo denominado Atenção à Saúde e Sistemas de Serviços. Em relação a essa mudança, um seminário com os alunos e os coordenadores das áreas foi organizado com o objetivo de verificar como o curso poderia responder melhor às demandas de serviço de saúde e preparar os alunos para que eles pudessem melhorar sua

¹⁴ Áreas de concentração do conhecimento.

prática com capacidade crítica e instrumental de atuar. A introdução da área de concentração foi uma tentativa de aproximar a formação geral com a formação especialista. Pois o curso mesmo sendo chamado Curso de especialização na verdade forma os alunos com uma visão geral de saúde pública. [...] *Essa história dos cursos de especialização entrou meio em crise [...] o curso básico de saúde pública dava aquela visão geral, formava o generalista que sabia um pouco de todas as áreas e quem queria se especializar fazia o (curso) de especialização em epidemiologia e um outro, quando esses cursos acabam (fica) a questão: mas esse profissional, será que ele deve ter uma visão geral do básico mas também uma formação mais especializada? Foi aí que surgiu essa idéia de áreas de concentração* (E. 10).

Uma dificuldade percebida pela coordenação foi a desarticulação entre os conteúdos do curso, pois cada docente, por ser autônomo, ministrava a aula da maneira que achava que deveria ser. [...] *A primeira coisa difícil foi tentar articular, porque os professores já tinham (algo) na sua cabeça, cada coordenador de disciplina tinha ideia do que eles deviam dar, [...] a gente mexeu na sequência e também nos conteúdos, tentou articular a administração com a epidemiologia, (professores e coordenadores) sentaram junto e montaram a disciplina juntos. No segundo ano do curso, a dificuldade maior foi a de discutir com os professores [...]* (E. 10).

Em 1995, o programa do curso rompe com a estrutura modular e retorna para a estrutura disciplinar. Também foi retirada a área de concentração que era optativa. As áreas de conhecimento dentro da estrutura curricular continuam as mesmas do ano anterior. As disciplinas são: Saúde e Sociedade; Fundamentos de Epidemiologia e Métodos Quantitativos; Fundamentos de Planejamento e Gerência em Saúde; Atenção à Saúde e Sistemas de Saúde. Ainda naquele ano os docentes mostram suas insatisfações e discutem a importância de repensar a estrutura, a forma, a pedagogia e os objetivos, não somente do curso de especialização, mas também do curso de Residência em Medicina Preventiva e Social.¹⁵

¹⁵ A clientela da residência era composta por médicos e não-médicos. Mas diante de uma lei específica da Residência Médica (Decreto nº 80.281 de setembro 1977), o curso foi dividido em duas turmas: uma exclusiva para médicos e outra para outros profissionais de saúde interessados pela temática. Através de convênio, a inscrição e seleção dos médicos eram organizadas pela Secretária Municipal de Saúde. Após a

A preocupação dos docentes vinculava-se à necessidade de contar com quadros técnicos qualificados na área de saúde pública no contexto da implantação do SUS. Os programas de formação de sanitarista na ENSP (Especialização e Residência) não respondem adequadamente às exigências do SUS. Artmann e Schramm (1995), apontaram como nós críticos: metodologia pedagógica ineficaz; critério de avaliação dos cursos inadequado; e circunscrição da definição de disciplinas ao conhecimento acadêmico existente na ENSP em detrimento de uma organização de conteúdos por problemas.

Considerando que o diagnóstico de que o principal impedimento para o desenvolvimento do SUS era o modelo assistencial inadequado, este foi escolhido como o tema a ser introduzido no curso no ano seguinte, junto com a nova metodologia de abordagem pedagógica por problemas. Porém esta abordagem pedagógica não foi adotada, pelas seguintes razões, entre outras: despreparo dos docentes e da coordenação do curso nesta metodologia e o pouco tempo hábil para discussão e preparo do módulo (Artmann & Schramm, 1995).

Ainda em 1995, o programa da residência é incorporado ao programa do curso. Houve fusão dos mesmos no bloco teórico com o argumento de que os blocos seriam os mesmos e que o que os diferenciaria era o campo prático e que a troca de experiências poderia ser enriquecedora entre profissionais recém-formados (os residentes) e profissionais com experiência (os alunos do Cesp) (Artmann & Schramm, 1995).

Em 1996, a disciplina Atenção à Saúde e Sistemas de Saúde foi substituída pela disciplina Modelo Assistencial. Foi também introduzida uma nova disciplina: Administração e Avaliação. Em 1997 e 1998, a estrutura do curso volta a ser modular. Os módulos são: Epidemiologia e Métodos Quantitativos; Ciências Sociais; Gestão, Planejamento e Administração em Saúde; Vigilância em Saúde. O curso retorna com os seus módulos

conclusão do curso, os médicos recebiam certificados de Residência em Medicina Preventiva e Social, com visto e carimbo do Conselho Federal de Residência. Os não-médicos eram atendidos pela própria ENSP que providenciava as inscrições e o processo seletivo. Esse público era graduado em Psicologia, Enfermagem, Assistência Social e Nutrição. Os alunos que terminavam o curso recebiam o certificado de conclusão do “Curso de Especialização em Saúde Pública em Nível de Residência”. O Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social (com dois anos de duração) começou em 1979. Entre 1980 e 1985, a ENSP ofereceu este mesmo curso com um ano de duração. A partir de 1986, o curso voltou a ter dois anos de duração e a partir de 1989, foi nomeado Curso de Residência em Saúde Pública (Nunes, 1998:94). A última Residência em Medicina Preventiva e Social foi oferecida em 1997.

tradicionais. O ano de 1997 foi o último ano que a ENSP ofereceu o curso de residência. *A escola extingue a Residência em Medicina Preventiva, a especialização vira o único lugar para formação inicial do sanitarista* (E. 8).

Entre 1990 e 1996, o programa do curso incluiu a área de Saúde e Sociedade. Isso suporia que as Ciências Sociais foram percebidas como elemento importante e de integração de outros conteúdos. No final da década de 1990, segundo um dos coordenadores houve uma definição política, de caráter interno, adotada pelo diretor da Escola de que a formação básica em saúde pública não deixaria de ser ofertada, embora houvesse clareza sobre a necessidade de se implementar modificações na estrutura do curso, já que deixara de ser atrativo para o sistema de saúde.

Diante disso, em 1999, o conteúdo do programa foi modificado e nota-se pela primeira vez a existência de uma ementa descritiva sobre a organização do curso. As alterações foram feitas em duas etapas sendo a primeira neste mesmo ano de 1999. Além dos conteúdos tradicionais como Ciências Sociais, Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde, como pilares desta formação agregaram-se ao currículo do curso duas novas áreas: Vigilância e Promoção de Saúde.

3.2.4 O novo milênio

O Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2000:165-166), no capítulo Democratização das Informações: "As Políticas de IEC (Informação, Educação e Comunicação) salienta a importância da promoção de saúde da seguinte maneira: *a promoção da saúde abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde*".

Segundo Buss (1999), a promoção da saúde consistiria em atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, enfocando os seus modos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das "culturas" da comunidade em que se encontram. Neste contexto, os programas de promoção da saúde

tenderiam a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados à riscos comportamentais, que se encontrariam, em parte, sob o controle dos próprios indivíduos.

Segundo o autor, as Escolas de Saúde Pública, a ENSP em particular, implementam, através da estratégia Escola de Governo, a proposta de preparar quadros para a melhoria da qualidade da gestão em saúde. Essas deveriam considerar a necessidade de inserir nos currículos de formação dos dirigentes o campo da IEC, que seria capaz de responder, com um grau desejável de eficácia e eficiência, os desafios colocados pelo quadro epidemiológico, no qual predominam as doenças para as quais as transformações nos estilos de vida são decisivas. Além disso, desenhar projetos de pesquisa para responder às indagações necessárias para a formulação de programas de promoção da saúde.

No ano 2000, ocorreu a segunda mudança no programa do curso. Nesse ano, o curso sai da estrutura modular e vai para uma estrutura que o coordenador chama blocos temáticos. *O módulo na verdade tradicionalmente representa um conjunto de disciplinas, [...] o bloco temático, para a gente [...] é mais que um conjunto de disciplinas, porque o módulo de disciplinas funciona isoladamente. No bloco temático a ideia é que [...] as fronteiras entre as disciplinas sejam meio borradas, um entra no outro, mas que (se) complementam [...]* (E. 8) (Quadro 9). Forquin (1993) considera também que blocos temáticos supõem a estreita colaboração de vários professores vindos de diferentes especialidades.

Quadro 9 - Estrutura Curricular do Curso de Especialização em Saúde Pública entre 2000 – 2006

Ano	Programa	Descrição
2000-2001	Vertentes: Promoção de saúde, Vigilância em saúde e Investigação em saúde	Através delas serão ordenados os seguintes temas. Políticas públicas; Saúde e Sociedade; Epidemiologia, Estatística; Demografia e Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde.
	Bloco 1: introdutório	Serão oferecidas, de forma optativa, atividades nas áreas de informática e matemática Oferecer ao aluno uma visão geral da área de saúde pública, nas suas principais vertentes. Ao final do bloco, o aluno participará de uma oficina de síntese pra ser verificar a apreensão dos conceitos-chave
	Bloco 2: saúde, meio ambiente e sociedade	Descrição: o bloco é composto pelas áreas de estatística, epidemiologia e ciências sociais, buscando uma integração dos conceitos advindos dessas áreas com os eixos promoção de saúde e vigilância em saúde

	Bloco 3: sistemas, serviços e práticas	Descrição: o bloco é composto pelas áreas de políticas, planejamento, gestão, buscando uma integração dos conceitos advindos dessas áreas com os eixos promoção de saúde e vigilância em saúde
		Não consta
	Bloco 4: experiências de promoção em saúde, vigilância em saúde e avaliação	
2002-2006	Bloco 1: Saúde Pública: desafios e perspectivas Bloco 2: saúde, ambiente e sociedade Bloco 3: sistemas, serviços e práticas de saúde Bloco 4: vigilância em saúde e promoção de saúde na organização em saúde	Três eixos temáticos como Vigilância em saúde, Promoção de Saúde num contexto de reconstrução de modelos de atenção o curso vai de encontro as chamadas funções essenciais da Saúde Pública, procurando construir competências específicas para cada um de suas onze funções. Seus blocos temáticos inserem-se nos cinco eixos de ensino estratégico, definidos no âmbito da Coordenação de Escola de Governo

Fonte: Programa do Cesp-Seca

Segundo um dos entrevistados, o curso forma dois tipos de profissionais e o conteúdo tem que se ajustar às necessidades dos mesmos. Um desses tipos de profissionais são aqueles que saem direto da universidade para esta formação, ou seja, recém-formados. Para estes o curso tem que fornecer as bases de sua formação no campo da saúde pública, tanto no campo de conhecimento como no campo das práticas. O outro grupo são os profissionais que atuam nos serviços de saúde e que enfrentam problemas no cotidiano desses serviços e que buscam no curso reflexão sobre essas questões.

Alguns conteúdos entram com grande peso no currículo do curso para a formação dos profissionais dos serviços de saúde. Por exemplo, as Vigilâncias que passam a expressar um conjunto de práticas dentro do sistema de saúde. Também as novas leituras sobre a Promoção de Saúde, que foi lançada como parte da política de saúde a partir dos anos 1986 pela Organização Mundial de Saúde e, de acordo com um dos entrevistados, passam a fazer parte dos conteúdos do curso com uma perspectiva de responder às novas concepções de saúde. Comparando esses novos conteúdos com os anteriores podemos perceber que apesar de ainda gerais, passaram a compor um leque importante de conhecimentos abordados nas disciplinas do curso.

Outro conteúdo que adquire força nessas reformulações é o da avaliação, principalmente para aqueles alunos profissionais dos serviços de saúde porque vêm com a perspectiva de pensar mecanismos que os possibilitem avaliar suas práticas. Para poder incorporar esse tema ao programa era necessário diminuir os conteúdos que antes eram estudados com mais profundidade como, por exemplo, o método epidemiológico. Um dos coordenadores explica essa troca da seguinte maneira: *toda discussão da epidemiologia analítica, os estudos epidemiológicos, o caso-controle, passa a ser um problema se esses estudos cabem ou não nesta formação. Eu deixo para uma formação stricto sensu, alguma coisa vai ter que sair, eu não posso reduzir um curso introduzindo novos campos temáticos sem reduzir alguma coisa. Então [...] o aluno não vai sair daqui sabendo fazer um estudo de caso-controle ainda que ele tenha que saber que existe este estudo. Ele vai procurar em outro curso, ou ele vai fazer uma especialização em epidemiologia, caso encontre, ou ele vai para o mestrado e vai então estudar esse tema* (E. 8).

Segundo um dos coordenadores, uma área contestada é a da vigilância epidemiológica tradicional, porque ela tem duas características que precisam ser revistas no curso. A primeira é que ela deve ser um monitoramento que se reflete em uma ação sobre o fato. A segunda é que ela precisa assumir o papel de formadora e passa a ser uma instância que vai criar na população um conhecimento que lhe permita enfrentar os riscos. Isso traz uma conotação educacional que ainda não está posta na formação.

A ausência da abordagem educacional na formação dos profissionais de saúde é outra dificuldade, mesmo que hoje ela esteja enunciada nas políticas de saúde. Outra área em que essa ausência é vista é na promoção de saúde, pois supõe uma concepção de saúde que não se restringe à ausência de doença, mas sim sobre condições de vida da população, excede a prestação de serviços clínico-assistenciais, presumindo ações intersetoriais que envolvem a educação e a possibilidade de construção de autonomia do sujeito durante a sua vida. [...] *Essa autonomia a própria promoção diz que vai ser dada nos processos educacionais, (mas) onde está na formação do sanitarista uma reflexão sobre isto? [...] A educação é uma prática social que cruza todas as outras práticas sociais, incluindo a prática de saúde. [...] Mas como ela pode ser um componente do trabalho em saúde se ela está ausente na formação desses profissionais? O nosso curso ainda é espelho da forte*

ancoragem que o campo da saúde pública fez em torno da epidemiologia clássica, do planejamento e da gestão (E. 8).

Segundo o mesmo coordenador outra área que teve redução de carga horária foi “Saúde e Sociedade”. Até o final da década de 1990 esta disciplina era considerada importante e eixo integrador do curso. Para este coordenador uma discussão que faltou na formação do profissional de saúde é se esse profissional tem a capacidade de formular uma crítica em relação às questões do campo da saúde.

3. 2.5. A interdisciplinaridade

A saúde é uma área interdisciplinar e a integração de disciplinas nos cursos que preparam profissional de saúde para atuar nesse campo poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e eventualmente com a sua transformação. A interdisciplinaridade aponta para a necessidade de superar a visão fragmentadora de produção do conhecimento, como também de articular e produzir coerência entre os múltiplos fragmentos que estão postos no acervo de conhecimentos da humanidade (Lück 2005). O objetivo da interdisciplinaridade é o de promover a compreensão da complexidade da realidade. Ela é o processo que envolve a integração e engajamento de educadores em um trabalho conjunto de interação das disciplinas do currículo ente si e com a realidade de modo a superar a fragmentação do ensino. Para Japiassu (1976) *a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa.*

Segundo Gomes e Deslandes (1994), a saúde pública se configura como campo político, onde prevalece a hegemonia de uma disciplina sobre as outras ou às vezes uma articulação cooperativa entre elas. Porém a relação de forças neste campo é um forte componente relacionado à consciência social e política que se verifica no confronto das práticas. Os autores apontam alguns obstáculos à interdisciplinaridade no campo da saúde pública: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde; os espaços de poder que a disciplinarização significa; a estruturação das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes sem nenhuma comunicação entre si; e as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

De forma complementar, Meireles e Erdmann (1999) consideram que só se pode falar em interdisciplinaridade a partir do momento em que essa comunicação ou diálogo gerar integração mútua dos conceitos entre as disciplinas, constituindo assim novo conhecimento ou buscando a resolução para um problema concreto.

A questão de interdisciplinaridade e a sua importância na organização do curso foram assuntos discutidos por Artmann e Schramm (1995). Elas acreditavam que ainda haveria enorme dificuldade neste ponto e seria preciso melhorar os conteúdos se a interdisciplinaridade deixasse de ser um novo “jogo de palavras” e passasse a ser um meio de conseguir uma melhor formação geral e também profissional.

Essa mesma questão foi trazida por outro entrevistado que faz um alerta sobre a necessidade de trabalhos interdisciplinares ou, no mínimo, de cooperação entre docentes de áreas diferentes: *[...] se o docente tem dificuldade de produzir diálogos com disciplinas diferentes, não adianta eu dizer que eu vou ter um curso interdisciplinar [...]. Temos dificuldades [...] de produzirmos um pensamento complexo, que é o pensamento que vai nutrir a ideia de saúde como um campo interdisciplinar de conhecimento. Estamos muito afeitos ainda a disciplinariedade* (E.8) Para ele, o curso precisa incorporar na sua estrutura curricular a interdisciplinaridade, na qual seus conteúdos possam se articular. Há necessidade de um diálogo dos docentes com os conteúdos.

Observa-se que o currículo interdisciplinar não aparece no curso e nem na fala de maioria dos coordenadores. Para ter um currículo interdisciplinar seria necessário melhorar os conteúdos do curso, criar o diálogo entre as disciplinas, entre os professores e também obter o apoio institucional. Provavelmente com a falta de disponibilidade dos envolvidos na organização do curso seria difícil aprofundar a questão de interdisciplinaridade na pauta de discussão e reformulação do curso.

3.2.6. O currículo como campo de embates

Moreira e Silva (2002) consideram o currículo como uma “área contestada e uma arena política”. O estudo da trajetória do Cesp demonstra como, a partir dos meados dos anos 1970, os conteúdos referentes às Ciências Biológicas cederam gradativamente o seu lugar para outros campos de conhecimento. Fazendo a análise dos documentos do Cesp,

percebe-se que mais recentemente os currículos têm sido formulados buscando desenvolver nos alunos uma visão crítica e as Ciências Sociais ocupariam um eixo central nessa formação. Além das Ciências Sociais, a Epidemiologia e Administração destacam-se no conteúdo curricular do curso. Essas mudanças curriculares se concretizaram porque venceram o embate foram determinantes nas transformações na arena sócio- política e econômica no país e no contexto de saúde. Essas transformações refletem as lutas do setor saúde, mais especificamente a saúde pública..

De acordo com um dos entrevistados, o que está existindo hoje é uma proposta de modelo de atenção e cuidado que pretende instituir uma nova prática de saúde cuja atuação não seria centrada no médico, mas sim no usuário. Essa proposta poderia trazer implicações no processo de formação e nos conteúdos das disciplinas do curso porque ainda existe a hegemonia das áreas acima mencionadas. Podemos estender nossa reflexão para além do âmbito da ENSP. Para isso recorreremos a Forquin (1992), o qual considera que a questão da escolha dos conteúdos do ensino e de sua incorporação nos programas institucionalizados fazem parte das relações e características estruturais da sociedade; e em nosso caso podemos dizer no contexto da saúde. Do ponto de vista desse autor, a escolha dos conteúdos curriculares não é somente um local onde circulam “fluxos humanos”, onde se investem e se geram riquezas materiais, onde se travam interações sociais e relações de poder; ela é também um local de gestão e transmissão de saberes. Por esta razão “a questão do currículo como forma institucionalizada de estruturação e de programação de conteúdos de ensino deveria estar no centro de toda reflexão sociológica sobre a educação” (Forquin 1992).

Percebe-se que alguns dos coordenadores enfrentam dificuldades para trazer novos campos de conhecimento para dentro do currículo, o que mostra o embate curricular do curso. Segundo um deles [...] *a gente luta fortemente com os resquícios desse tempo que é a hegemonia [...] do pensamento da gestão da administração na formação do sanitarista [...].* De acordo com Silva (2007), o currículo não é meramente a transmissão de fatos e conhecimentos objetivos, é no vivenciar deste currículo que os significados sociais [...] *não são simplesmente significados que se situam no nível da consciência pessoal ou individual. Eles estão estreitamente ligados a relações sociais de poder e de desigualdade.*

Trata-se de significados em disputa, que são impostos, mas também contestados (p. 55-56).

De fato, o problema é complexo. O currículo é a expressão do equilíbrio de interesses e forças que operam no sistema educativo em dado momento e está relacionado com a questão do poder, transmitindo visões específicas sobre a sociedade e seus valores. Os processos de mudanças curriculares sempre envolveram disputas e negociações complexas (Silva, 2007). A definição da carga horária das disciplinas ou módulos reflete o jogo de poder entre os departamentos e entre os professores. A carga horária depende tanto da relevância do conteúdo quanto da influência dos docentes. Vimos que o processo de inovação curricular nos anos 2000 trouxe modificações relevantes nos conteúdos do curso. A reorientação curricular é um processo que causa intensa contestação e diminui o tempo de dedicação ao curso pelos docentes e coordenadores.

Segundo Bourdieu (1983), os campos são formados por espaços estruturados de posições e os sujeitos estão constantemente em uma posição específica no campo. O poder dos agentes depende da posição no campo e eles sempre buscam um espaço mais privilegiado dentro do campo. Para o autor não há campo sem luta por posições de poder. Para que um campo funcione é preciso que haja objetos de disputa e pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de *habitus* que impliquem no conhecimento e no reconhecimento das leis imanentes do jogo e dos objetos de disputa.

Outro ponto no desenvolvimento do currículo que parece mais valorizado no objetivo do curso nos anos recentes é a prática da investigação científica e essas prioridades de investigação talvez não contribuam para as demandas na prática profissional. Segundo Ribeiro (2003), a seleção e a organização dos conhecimentos científicos influenciados pelo ambiente acadêmico reproduzem a sua lógica de transmissão do conhecimento teórico e estabelecem desafios para a sua articulação com a prática.

4. Interfaces do curso com o sistema de saúde: a relação entre teoria e prática

A relação entre teoria e prática é um elemento articulador na formação. O diálogo entre estes dois campos é primordial porque um completa o outro. Fomos buscar quais iniciativas os coordenadores utilizaram no desenvolvimento do curso para aproximar a teoria da prática e como a prática influenciou no planejamento do curso. A utilização da

teoria na prática ficou evidenciada pelas respostas de alguns dos entrevistados. Para um dos entrevistados *eles iam para o computador, rodavam dados, analisavam tabelas era bem equilibrado, era um momento exatamente para fazer isso, juntar a teoria e aplicar em algum exercício prático, em algum serviço* (E. 10).

Segundo o mesmo entrevistado, o curso iniciava com aulas teóricas e para aproximar a teoria da prática foi feita a seguinte mudança: *[...] começa na primeira disciplina uma discussão e uma reflexão sobre o serviço deles e o que eles gostariam de estudar [...] de se capacitar e voltar a interferir. Eu acho que já foi uma forma de tentar aproximar exatamente a prática deles e a investigação [...] eram questões (relacionadas ao) serviço deles, a gente foi ao longo do curso trabalhando; quando estava na epidemiologia eles faziam o exercício dos serviços deles, de vigilância ou de epidemiologia dentro desse eixo da investigação em serviço* (E. 10).

Para outro coordenador, no entanto, o curso não acompanhava o que acontecia na prática do serviço: *a gente não acompanhava. Eu acho até que tem uma defasagem muito grande entre os fatos e as transformações do SUS, dentro do próprio serviço e aquilo que a gente oferece [...]. Na minha época eu acho que a gente ficava muito longe de passar para o aluno de fato o que estava acontecendo dentro do sistema [...]. Tem uma prática, tem uma velocidade de resposta que você só dá quando você está lá dentro do serviço e eu acho que para nós aqui essa realidade é muito distante* (E. 9).

A coordenação do curso em diferentes épocas tentava fazer essa aproximação entre teoria e prática e a dificuldade de aproximar estes dois campos reflete-se tanto nos depoimentos quanto nos documentos. Observa-se que na ata da reunião da coordenação do curso em 1997, além dos coordenadores das áreas e representantes dos alunos também estavam presentes o representante da Secretaria Municipal de Saúde e o representante do Centro da Saúde da ENSP. Nessa mesma reunião foi discutida a deficiência na integração entre o curso e o serviço. Os alunos também apresentaram suas dificuldades em relação a essa questão. Vários coordenadores fizeram comentários sobre a necessidade de estreitar a relação do curso com os serviços. Ainda foram feitas sugestões para amenizar o problema: definir um docente de cada módulo para ser responsável pela articulação com os serviços; que as propostas das atividades práticas dos próximos módulos fossem apresentadas e discutidas em conjunto com os supervisores de campo; que deveria ser reavaliada a

proposta de incluir unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como campo de prática para os próximos módulos (Ata da reunião de 26/05/1997).

Em relação ao distanciamento da teoria e da prática no curso, E.6 afirma o seguinte: *é complicado, porque tem esse distanciamento, hoje ainda está maior, da escola em relação ao serviço. O que se tinha era alguma atividade na unidade de saúde, mas isso também não durou muito não. As atividades práticas eu acho que elas foram aos poucos diminuindo, quando eu fui coordenador, eu me lembro que não havia mais as atividades de campo; começou a ficar um curso exclusivamente teórico* (E. 6).

Depoimento de outro coordenador mostra esse desafio de aproximar teoria e prática dentro do curso: *[...] no Brasil a gente tem pouquíssima experiência de [...] práticas intersetoriais; então quando a gente enuncia que a saúde é um campo intersetorial de práticas fica sempre a pergunta: como fazer? [...] a ideia de ir à escola falar sobre a saúde, isso não é uma prática, pra mim isso é muito simplório, [...] fica muito mais um discurso teórico, propriamente dito, do que uma formulação prática, uma reflexão em torno de uma prática real. [...] Esses são os desafios que não são de solução simples* (E. 8).

E.7 diz o seguinte: *[...] são nessas mudanças, nessas revisões que a gente vai se atualizando com a prática, se atualizando com o que está acontecendo de boas experiências dos serviços. A gente convida pessoas, [...] a gente convidou o pessoal responsável em Curitiba pela Rede de Serviços para discutir a questão de rede, como também convidamos uma gestora de um hospital que estava trabalhando em uma gestão bem avançada. [...] A cada ano a gente promove casos e coloca os alunos para entrarem em contato com o serviço, mas não é um curso de treinamento em serviço, é um curso de formação, a gente não tem como objetivo estar com os alunos dentro dos serviços de saúde de aprender a lidar no dia a dia com esses serviços. O curso não é uma residência que teria esse compromisso de estar envolvido com a prática no seu dia-a-dia* (E. 7).

Um pequeno caso que aconteceu no curso em 2001 é relatado por um dos coordenadores: no final do terceiro bloco teórico, os coordenadores fizeram uma avaliação com os alunos. A queixa dos mesmos era que o curso era muito teórico e estava lidando muito pouco com os problemas da prática deles. Foi decidido que o bloco seguinte se iniciaria com uma

oficina onde os alunos poderiam trazer os problemas da sua prática e a coordenação se comprometeu em separar a metade final do bloco para trazer pessoas para discutir sobre os problemas da prática dos alunos.

Segundo o coordenador o resultado foi uma “catástrofe”, pois eles não sabiam formular os problemas da sua prática e acabaram por formular generalidades. Esse acontecimento não foi ruim somente para os alunos, mas também foi um alerta para a coordenação. [...] *como eu posso chegar à última metade do curso, com alunos que já passaram por uma discussão do planejamento e seguem não conseguindo formular o que são problemas reais da sua prática e seguem formulando generalidades; então nesse sentido, isso também foi um alerta de que algo na estrutura do curso – o conhecimento existente – não estava dando resposta* (E. 8).

Observou-se através da análise dos programas do curso que no decorrer dos anos estudados ele se afastou cada vez mais da integração entre teoria e prática e se aproximou da investigação científica. Para Schön (2000), dois pressupostos dentro das instituições de ensino superior são cada vez mais questionados. O primeiro é a ideia de que a pesquisa acadêmica rende conhecimento útil e o segundo é a ideia de que o conhecimento ensinado nas escolas prepara os estudantes para demandas de prática.

Para os entrevistados, o Cesp não é uma residência e também não é um treinamento em serviço, o que dificultaria a inserção dos elementos reais da prática dentro do currículo. Comparando com os cursos descentralizados o Cesp tem uma clientela mista, ou seja, alunos provenientes de serviços de saúde e outros não, e não há espaço para pactuar com o serviço como era feito nos cursos descentralizados, pois a política da ENSP é oferecer um curso aberto à sociedade. Desse modo, pactuar com um serviço específico significaria especificidade para aquele serviço e o não atendimento da sociedade como um todo.

Schön (2000) tem deixado cada vez mais claro a sua preocupação com a distância entre o conhecimento dominante na escola e as competências exigidas dos profissionais no seu campo de atuação. Os educadores de um modo geral estão preocupados em ajudar os alunos a aprenderem a agir de forma competente em situações reais em que não há respostas certas ou procedimentos padrão e expressam a sua insatisfação com o currículo profissional que não é capaz de preparar os alunos para atuação competente em zonas

incertas de prática. É possível que as raízes da distância existente entre escola e local de trabalho, entre teoria e prática, levem a uma concepção errônea da competência do profissional e da sua relação com a pesquisa acadêmica e científica.

A formulação das disciplinas pode depender de iniciativas individuais dos docentes e coordenadores, sem que necessariamente a cultura institucional tenha incorporado a necessidade de uma discussão mais coletiva sobre as formas como a prática em saúde pode influir nos conteúdos dos cursos. Os congressos científicos, particularmente os encontros da Abrasco tiveram uma grande influência nesse sentido. Segundo um dos gestores da instituição *encontros que a Abrasco promove, também têm pequenos blocos de formação de pessoas nos vários campos da saúde pública e é um momento de muita importância na influência sobre os cursos, [...] porque nesses congressos se discute ciências, se discute a conjuntura de saúde e isso traz para as instituições todas, trás para nós aqui da Fiocruz renovações nos pensamentos dos cursos*. Os documentos e entrevistas mostram que a prioridade e a prática na definição do currículo variou de coordenador para coordenador.

5. Perfil da formação de sanitarista (especialista ou generalista)

O especialista em saúde pública ainda é uma titulação em nível de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) aberto a profissionais de diferentes áreas de graduação como médicos, dentistas, veterinários, cientistas sociais, entre outros. Ou seja: o especialista em saúde pública vem de uma formação multiprofissional. Os profissionais da área biomédica são formados na graduação para focar sua atenção em diagnósticos e cura de indivíduos. A especialização em saúde pública, troca o enfoque individual pelo enfoque chamado coletivo. A preocupação do profissional não é mais uma preocupação com os indivíduos doentes, mas com a população. O especialista em saúde pública é aquele capaz de entender a realidade da saúde da população e utilizar os recursos institucionais e sociais, não apenas os do aparelho de Estado e os das organizações públicas, mas também da própria sociedade, para organizar um programa que implemente e melhore a saúde e a qualidade de vida dessa população.

O mundo do trabalho está constantemente em transformação e os profissionais também devem se atualizar da mesma forma para poder responder às demandas da sociedade. No caso da saúde pública, o questionamento é antigo. Segundo um entrevistado, *o conjunto de*

conteúdos necessários para a formação de um especialista em saúde pública me leva a outra pergunta: quem é esse sanitarista que eu quero formar? (E. 8).

A formação do especialista em saúde pública abrange muitos profissionais que já estão nos serviços de saúde. O curso de especialização ampliaria sua visão convidando-os a refletir sobre a sua prática. De acordo com Mattos (2009), nos anos 1970 e início dos anos 80 o 'sanitarista' foi um ator social importante no movimento democrático no país e na construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário para a população. [...] *Pois é, isso era uma grande discussão de qual era o perfil do especialista em saúde pública porque o curso de saúde pública em um determinado momento formava mais pessoas com capacidade crítica, ou seja, para lutar pela mudança do sistema, do que pessoas com ferramentas técnicas para interferir e implementar as mudanças desejadas. Assim qual seria o perfil do aluno: o que é esse especialista? É sanitarista? Não é sanitarista? Essa era a grande discussão da época [...]* (E. 10).

A noção geral de saúde pública no Brasil modificou-se quando o SUS foi instituído. Segundo Mattos (2009) não se sabe mais o que é fazer saúde pública sem o SUS. Considerando o movimento sanitário como o grande responsável por isso, Mattos refere-se à flexibilidade, no sentido de ter um conjunto de conhecimentos amplos para o enfrentamento de algumas das questões e problemas que aparecem no campo da prática, como um desafio importante para a formação em saúde pública. Um dos gestores da instituição definiu assim o sanitarista: [...] *não é o cara que entende das funções, da atenção. O sanitarista hoje é o cara que pode ver o conjunto todo do sistema, ele é um gestor, um operador das grandes funções do sistema de saúde, inclusive a organização da atenção individual [...]. Ele é hoje o profissional da gestão do SUS ou das grandes funções do SUS; então o nosso curso passou a formar esse tipo de gente, passou a dar essa visão, espécie de um generalista para gestão do SUS que é diferente do perfil do sanitarista antigo* (E. 4).

Outro gestor da Instituição define o papel do especialista desta maneira: [...] *é aquele que seria capaz de entender a realidade da saúde da população e utilizar os recursos institucionais e os recursos sociais, para organizar um programa que implemente e melhore a saúde e a qualidade de vida dessa população[...].* Observa-se que existem diferentes definições do perfil do sanitarista e uma questão que dificulta a definição de

especialista é a falta de uma carreira de sanitaria no serviço público. Por outro lado a complexidade do serviço de saúde não permite ter essa definição. Para Wagner (2009), 'sanitaria' é um nome que não se utiliza mais, pois quem atualmente trabalha com saúde coletiva/pública se torna um “especialista em saúde coletiva/pública”.

De acordo com um dos depoimentos, a saúde pública experimentou nos anos 1990 uma tendência de “superespecialização” apoiada pelos programas de mestrado e doutorado, ou seja, uma formação especializada dentro do subcampo da saúde pública como, por exemplo, epidemiologia e planejamento, entre outras. Essa mudança se refletiria nos perfis dos alunos que hoje são os gestores dessa área e que começam a exigir formação e especialização mais aprofundadas na área da saúde pública.

6. Relação entre o curso e a pós-graduação *stricto sensu*

A ENSP viveu momentos gloriosos, principalmente a partir da autonomia de organizar os seus cursos na década de 1960 e na época que oferecia cursos de especialização e cursos descentralizados quando tinha como prioridade a formação para os serviços de saúde. A partir de 1986 ela começa a trazer pesquisadores convidados e cria um núcleo de pós-graduação, fortalecendo assim essa modalidade de ensino. Neste momento, houve o desenvolvimento da pós-graduação no Brasil, consequência da implementação dos três Planos Nacionais de Desenvolvimento, do Plano Setorial de Educação e Cultura e do plano Básico de Desenvolvimento da Ciência e Tecnologia (Ferreira & Moreira, 2002 *apud* Pereira Neto, 2004). Diretamente vinculados aos objetivos da Capes, foram elaborados o Plano Nacional de pós-graduação e o Conselho Nacional de pós-graduação (Pereira Neto, 2004). No contexto da Fiocruz quanto à *pós-graduação lato sensu e stricto sensu devem ser estabelecidas prioridades e estratégias de ação em termos de formação de recursos humano, de acordo com o seu papel de instituição de referência na área de saúde, bem como de produção e socialização de conhecimentos* (Relatório II Congresso Interno Fiocruz, 1994:34).

De acordo com um dos entrevistados, a escola vivia um “pêndulo” e a partir da década de 1990 o pêndulo veio para o lado da formação acadêmica e a ENSP iniciou o curso de doutorado, pois o de mestrado existia desde 1977. *De 96 a 98 eu atribuo que foram os*

anos que a Escola se tornou vencedora, porque ela fez um grande programa de mestrado e doutorado (E. 1).

O mesmo entrevistado salienta a importância da formação de especialista para o SUS não através de programas *lato sensu*, mas sim através do programa *stricto sensu*: [...] *chamei a atenção do pessoal que nós tínhamos que voltar o pêndulo, senão para formação de gente para o sistema de saúde, ou seja, especialista em saúde pública, pelo menos que a gente voltasse o pêndulo um pouquinho mais para o lado do SUS, especialistas para atender as necessidades do SUS. E aí lançamos esta estratégia Escola de Governo em Saúde que não era o retorno do especialista, tanto que se criou o mestrado profissional, porque infelizmente o sistema de saúde também se deforma em um certo sentido, porque ele começa a valorizar o mestrado, quando o mestrado é para ensino e pesquisa [...]; se cria o mestrado profissional, a própria Capes criou o mestrado profissional, e a gente criou também na Fiocruz, na Escola, o mestrado profissional, um passo adiante da especialização (E. 1).*

Percebe-se que na década de 1990, a prioridade da Escola era a valorização do seu ensino através do programa *stricto sensu*. Essa intenção da Instituição de oferecer cursos nessa modalidade vem exatamente dois anos depois do Parecer nº 977/65, quando a pós-graduação foi definida. Em 1967 e 68 a ENSP transforma o curso de especialização em curso de mestrado, voltando a oferecer o curso de especialização no ano seguinte sem motivo documentado. O desenvolvimento do programa pós-graduação *stricto sensu* na ENSP foi estabelecido em bases regulares somente em meados dos anos 1970 com a criação da primeira turma de mestrado em 1977 e de doutorado em 1980. Nos anos 1990 a Escola direciona a sua prioridade aos programas de doutorado. De acordo com um dos entrevistados [...] *na minha gestão era uma prioridade muito grande organizar o doutorado e a gente tinha muita clareza que isso era importante para gente fazer a nossa Escola ser uma instituição academicamente respeitada [...]. (E. 3).*

A valorização institucional através do *stricto sensu* não ocorreu somente na ENSP, mas no Brasil como um todo, influenciado pela Capes, que tinha o papel de promover essa modalidade de ensino no país. O curso de especialização foi afetado pela disponibilidade dos professores de ministrarem as aulas. *A gente é funcionário da Capes; qual o nível de*

comprometimento que a gente tem hoje com a instituição? A gente hoje vive para publicar para Capes, para ter a nota 5 ou 6 da Capes (E. 9).

Alguns professores tinham que se afastar para fazer seu mestrado ou doutorado e aqueles que já tinham a titulação não tinham tempo ou interesse suficiente para se dedicar ao curso. Um dos entrevistados diz o seguinte: *esse curso ficou um pouco mais esquecido. A bola da vez eram o mestrado e o doutorado e o curso ficou meio em uma inércia; a especialização não tem mais o glamour que tinha, [...] todo mundo só quer saber de mestrado; é o título que tem mais valor de mercado (E. 6).*

Conforme afirma Bourdieu (1983) os títulos são um certificado de competência, o capital cultural é reconhecido como capital científico e este garante uma posição mais elevada na hierarquia estruturada no campo. O capital científico, como instrumento de luta, é transformado em autoridade científica e utilizado como estratégia para obtenção de reconhecimento entre os professores com diferentes níveis de investimento na formação acadêmica.

Os entrevistados apontaram vários aspectos positivos e negativos relacionados ao curso de especialização quando comparados aos programas de mestrado e doutorado. São problemas que interferem no seu cotidiano na medida em que muitos se sentem sobrecarregados e impossibilitados de se dedicar mais a este curso. *Acho que é um problema porque a disponibilidade das pessoas é cada vez menor neste curso, as regras da Capes estão preocupando mais as pessoas do que o ensino em si, embora muita gente dedicada ao ensino, tenha vocação e tudo, mas eu acho que tem uma coisa maior que são as regras da Capes, produção de artigos, investimento no stricto sensu que eu acho que tem ocupado bastante tempo das pessoas (E. 7).*

Nas entrevistas também foi levantada a ideia que o curso havia se tornado uma porta de entrada para mestrado.¹⁶ *[...] sempre foi muito importante a ideia de que a especialização*

¹⁶ Com o intuito de compreender a percepção de alguns entrevistados que o Cesp prepara para o ingresso na carreira acadêmica, seja em nível de mestrado e doutorado, buscamos na plataforma Lattes se haveria dados que pudessem nos informar sobre isso. Identificamos que, do total de 401 egressos entre os anos 1990 a 2006, cerca de 29% (119) obtiveram título de mestre e cerca de 6% (25) título de doutor. Não sabemos dizer se o restante dos egressos se candidatou a algum curso *stricto sensu* e não foi aprovado ou se voltou ao serviço de saúde em que trabalhava. Para comprovar o pressuposto levantado por alguns entrevistados seria necessária uma outra pesquisa.

era a preparação para entrada no mestrado e posteriormente no doutorado. Então a especialização conseguia ser exatamente como uma ponte. Não era esta a ideia, mas de fato os estudantes que eram oriundos do curso de especialização entravam no mestrado com um preparo bem melhor e com o conhecimento bem mais profundo do que aqueles que terminavam a graduação. (Esses) tentavam a prova de mestrado e eventualmente passavam mas precisavam passar por uma reciclagem (E. 2).

O campo acadêmico é como todo campo, um lugar de lutas, onde a posição de cada indivíduo é determinada pelos critérios de pertencimento e hierarquia legitimados pelos princípios de divisão interna que estabelecem a estrutura do campo. Neste campo os critérios são definidos a partir das lutas entre os grupos e o que está em jogo é o capital cultural de cada indivíduo (Bourdieu, 1983). A análise das entrevistas conduzidas neste estudo permitiu localizar a posição dos diferentes entrevistados sobre os programas da pós-graduação *sensu stricto* e sua relação com o Cesp da ENSP.

Em relação a instituição, podemos dizer que a ENSP se vê entre duas tendências opostas. Fazendo parte do Ministério da Saúde, ela exerce atividades docentes na área de pós-graduação e é reconhecida pela Capes como órgão integrante do sistema formador de recursos humanos em nível de pós-graduação *lato sensu* (Mestrado e Doutorado). Por outro lado, mantém com a área da saúde um compromisso não somente formal, mas pelo contrário, ligado à formulação de políticas e a organização de serviços de saúde. Assim a ENSP se encontra numa situação única (diferenciada) no país (Seminário de avaliação - ENSP, 1986).

Mesmo a ENSP não sendo uma universidade tem, por força da lei, atribuições universitárias. Vimos que na década de 90 o objetivo central dos seus gestores foi fortalecer o programa de Pós-graduação (mestrado e doutorado) para que a instituição fosse reconhecida como "instituição acadêmica". Essa vertente acadêmica, por sua vez, contribuiu para o surgimento de conflitos e contradições inerentes a ela.

7. Formação pedagógica dos professores

A grande maioria dos professores universitários das diversas áreas do saber não tem conhecimento de teorias, técnicas e metodologia de ensino. Ter competência na sua área específica é suficiente para se tornar professor [...] *tanto que os professores na época, não agora, a grande maioria era de médicos [...]* (E. 2).

Para Barata (1987), por exemplo, tradicionalmente a competência de um professor de saúde pública seria atestada pelos títulos que possui (mestrado, doutorado) e agora pós-doutorado; e também pelas pesquisas realizadas que significam um conhecimento sólido adquirido na área, mas talvez isto não seja suficiente: *eu comecei a minha vida de professora dando aula neste curso; aprendi a dar aula neste curso; [...] fui péssima professora, porque eu não sabia dar aula, eu acho que passei como todo mundo, por um processo de aprendizagem fazendo, porque a gente não nasceu professor, todo mundo tem sua profissão que não é ser professor como todos da saúde pública, quase todos; [...] eu gostava de orientar as monografias dos alunos, é a oportunidade da gente ensinar o aluno o que a gente sabe fazer que é a pesquisa [...]*(E. 3).

Para Barata (1987), da mesma forma como é preciso uma saúde pública que atenda às nossas necessidades, é preciso também um ensino que as atenda também, que responda às demandas colocadas pela prática complexa da saúde pública e aos desejos e crescimento dos alunos. Segundo Sacristán e Gómez (1998), na perspectiva dita “acadêmica” o docente é concebido como um especialista nas diferentes disciplinas que compõem a cultura e sua formação estará ligada estreitamente ao domínio dessas disciplinas cujos conteúdos devem transmitir. Há um enfoque “enciclopédico”, ou seja, quanto mais conhecimento possua melhor poderá desenvolver sua função de transmissão.

Nesse enfoque confunde-se o docente com o especialista nas diferentes disciplinas, não se distingue com clareza entre saber e saber ensinar, dando pouca importância à formação pedagógica do docente. Na concepção do modelo tradicional de ensino, a educação está baseada na transmissão do conhecimento, no qual o conteúdo é priorizado tanto quanto a ação do professor, desconsiderando-se o aluno como mediador no processo.

Todos os entrevistados além de serem gestores da Instituição e coordenadores também são docentes [...] *uma das coisas que me deixam mais felizes na vida é dar aula, é diferente de*

alguns companheiros nossos, que não gostam de dar aula e preferem ficar em seus gabinetes fazendo pesquisa. [...] Dar aula nos coloca alguns desafios [...] O primeiro desafio é que não existe um conhecimento isolado, então um docente quando vai para uma sala de aula, por mais que ele queira controlar todas as variáveis do conhecimento, ele não controla [...] sou absolutamente Paulo freiriano no exercício da docência; eu acho que o aluno pode ser seduzido para qualquer conhecimento, desde que você saiba fazer esta sedução (E. 8).

De acordo com a opinião dos entrevistados, ensinar é um desafio e, mesmo não tendo conhecimento de técnicas de ensino gostam de sua profissão; como professores aprenderam a ser mestres no cotidiano da sala de aula. Um dos coordenadores relata: *[...] como professora eu sou suspeita a falar porque eu adoro dar aula, então assim eu mais ou menos já conhecia as limitações, [...] os alunos eram interessados. Eu gosto muito de saber que está sendo útil aquilo que está sendo dado (E. 10).*

Concordamos com Barata (1987), que o professor titulado, o pesquisador competente, é muitas vezes um professor amador. No Brasil, tanto a educação quanto a saúde pública são um problema gigantesco. O sistema educacional brasileiro tem deficiências sérias em todos os níveis. A pós-graduação em saúde pública, pelo ensino que pratica e pelos professores que forma nos seus programas de mestrado e doutorado tem um papel importante para contribuir na melhoria do sistema de ensino, pois a grande riqueza da ENSP é constituída por seu corpo de docentes e pesquisadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando no passado as raízes do presente tem sido uma constante no esforço que homens e mulheres têm feito para compreender sua identidade. Aprender estes elos que articulam o hoje ao ontem nem sempre é uma tarefa simples, sobretudo quando nos dispomos a examinar o tempo mais remoto (Vieira & Faria, 2007:25).

Foram diversas as razões que motivaram o desejo de direcionar nossa atenção para o Curso de Especialização em Saúde Pública (Cesp) desde a sua criação. Mergulhar no passado é uma tarefa que provoca um especial fascínio, não apenas pela riqueza do desvendar como pela quantidade de detalhes que o contato com o real propicia. Olhar o passado significa não somente rever esta trajetória, mas também compreender o porquê das mudanças significativas em nosso percurso. Apreciando esse trajeto, visualizamos elos existentes entre passado e presente.

Para tentar uma primeira aproximação a uma realidade complexa como a trajetória do Cesp foi indispensável fazer algumas escolhas. Optou-se desse modo, por proceder a um balanço tão amplo quanto possível de registros dessa trajetória com o exame de textos legais, relatórios e documentos existentes do Cesp nos arquivos da Secretaria Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública que indicam modificações que ocorreram durante esses anos. Além desses documentos foram também feitas entrevistas com os diretores da instituição e os coordenadores do Cesp entre 1990 e 2006. Procedemos assim por entender que tão importante quanto oferecer uma contribuição sobre momentos decisivos da trajetória desse curso é a possibilidade de descortinar novos e antigos olhares sobre esse trajeto. Navegamos na história do surgimento e da razão da existência do Cesp perpassando pelas décadas na sua organização de conteúdos até chegar ao nosso destino que é o tempo atual.

No cenário da atuação da ENSP e seu desenvolvimento tanto nos níveis local, nacional e internacional pode-se observar seu constante movimento, o qual se reflete na organização

dos seus cursos e no seu currículo. Pode-se compreender que o propósito de uma instituição de ensino, sobretudo na questão do currículo, está entre trabalhar, transmitir os conhecimentos historicamente produzidos e socializar a relação humana; o limite, a convivência entre os grupos; e aprender a aprender.

O Cesp é um curso tradicional da ENSP e durante a sua história de mais de 80 anos formou 1.873 especialistas nesta área (Obbadi, 2010). As mudanças ocorridas na política de saúde tiveram reflexos no conteúdo e nos objetivos do Cesp. A partir dos anos 1990, o Cesp passou a ter como objeto o sistema de saúde como um todo enfrentando desafios e conflitos.

Do ponto de vista dos gestores da ENSP, o curso foi importante para a formação dos profissionais de saúde pública. Eles destacavam as pessoas que já passaram pelo curso e que hoje ocupam cargos de relevância no Brasil nas três esferas de governo: secretários municipais, secretários estaduais e gestores do MS.

Os debates sobre as necessidades de mudanças na formação de quadros para o SUS influenciaram na formação do especialista formado pelo Cesp. A Fiocruz e, em particular a ENSP, tem tido um papel importante na definição das políticas de saúde; podemos dizer que esta influência partiu em duas direções: a Fiocruz influenciou as políticas de saúde e as políticas de saúde influenciaram a formação dos cursos da Fiocruz.

Com a extinção da Coordenação Nacional dos Cursos Descentralizados - CONCURD, a ENSP continua formando profissionais nos níveis local, nacional e internacional através da estratégia da Escola de Governo. A Escola de Governo é uma reorientação política, de gestão e dos programas de ensino no âmbito da pós-graduação *lato sensu* e de cooperação com o SUS que visa a preparar dirigentes capacitados para a gestão estratégica e operacional de sistemas, serviços, programas e organizações de saúde (Buss & Gadelha, 2002). Outra estratégia presente é chegar até esta clientela através da educação a distância tanto nos cursos de especialização quanto nos cursos de aperfeiçoamento.

O Cesp desde seu início vem enfrentando dilemas e desafios relacionados com a formação de profissionais em saúde pública. A análise realizada permite concluir que no período estudado, significativas alterações ocorreram nas características dos alunos do Cesp, destacando-se o progressivo afastamento de categoria profissional de médicos e o

crescente interesse de profissionais das outras áreas de saúde. Por outro lado, verifica-se também que o Cesp não tem conseguido manter a abrangência nacional da sua clientela como ocorreu nos primeiros anos e que vem se restringindo gradativamente aos alunos oriundos do estado, e em particular, do município do Rio de Janeiro.

Como observam Moreira e Silva (2002), não podemos considerar o currículo como uma ferramenta técnica e nem como um instrumento ingênuo e neutro longe de intenções sociais. O currículo é orientado por questões sociais e epistemológicas. Assim, a ENSP foi influenciada pela política de saúde, especialmente a partir da constituição do SUS, para a definição do conteúdo do curso. O currículo também sofreu influência das políticas relativas à pós-graduação, em função do fortalecimento do *strictu senso* no país e na ENSP.

Observamos também que na organização curricular existe um contexto social onde o conhecimento é específico; em nosso caso, o Cesp é fecundado e produzido. Os documentos analisados apontam para a questão do currículo (como forma institucionalizada de estruturação e de programação de conteúdos de ensino) como cerne das reflexões sobre a saúde pública. A partir de avaliações sistemáticas ou não, o currículo do Cesp passou por várias modificações tentando se adaptar às transformações ocorridas na sociedade e especificamente no campo de saúde, principalmente após a implementação do SUS. Essas modificações poderiam ter sido resposta às tensões que expressam a dinâmica do "currículo como campo de embate", principalmente quando as disciplinas hegemônicas cedem parte de seu espaço no curso para outras áreas novas.

É compreensível que não se possa atualizar o currículo no tempo real dos avanços do conhecimento, porém é necessário saber escolher regularmente o que é importante para os alunos e para as instituições nas quais atuam. Não adianta sobrecarregar os alunos com muita informação desacompanhada de reflexão.

A capacidade de adquirir novas habilidades e conhecimentos que preparam para o estudo independente e aprendizado contínuo é em si uma competência central que o currículo do curso de especialização da ENSP busca incentivar. Outra habilidade que o curso pode instituir é concentrar no aprendizado centrado no estudante e baseado em problemas, com maior ênfase no “saber como” que no “saber tudo” (Jones et al. 2001).

O currículo é maleável, por não ser estático. Assim sendo, a transformação é de acordo com as mudanças sociais representadas na missão da instituição (Sacristán 2000). Observa-se que a definição da missão da ENSP nos documentos que lhe deram origem enfatiza sua razão de ser como sendo a de formação de pessoal técnico especializado e sua responsabilidade como a de dar cursos para formar pessoal habilitado a organizar e dirigir serviços de higiene e saúde pública. Tais definições refletem uma visão nitidamente vocacional ou profissionalizante da ENSP que, mesmo que fosse adequada às necessidades do país de três décadas atrás, certamente não correspondem à interpretação atual da ENSP sobre sua própria missão (Seminário de Avaliação e Perspectivas ENSP, 1989).

A nova missão da ENSP em relação à formação de profissionais de saúde, como compreendida por Buss (1987:357) é: *quando falamos de preparo de recursos humanos na área da saúde coletiva, referimo-nos particularmente a quadros dirigentes de alto nível para os serviços de saúde do país e quadros docentes e pesquisadores em número e qualidade capazes de suprir os enormes vazios que se verificam neste último campo [...]*. Nas duas missões da instituição em épocas diferentes fica claro que a ENSP está no caminho de mudança do seu perfil quanto à missão institucional, com reflexos na organização dos seus cursos de um modo geral. Durante o seu percurso, o Cesp precisou se reinventar várias vezes, um indicador da flexibilidade institucional. Vimos também que o ensino em prática de investigação científica adquiriu uma importância significativa nos últimos anos do período do curso estudado. Segundo Fee (*apud* Lima & Fonseca, 2004) existe um debate entre formação de perfil mais acadêmico, centrado na pesquisa e em práticas de investigação, ou a aquisição de habilidade prática com implicações mais imediatas para a gestão e planejamento de ações de saúde pública.

Neste estudo realizado no curso da ENSP durante sua trajetória vimos que o currículo não foi um elemento transcendente e temporal e que tem uma história como afirmam Moreira e Silva (2002). A trajetória do curso de certa forma foi vinculada a formas de organização da sociedade e da saúde pública e as formas de organização da gestão do próprio curso. Assim, entendemos que o currículo não pode ser analisado fora de sua constituição social e histórica. O que ocorre na formação do Cesp e na organização do currículo não pode se deduzir do funcionamento da economia, mas sim depende da Instituição da ENSP e da política de saúde que norteiam essa formação.

Através do currículo pode-se perceber como uma instituição de ensino se vê no mundo, ou seja, qual a função da instituição de ensino, que relações ela deve instituir, com quem deve ter diálogo, como o conhecimento é construído e para que serve, como compreende a educação e qual a melhor maneira de aprender. No caso de uma escola de saúde pública, o currículo também expressa a concepção que se tem sobre saúde pública, sobre o papel do especialista na sociedade, sobre o especialista que se quer formar. O estudo também mostrou que o Cesp tentou formar esses profissionais com uma perspectiva crítica e que houve interesse e preocupação dos coordenadores em reformular o currículo do curso em diversas ocasiões. Questionamos se seria possível formar profissionais com perspectiva crítica num curso quando utiliza abordagem de ensino tradicional.

Paim e Nunes (1992) consideram que os futuros profissionais de saúde pública, incluindo aí os especialistas, poderiam ser “agentes de saúde” para transformar a prática através da formação continuada. Isto só é possível se houver aproximação entre campo teórico e prático, ou seja, se houver um diálogo construtivo entre a Instituição de Ensino e o Serviço de Saúde para que as práticas em saúde pública sejam o eixo integrador do processo educativo. Para eles, o especialista é um profissional de saúde que se institui ao longo da sua vida profissional como “agente de mudança”.

Um especialista em saúde pública é um sujeito que, além de ser capaz de produzir novas práticas, deve ter conhecimentos, habilidades e atitudes que o auxiliem a modificar a qualidade dos serviços prestados na área da saúde. Desta forma, existe uma relação entre a qualidade do serviço e a formação do profissional de saúde. Podemos ir além: existe uma relação entre a qualidade dos serviços oferecidos e a qualidade da formação desse profissional durante seu percurso acadêmico (L’Abbate, 1995). A mesma autora afirma que ser um especialista como “agente de mudança” no cotidiano de trabalho não deve ser fácil e depende muito dos seus conhecimentos, habilidades e atitudes que depois de certo momento podem se desatualizar.

O desenvolvimento da pós-graduação *stricto sensu* no país e as novas demandas que surgiram com a implementação do SUS influenciaram a política da ENSP para investir no desenvolvimento dessa modalidade de ensino para responder às demandas do sistema de saúde de formação de profissionais da área da saúde. A Instituição criou e valorizou seus programas *stricto sensu*, qualificou o seu corpo docente, articulando pesquisa e ensino. Por

outro lado, o mesmo desenvolvimento poderia afetar o Cesp futuramente. No entanto, na fala dos gestores ficou muito claro que na sua gestão a prioridade foi a organização da modalidade *stricto sensu*. Consideraram uma vitória, o “rumo acadêmico” dado à ENSP. Alguns deles quando falam do Curso de Especialização lembram com muito orgulho que foram alunos do curso na década de 70.

A procura do Cesp ao invés de diminuir, vem aumentando nos últimos anos como mencionado anteriormente. Isto poderia ser porque a especialização, por enquanto, é a única maneira de seguir a carreira de sanitarista. Este quadro poderia ser afetado com a vinda da graduação em saúde pública/coletiva. Tradicionalmente, o sanitarista é um profissional que já possui uma formação prévia universitária e recebe formação complementar em escolas de saúde pública.

Várias são as universidades que estão criando cursos de graduação em saúde pública/coletiva (USP, 2009). Em 2008, a Universidade de Brasília e a Universidade Federal do Rio de Janeiro iniciaram suas primeiras turmas, seguidas pela Universidade Federal da Bahia. A Folha de São Paulo, em 8 de setembro de 2009, anunciou que a Faculdade de Saúde Pública da USP também elaborou um projeto para criação de uma graduação em saúde pública. Em 2008 iniciariam ou estariam em vias de começar cerca de dez cursos de graduação em saúde pública/coletiva (Koifman & Gomes 2008). Todas essas universidades oferecem ou oferecerão o curso de graduação em saúde pública/coletiva com duração de quatro anos. O reflexo desse nível de formação será sentido no programa do Cesp logo quando os primeiros graduados surgirem. Essa questão precisa de mais estudos para entendermos como a graduação em saúde pública/coletiva poderá afetar os cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Neste contexto, claramente, a concepção e a natureza da especialização deverá ser problematizada. Seu conteúdo curricular precisa ser repensado para que se adeque às necessidades dos alunos que virão procurar essa modalidade de ensino.

Finalmente, considero que o desenvolvimento curricular do curso se concretizou em três momentos distintos quando ocorreram os embates curriculares. O primeiro momento foi de 1926 até 1970. Nesse período o currículo era instituído por temas biológicos levando em consideração a cura dos indivíduos sem considerar a questão social da saúde, mesmo que a

partir de final dos anos de 1950 tenha sido agregada no currículo a disciplina Estudos Sociais. O perfil dos egressos poderia refletir essa preocupação com a cura sendo, destinado somente aos médicos. Foi a partir dos anos 1960 com a institucionalização da ENSP que são incorporadas outras profissões da área de saúde.

O segundo momento foi entre 1970 e 1990. É um momento em que passa a fazer parte com mais força do currículo a questão social. O currículo se distancia cada vez mais do pensamento biológico e se direciona para um pensamento crítico. Também foi neste período que amplia-se o perfil dos alunos para profissionais fora da área da saúde visando a preparação de uma massa crítica e formação de intelectuais da saúde que prepararam o terreno para reforma sanitária. O “*turning point*” desse momento foi a VIII CNS em 1986 que contou com a atuação dessa massa crítica culminando com a formulação do SUS.

O terceiro momento, entre 1990 e 2006, é o momento do questionamento, de incertezas de desconstrução para poder construir um novo modelo de sistema de saúde. Essas incertezas no âmbito da sociedade se refletem nos currículos do curso, ou seja: se o sistema de saúde está sendo reconstruído, refletindo na formação dos profissionais para esta área. Como vimos nesse estudo o currículo do curso passou por uma grande modificação em 1999. Teve como resultado um currículo com uma nova visão de saúde que incluía a promoção, a vigilância e a metodologia de pesquisa. A formação crítica se agrega à ação, ou seja, reflexão em ação.

A formação dos profissionais de saúde, o funcionamento do sistema de saúde com suas intervenções a cada época histórica, estabeleceram estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos. Observa-se neste estudo que ela acompanhou as tendências da sociedade, organizando-se de acordo com as necessidades e contextos específicos.

Nesse estudo foram observadas várias tensões tanto na análise dos documentos quanto nas falas dos entrevistados.

A formação de profissionais capazes de desenvolver uma nova prática em saúde pública implica, ao lado da definição de um novo perfil desejado, aproximar-se dos elementos constitutivos desse novo fazer e pensar. Nesse sentido, a interdisciplinaridade e a interlocução de saberes exigido pela abordagem de problemas não pode ser considerada

apenas em sua dimensão de alternativa de diálogo disciplinar, mas no plano da redefinição e construção de novos objetos do conhecimento profissional e de intervenção em saúde. (Ensp em movimento 2003:6)

A falta de articulação entre teoria e prática que apareceu na fala dos gestores do curso mostrou que o curso aos poucos se distanciou dessa integração dentro do currículo do curso.

Outro fator importante que as falas apontaram foi a tensão que existe entre o setor da educação e o da saúde, por não existir um diálogo entre eles.

Não seria possível analisar um processo educacional como o da ENSP somente à luz da política de saúde, teria que se contextualizar a política educacional também. Qualquer processo de educação na formação em saúde será reflexo da falta de diálogo entre estes dois setores. Talvez na discussão sobre a formação *lato sensu* se possa ter a oportunidade de estabelecer essa discussão.

Finalmente, como possíveis desdobramentos deste estudo, sugere-se uma agenda de pesquisa com os seguintes elementos:

- possibilidade de criar um diálogo entre os setores da educação e da saúde na formação *lato sensu*.
- desenvolver um estudo de egressos dos cursos *lato sensu* na área de saúde

REFERENCIAS

Althusser L. Ideologia e aparelhos ideológicos do estado. Rio de Janeiro: Graal; 1983.

Andrade LOM de, Pontes RJS, Junior TM. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. Rev Pan Sal Púb. 2000; 8(1-2): 85-91.

Apple MW. Repensando ideologia e currículo. In: Moreira AFB, Silva TT da, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. Tradução Maria Aparecida Batista. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2002a.

Apple MW. A política do conhecimento oficial: faz sentido a idéia de um currículo nacional? In: Moreira AFB, Silva TT da, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. Tradução Maria Aparecida Batista. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2002b.

Arouca ASS. O dilema preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1975. 196 p.

Arouca ASS. O eterno guru da Reforma Sanitária. Radis Entrevista. Radis Comunicação em Saúde n. 3; 2002.

Arouca ASS. Saúde e Democracia: reflexão acadêmica e ação política – depoimento. In: Movimento sanitário brasileiro na década de 70: A participação das universidades e dos municípios – memórias. Brasília: Athalaia; 2007

Arouca RHC. O que se Ensina aos Futuros Cirurgiões-Dentistas? Um Estudo de Caso Etnográfico sobre Currículo e Práticas Escolares em Odontologia .Tese de doutorado - Escola nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

Artman E, Schramm JMA. Uma política de ensino para o Sensu Lato da Escola Nacional de Saúde Pública: Reestruturação do Curso de Especialização em saúde pública e da residência. Rio de Janeiro; 1995 (mimeo).

Barbosa FS. A Escola Nacional de Saúde Pública ao fim deste século. Cad. Saú. Púb. 1988; 4(4): 440-450.

Badino S. Curso de Saúde Pública: Uma proposta para a reformulação. Rio de Janeiro; 1988. (mimeo).

Barbosa PR. Cursos Descentralizados de saúde pública (1) alguns dilemas e algumas perceptivas. Rio de Janeiro; 1990 (mimeo).

Barata P. Profissional em saúde, amador em educação. Cad Saú Púb. 1987; 3 (1) :7-8.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa Ed. 70, 1979.

Barreto JB de. As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde. Exposição apresentada ao Exmo. Sr. Ministro Gustavo Capanema pelo Diretor Geral do DNS. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1942.

Benchimol JL, Teixeira LA. Cobras, lagartos & outros bichos. Uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: UFRJ- Fiocruz; 1993, 228 p.

Belisário AS. Associativismo em saúde coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva-Abrasco. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Bourdieu P, Questões de sociologia. Trad. Jeni Vaitsman Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.

Bourdieu P. Os usos sociais da ciência por uma sociologia clínica do campo científico. Tradução Denice Barbara Catani. São Paulo: Unesp; 2004.

Bourdieu P. Classificação, desclassificação, reclassificação. In: Nogueira MA, Catani A, organizadores. Escritos de educação. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

Bourdieu P, Boltanski L. O diploma e o cargo: relações entre o sistema de produção e o sistema de reprodução. Tradução de Magali de Castro. In: Nogueira MA, Catani A, organizadores. Escritos de educação. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

Bourdieu P, Passeron JC. Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1975.

- Bourdieu P, Passeron JC. Pensamento contemporâneo. P. Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola. Rio de Janeiro: Uerj; 2002.
- Bourdieu P, Passeron JC. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: Nogueira MA, Catani A, organizadores. Escritos de Educação. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 2007a.
- Bourdieu P, Passeron JC. Os três estados do capital cultural. In: Nogueira MA, Catani A, organizadores. Escritos de educação. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 2007b.
- Brandão Z. Pesquisa em educação: conversas com pós-graduados. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola; 2002.
- Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer no. 977/65. Aprovado em 3 de dezembro de 1965. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27503014>. Acesso em 22.09.2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. I Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde: Relatório Final. Brasília: 1986.
- Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria no. 939, de 29 de junho de 1993. Disponível em: <http://www.prolei.inep.gov.br/exibir.do?URI=http%3A%2F%2Fwww.ufsm.br%2Fcpd%2Ffinep%2Fprolei%2FDocumento%2F-2916011301792879252>. Acesso em: 17/09/2009.
- Brasil. Conselho Nacional de Educação: Brasília: 1999.
- Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde-Ministério da Educação-Programa Nacional de Re-orientação da Formação Profissional em Saúde-PRÓ-SAUDE. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios, Brasília: 2005.
- Buss PM. Missão da ENSP frente à reforma sanitária. Cad Saú Púb. out.dez. 1987; 4(3): 357-9.

Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde da escola nacional de saúde pública Cad. Saúde Pública vol.15 suppl.2 Rio de Janeiro 1999.

Buss PM. Prefácio. In: Lima NT, Fonseca CMO, Santos PRE dos, organizadores. Uma escola para a saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Carvalho AD de. Saúde pública: centralização, autoritarismo e expansão dos serviços - São Paulo nas décadas de 1930 e 1940. Rev Hist Reg. verão 2005; 10(1): 9-25.

Castro JL de. Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Tese de doutorado. Natal; 2008.

Catani AM , Oliveira JF de, Dourado LF. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. Educação & Sociedade, ago.2001; ano XXII (75).

Cecim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Rev Saú Col. 2004; 14(1).

Chauí, MS. O que é ideologia? Coleção primeiros passos. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1984; p.102.

Costa MGS. A Prática e a formação do sanitarista: Elementos teóricos e metodológicos – o caso de Alagoas 1979/1986 – Dissertação de Mestrado Salvador Bahia – 1988.

Council for Higher Education Accreditation. Glossary of key terms in quality assurance and accreditation 2002. Disponível em: <http://www.chea.org/international/interglossary01.html>. Acesso em: 02/03/09.

Coutinho UA de. A pós-graduação na Escola Nacional de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 1980 (Mimeo).

Cuenca AMB. Pesquisadores em saúde pública: o retrato de uma comunidade brasileira. tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, em 2004.

Cury CRJ. Quadragesimo ano do parecer CFE nº 977/65. Rev Bras Educ. set.dez. 2005; 30.

Denzinn NK, Lincoln YS. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução Sandra Regina Nety. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

De Swaan A. In care of the state. Health care, education and welfare in Europe in the modern era. Cambridge: Polity Press; 1990.

Donnângelo C. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil - a década de 70. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, 2:19-35. 1976.

Edson C. The microbe as a social leveller. North American review 161 p. 421-426. 1895.

ENSP. Seminário de avaliação e perspectivas. ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro: 10 a 12 dez. 1986.

Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Escorel S. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final).

Feuerwerker, LCM. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. Tese de doutorado Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bull WHO 2002; 80(7):594-602.

Forquin JC . Saberes escolares, imperativos didáticos e dinâmicas sociais. In: Teoria e Educação, 1992; 5.

Forquin JC. Escola e cultura: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar. Tradução Cuacira Lopes Louro. Porto Alegre: Artes Medicas; 1993.

Fonseca CMO. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Cie e Saú Col.* 5(2) 393-411; 2000.

Fonseca CMO. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: Lima N, Santana JP, organizadores. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do poder.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1982: 79-98.

Freire P. *Educação e mudança.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 35ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

Gadotti M. *Perspectivas atuais da educação.* Porto Alegre: Artmed; 2000.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* vol.21 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005.

Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de Trabalho e regulação das Profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.* Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 221-56.

Giroux HA. Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Giroux HA, Simon R. Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana como base para o conhecimento curricular In: Moreira AFB, Silva TT da, organizadores. *Currículo, cultura e sociedade.* Tradução Maria Aparecida Batista. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Giroux HA, Simon R. *Cruzando as fronteiras do discurso educacional.* Tradução Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 1994; 2 (2): 103-114.

- Goodson IF. Currículo: teoria e historia. Tradução Atillio Bruneta; revisão da tradução: Hamilton Francischetti. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- Hamilton D. Sobre as origens dos termos classe e curriculum. *Teoria e Educação* 1992; 6: 33-52.
- Hartly JF. Case studies in organizational research. In: Cassel C, Simon G, editors. *Qualitative methods in organizational research*. London: Sage; 1994: 208-229.
- Hochman G. Era de saneamento. São Paulo: Hucitec Anpocs; 1998.
- Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar* 200; 25: 127-141.
- Hortale VA. Descentralização, autonomia gerencial e participação: alternativas à crise ou transição para um sistema de saúde diverso? Estudo de caso na Região Emilia Romana (Itália). Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz . Rio de Janeiro: março 1996.
- Hortale VA, Koifman L. Programas de pós-graduação em saúde pública na Argentina e no Brasil: origens históricas e tendências recentes de processos de avaliação de qualidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Interface. vol.11 no.21 Botucatu Jan./Apr.2007.
- Hortale VA, Obbadi M, Ramos CL. A acreditação e sua implementação na área de ensino pós-graduado em saúde pública. *Cad Saú Púb*. 2002, 18(6):1789-1794.
- Hortale VA, Palmeira G, Artman E, Siqueira, SAV. Curso de especialização. Proposta preliminar de reestruturação. Rio de Janeiro: 1997 (Mimeo).
- Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- Jardim Motta JIJ, Buss PM, Nunes TCM. Desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Rev Olho Mágico* 2001.
- Jones R, Higgs R, Angelis de C, Prideaux, D. Changing face of medical curricula. *Lancet* 2001, 357:699-703.

Koff, AMNS, Pinheiro BMAA, Nascimento, MGCA. Subsídios para a (re)organização curricular do programa de cursos e pós-graduação *Lato Sensu* da ENSP na área de (1) política, gestão e organização da atenção e (2) vigilância. Rio de Janeiro nov. 2006 (Mimeo).

Koifman L, Gomes LN. A graduação em saúde coletiva: um debate ou uma realidade? *Rev Bras Edu Méd.* 2008, 32(4): 417-8.

L'Abbate S. Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de recursos humanos em saúde coletiva. In: Garesque M, organizadora. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1995.

Labra M. O movimento sanitaria nos anos 20. Da “conexão sanitária internacional” à especialização em saúde pública no Brasil. *Cad Saú Púb.* out.dez. 1985; 1(4):483-484.

Labra ME, Stralen CV, Scochi MJ. A Especialização em saúde pública no Brasil no período 1982 – 1986. In: Estudos de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Abrasco; 1988.

Leite D. Sistemas de avaliação das instituições de ensino superior no Brasil. In: A educação superior no Brasil. Porto Alegre: UNESCO/ISLAC/IES; 2000.

Libâneo JC. *Pedagogia e Pedagogos: para quê?* São Paulo: Cortez; 1998.

Lima ALG S de, Pinto MM S, História, Ciências, Saúde-Manguinhos Vol. 10 no. 3, Rio de Janeiro Sept-Dec. 2003.

Lima NT, Fonseca CMO. História da Especialização em saúde pública no Brasil: Nota introdutória. In:Lima NT (Org.) *Uma escola para a saúde* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry* Newbury Park, CA: Sage; 1985.

Lück H. *Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos.* 13 ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Luz MT. *As instituições medicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.*Rio de Janeiro:Graal; 1979.

Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).

Mattos R. Abertura do curso de especialização em saúde pública e o curso de residência em saúde da família na Escola Nacional de Saúde Pública em 14/04/2009. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/materia/index.php?origem=9&matid=16035>. Acesso em: 3/11/09.

Meireles BHS, Erdmann AL. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. *Tex Cont-Enfer.* jan.abr. 1999; 8(1):149-65.

Melo JA. Educação sanitária: uma visão crítica. In: *Cadernos do CEDES/Educação em Saúde* (4), São Paulo: Cortez; 1987.

Melo JA. Educação e as Práticas de Saúde. In: *Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

Merhy EE, Queiroz MS. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro; *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.

Merriam SB. *Qualitative research and case study Applications in education.* 2nd. ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998.

Minayo MCS de. Atuação da Abrasco em relação ao ensino de pós-graduação na área de saúde coletiva. In: Lima N, Santana JP, organizadores. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Minayo MCS de. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

Ministério da Saúde-Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAUDE. Serie C. Projetos, programas e relatórios, Brasília: 2005.

Mochcovitch LG. Gramsci e a escola. São Paulo: Ática, 1988.

Moreira AFB, Silva TT da. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: Moreira AFB, Silva TT da, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. Tradução Maria Aparecida Batista. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Jardim Motta JIJ, Buss PM, Nunes TCM. Desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Rev Olho Mágico 2001.

Nérici IG. Didática do ensino superior. São Paulo: IBRASA; 1993.

Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Rev Saú Col. 2005; 15(1).

Nunes TCM. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. Tese de doutorado. Ensp-Fiocruz 1998; 194 p.

Nunes TCM. Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Obbadi M. The course of specialization in public health in Rio de Janeiro, Brazil from 1926 to 2006: lessons and challenges [on line] <http://www.human-resources-health.com/>

Oliveira FB de. Pós-graduação e mercado de trabalho. Campinas: Papirus; 1995.

Oliveira JA. Uma Escola de Saúde Pública para os anos 90. Cad. Saú Púb 1989, 5(4): 361-364.

Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. Cad Saú Púb. jul.set. 1992; 8(3).

Paiva CHS, Alves FP, Hochman G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a Saúde (1973-1983) Ci Saú Col. mai.jun. 2008; 13(3).

PAHO/OPAS. Public health in the Americas. Conceptual renewal, performance assessment and bases for action, Washington: 2002.

Paraíso MA, Santos LLCP. O currículo como campo de luta. *Presença Pedag.* jan.fev. 1996; 2(7):.32-39.

Patton QP. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001.

Pereira Neto AF de. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saú Púb.* set.out. 2003:19(5).

Pereira Neto AF de. O perfil dos egressos da Pós-graduação stricto sensu da ENSP: Hipóteses, tendencias e proposta para uma avaliação institucional. In: Lima NT. (org.) *Uma escola para a saúde* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

Pilati O. Especialização: falácia ou conhecimento profundo? *Rev Bras Pós-grad.* jan. 2006; 3(5): 7-26.

Pinheiro MC, Westphal M, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferencias nacionais de saúde pós Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saú Púb.* 2005; 21(2): 449-58.

Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetiva o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA de, organizadores..*Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - Abrasco; 2005.

Rede-Unida. Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? Oficina 1. VII Congresso Nacional da Rede Unida. Curitiba: 2006.

Ribeiro ECO. Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas. [Tese de doutorado] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2003.

Ribeiro ECO, Lima VV. Termo de referência "Projeto: ENSP em Movimento". Documento Técnico. Escola de Governo da Escola Nacional de Saúde Pública: Fiocruz; 2004.

Romêo JM, Romêo CIM, Jorge VL. Estudos de pós-graduação no Brasil. UNESCO-IESALC; 2004.

Rosen, G. The evolution of social medicine. In: Freeman, H. E.; Levine, S. & Reeder, L. G. (eds.). *Handbook of medical sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, 1963, p. 18-51.

Sacristán JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Tradução Ernani F da F Rosa. Porto Alegre: ArtMed; 2000.

Sacristán JG, Gomez AIP. Compreender e transformar o ensino. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Santana JP, Campos FE, Sena RR. Formação profissional em saúde. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf. Acesso em: 29.09.2009.

Santos CM dos. Tradições e contradições da pós- graduação no Brasil. Educ. Soc. 2003; 24: 627-641.

Santos LA C, Faria L. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. Rev Trab Edu e Saú. 2006; 4(2): 291-324.

Saviani D. O protagonismo do professor Joel Martins na pós-graduação. Rev Bras Edu. set.dez. 2005; 30.

Sayd JD, Unior LV, Velandia IC. Recursos humanos nas conferencias nacionais de saúde (1941-1992). Pysis: Rev Saú Col. 1998; 8(2): 65-195.

Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Scliar M. História do Conceito de Saúde, PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

Silva AC da. Alguns problemas do nosso ensino superior. Est Avan. mai.ago. 2001; 15(42).

Silva TT da. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. 2^a. ed. 10^a reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

Sucupira N. Prefácio In: Oliveira FB de. Pós-graduação e mercado de trabalho. Campinas: Papyrus; 1995.

USP. FSP propõe novo curso de graduação em saúde pública 2009 Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/boletim.php?&style=homepage&articleId=06170311200922&visio nId=04110805200417&unitId=09111928200359>. Acesso em: em 27/11/09.

Vasconcellos MPC, Narvai PC. Especialização em saúde pública: os alunos da universidade de são Paulo no período 1985-1994. Cien Saú Col. II(1/2); 1997.

Vieira SL, Farias IMS de. Política educacional no Brasil. Brasília: Liber livros; 2007.

Wagner G. Abertura do curso de especialização em saúde pública e do curso de residência em saúde da família na Escola Nacional de Saúde Pública em 14/04/2009. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php? origem=9&matid=16035>. Acesso em: 3/11/09.

Winslow CE. The untilled fields of public health. Science 1920; 51(1306):23-33.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Almeida AB de. A associação brasileira de medicina do trabalho: locus do processo de constituição da especialidade medicina do trabalho no Brasil na década de 1940. Cienc. Saú Col. 2008 13 (3): 869-877

Alvim NAT, Ferreira MA de. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Tex Cont-Enfer. 2007; 16(2): 315-9.

Amorim DS. Memória histórica da pós-graduação. Medicina, Ribeirão Preto. 2005; 38: 164-167.

Apple M, Beane J. Escolas democráticas. São Paulo: Cortez, 1997.

Andrade C, D'Ávila C, Oliveira F. Um olhar sobre a práxis pedagógica do mestrado profissional em Administração da Universidade Federal da Bahia. R B P G. 2004; 1 (2): 81-96.

Andrade LO M de, Pontes RJ S, Martins J T A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil Rev Panam Salud Publica. 2000; 8 (1-2): 85-91.

Araújo MC. Capital social. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.

Araújo MC. O estado novo. Rio de Janeiro: Zahar; 2000.

Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer no. 77/69. Normas do credenciamento dos cursos de pós-graduação. Documenta 98:128-132.

Brasil. Conselho Federal de Educação, Ministério da Educação, Câmara de Educação Superior, Resolução nº 1, de 8 de junho de 2007. Diário Oficial da União no. 109 de 08/06/2007. Disponível em: http://www.institutoprocessus.com.br/2009/_pdfs/pos/resolucao_pos_graduacao.pdf. Acesso em: 22.09.2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde: Relatório Final. Brasília: 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/RH-SUS. - Conselho Nacional de Saúde, 2ª ed. Brasília: 2003.

Brasil Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Organização Pan-Americana da Saúde Programa de preparação estratégica de pessoal de saúde - PPREPS .Brasília, 1976

Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Em aberto. 2002; 19 (75): 1-189.

Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises/organizado por André Falcão et.al. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Barroso J. O estudo de autonomia da escola: da autonomia decretada à autonomia construída. In: o estudo da escola. Porto: Porto Editora; 1996.

Batista NSH B; Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde [on line] http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000200014&script=sci_arttext. Acesso em 12/09/2007.

Blaxter L, Hughes C, Tight M. How to research. 2 ed. Buckingham: Open University; 2001.

Bourdieu P. Razões práticas: sobre teoria de ação. 8 ed. Campinas: Papirus; 1996.

Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Tradução Mariza Correia. Campinas: Papirus; 1996.

Bourdieu P. O poder simbólico. Tradução Fernando Tomaz. Lisboa: Difel; 1989.

Braga JCS de, Paula SG de. Saúde e previdência: Estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1981.

Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saú Púb. 1999; 15 (Supl. 2): 177-185.

Campos ALV de. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. Cienc. Saú Col. 2008; 13(3): 879-888.

Campos FE, Pierantoni CR, Machado MH. Conferências de saúde, o trabalho e trabalhadores da saúde: a expectativa do debate. [On line]: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf . Acesso em: 17.08.09.

Cecim, BR, Feuerwerker, CML. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da intergralidade. Cad. Saú. Púb. 2004; 20(5): 1400-1410.

Ceccim RB. Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva. Bol. da Saúde. 1999-2000; 14(1) 81-97.

Ceccim, RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. [On line] <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/CeccimRB.pdf> . Acesso em 12/02/2007.

Ceccim,RB. Emergência da educação e ensino da saúde: interseções e interse- rialidades. Revista Ciência & Saúde. 2008; 1(1): 9-23.

Creswell JW. Research design qualitative and quantitative approaches . Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.

Cury CRJ. Graduação/pós-graduação a busca de uma relação virtuosa. Edc.Soc. 2004; 25 (88): 777-793.

Chauvigné C. (org.). accreditation of higher vocational education and continuous improvement of quality. Translation Michel and Jane Willems, Tony and Beverely Tebby. Rennes. ENSP(fr); 2004.

Cordeiro FA de, Maldonado LA. 20 anos (1975-1995) de formação descentralizada em saúde pública: Uma apreciação. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados. Rio de Janeiro: 1995 (Mimeo).

Costa NR do. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1999.

Costa TA. A noção de competência enquanto princípio de organização curricular. Rev brasileira de educação. 2005; (29): 52-62.

Cunha LA. O ensino superior no octênio FHC. Edu Soc. 2003; 2.(82): 37-61.

Denzinn NK. Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.

Dewey J. Democracia e Educação: introdução à filosofia da educação. Tradução Godofredo Rangel e Anísio Teixeira. 3ed. São Paulo: Nacional; 1959.

Dubar C. A socialização construções das identidades sociais e profissionais. Tradução Andrea SM da Silva. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Ensp. Reformando o *Lato Sensu*, inovando no *Stricto Sensu*, In: II Mostra de Ensino da Fiocruz. Inovação e qualidade no ensino na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2004.

Fleury S. (Org). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Abrasco, 1989.

Folha de São Paulo, de 8 set. 2009. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/fovest/fo0809200907.htm>. Acesso em: 21/11/09.

Foucault, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução Ligia M. Pondé Vassalo. 4ed. Petrópolis: Vozes; 1986.

Foulcaut, M. A ordem do discurso. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 16 ed. São Paulo: Loyola; 1996.

Foucault, M. A arqueologia do saber. Tradução. Luiz Felipe Baeta Neves. 7 ed. Rio de janeiro:Forense Universitária, 2007.

Freire P. Educação como pratica da liberdade. 20 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.

Freire, P. Ação cultural para a liberdade 6ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

Freire, P. Conscientização: Teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Tradução Katia de Mello e Silva. 3 ed. São Paulo: Moraes; 1980.

Freire, P. Extensão ou comunicação? Tradução Rosisca Darcy de Oliveira. 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

Gadotti M. Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito. 10 ed. São Paulo: Cortez; 1991.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(2): 490-498

Gomes R. Teses para uma agenda de estudo da escola. In: Barroso, J. O estudo da escola. Porto: Porto Editora; 1996.

Guimarães R, Tavares R. (orgs.) Saúde e sociedade no Brasil anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

Habermas, J. A Idéia da Universidade: Processos de Aprendizagem. R. Bras. Est. pedag. 1993; (74) 111-130.

Hühne ML. Metodologia científica: cadernos de textos e técnicas. 4.ed. Rio de Janeiro: Agir; 1990.

Irigoin BME, Vargas ZF. Competência profissional: manual de conceitos, métodos e aplicações no setor de saúde. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2004.

Komatsu RS, Zanolli MB, Lima, V V, Pereira, SMSF, Fiorini, VM.L.; Branda LA, Padilha RQ (editores). Guia do Processo de Ensino - Aprendizagem “Aprender a Aprender”. 4ª. ed. Faculdade de Medicina de Marília: Marília; 2003.

Legendre MF. Les défis de l’integration des compétences dans la formation universitaire: un temps de réflexion pour voir plus clair. Colloque CEFES, 27-8 oct. 2005, Université de Montréal.

Macedo E. Currículo: política, cultura e poder. Disponível em:
www.curriculosemfronteiras.org. Acesso em: 08.12.2008.

Machado MH. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP; 1992.

Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Gerschman, Edler FC, Suárez JM. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Malloy JM. A política da previdência social no Brasil. Tradução José Lindgren Alves. Rio de Janeiro: Graal; 1986.

Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research. 2ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.

Martins CB. A formação do sistema nacional de Pós-graduação. In: A educação superior no Brasil. Porto Alegre: UNESCO/ISLAC/IES; 2000.

Matta GC, Lima JCF (orgs.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2008.

Mattos R A de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias Ciênc. saúde coletiva. 2001; 6(2): 1413-8123.

Melo JAC. Educação razão e paixão. Rio de Janeiro: ENSP; 1993.

Mello GN de. Cidadania e competitividade: desafios educacionais do terceiro milênio. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.

Mendonça MHM de, Giovanella L. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12 (3): 601-610.

Minayo MCS de, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social teoria, método e criatividade. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 1997.

Minayo MCS de, Assis SG de, Souza ER de (orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Moreira AFB. Sociologia do currículo: origens, desenvolvimento e contribuições. Em aberto. 9(6): 73-83.

Moreira AFB. Currículos e programas no Brasil. Campinas: Papirus; 1990.

Moreira AFB (org.). Conhecimento educacional e formação do professor. Campinas: Papirus; 1994.

Neto AF. Foucault e a educação. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.

Nogueira RP. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde/ Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

Noronha JC de, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciênc. saúde coletiva. 2001; .6(2): 445-450.

Nóvoa A. Para uma análise das instituições escolares. In: Nóvoa A (org.). As organizações escolares em análise. Lisboa: Dom Quixote; 1992.

Nunes ED. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. Ci Saú Col. 1996; 1(1): 55-69.

Nunes TCM. A historia, a saúde pública e a cooperação técnica: antigos nexos e novos desafios do mundo globalizado. Cienc. saú col. Vol.13 no.3. Rio de janeiro May/June 2008.

Oliveira JAA de, Teixeira SMF. (im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1986.

Paim JS, Almeida FN de . Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saú. Púb. 1998; 32 (4): 299-316.

Paiva CHA, Alves FP, Hochman G. a cooperação técnica Opas-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). Cien. Saú Col. Vol.13 no.3. Rio de janeiro mai/jun; 2008.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia Rev Saú. Púb. 2001; 35(1): 103-9 103.

Pereira IB, Lima JCF (orgs.) Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Pereira IB, Ramos MN. Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Pérez Gómez AI. A cultura escolar na sociedade neoliberal. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Pierantoni CR, VarellaTC, Santos M Rios, França T; Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. Physis. 2008; 18 (4): 685-704.

Pimenta SG. Docência no ensino superior. 2ed. São Paulo: Cortez ; 2005.

Pinheiro R e Mattos RA (Orgs.) Cuidado as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, Abrasco; 2008.

Pirez FMF. O que é saúde pública? Cad Saú Púb. 1987 ; 3(1): 62-70.

Quivy R, Campenhautd LV. Manual de investigao em ciências sociais. Tradução João Minhoto Marques, Maria Amélia Mendes e Maria Carvalho. 2 ed. Rio de Janeiro: Gradiva; 1998.

Ramos CL, Melo JAC de, Soares JCRS. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: Atié E, Hollanda E, Souza HO de, Melo JAC de, Soares JRS de, Neto OC, Jacobi PR, Borges SNJ, Valla VV. Organização: Costa NR, Minayo MCSM de, Ramos CL, Stotz EM. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Vol.II. Petrópolis: Vozes; 1989:145-64.

Ramos M. A pesquisa sobre educação Profissional em saúde no MERCOSUL: uma contribuição para políticas de integração regional referentes à formação de trabalhadores técnicos em saúde. Cad. Saú.Pub. 2007; 23 (sup 2):282-291.

Richardson RJ. Pesquisa social métodos e técnicas. 3ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Rosen G. Uma história da saúde pública. 3 ed. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: UNESP; 2006.

Santana JP de. História, saúde e seus trabalhadores: o contexto internacional e a construção da agenda brasileira. Cienc.saú col. 2008; 13(3): 832-835.

Santomé JT. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Tradução Claudia Schilling. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Santos BS de. Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 11^a.ed. São Paulo: Cortez; 2006.

Santos BS de. Um discurso sobre as ciências. 5 ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Saviani D. Escola e Democracia. 20 ed. São Paulo: Cortez ; 1988.

Silva EL da, Cunha MV da. A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. Ci. Inf; 2002 31(3): 77-82.

Silva TT da. Teorias do currículo. Uma introdução crítica. Porto: Porto Editora; 2000.

Silva TT da. Sociologia da educação e pedagogia crítica em tempos pós-modernos. In: Silva TT da, organizador. Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Siqueira AC de, Neves LMW (org). Educação superior: uma reforma em processo. São Paulo: Xamã; 2006.

Smith LM. An evolving logic of participant observation, educational ethnography and other case studies. In: Shulmann L, editor. Review of research in education. Peacock: Itasca, III; 1978.

Souza JMP de, Mercadante AO, Arantes GiR, Ferreira AS, Vasconcelos TP de. Curso de Saúde Pública em um semestre: algumas considerações. Rev. Saúde Pública vol.40 no.5 São Paulo Oct. 2006.

Stake RE. The art of case study research. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.

Strauss A, Corbin J. Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.

Stoer SR, Magalhães AM. Educação, conhecimento e a sociedade em rede. Edc. Soc. 2003; 24 (85): 1179-1202. . Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

Teitelbaum K, Apple M. John Dewey. Cur sem Front. jul.dez. 2001; 1(2): 194-201.

Teixeira A. Ciência e arte de educar. Edu.Ci. Soc. 1957; (2): 5-22.

<http://www.inep.gov.br/pesquisa/bbe-online>. Acesso em 10/mar/2007.

Thiollent MJM. Critica metodológica, investigação social e enquete operária. 3ed. São Paulo: Polis; 1982.

Tuxworth E. Competence based education and training background and origins. In: Burke JW, editor. Competency based education and training. Exeter, UK: The Farmer Press; 1989.

Vasconcellos MPC , Siqueira AAF de. Uma contribuição à saúde pública no Brasil: Centro de educação permanente em saúde. Saúde em Debate. 1996. (52): 18-23.

Vilela E M , Mendes I JM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003; 11 (4): 525-531.

WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva: World Health Organization; 2007.

ANEXOS

**Anexo 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS COORDENADORES DO
CURSO DE ESPECIALIZACAO ENTRE 1990-2006**

1. Qual era o contexto da política de saúde na época que você exercia a coordenação do Curso de Especialização em Saúde Pública?
2. Houve mudanças nesse contexto que ocasionaram alterações no curso e na oferta do mesmo?
3. No tempo em que exercia a coordenação do Curso de Especialização em Saúde Pública qual era o perfil do especialista em saúde pública que se desejava formar?
4. Quem participava do planejamento do curso?
5. Como era resolvido o problema do volume de conhecimento e da crescente especialização do conhecimento dentro da saúde pública?
6. Qual era a influência da prática dos serviços de saúde no planejamento do curso, ou seja, como era possível acompanhar o que acontecia na prática?
7. Havia alguma iniciativa no processo de desenvolvimento do curso para aproximar teoria e prática?
8. Quais foram suas experiências mais significativas na coordenação do Curso de Especialização em Saúde Pública?
9. Quais foram as principais dificuldades encontradas durante a sua coordenação?
10. Até que ponto as lacunas observadas nos cursos de graduação relativas ao conteúdo e as práticas de saúde pública influenciavam o currículo do Curso de Especialização em Saúde Pública? Quais foram as estratégias empregadas para solucionar o problema?
11. Porque mudou o nome de curso básico para o curso de especialização?
12. Como é o seu olhar de professor para formação de especialista desta área?

**Anexo 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES DA INSTITUIÇÃO
ENTRE 1990-2006**

1. No contexto das políticas de saúde, na sua gestão, qual era o papel do Curso de Especialização em Saúde Pública?
2. Quais eram os determinantes externos que influenciavam na formação desse especialista?
3. Os debates sobre as necessidades de mudança na formação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde influíam de alguma forma? Como?
4. Na sua gestão, quais eram as prioridades da Escola Nacional de Saúde Pública?
5. Na sua gestão, quais eram as prioridades do Curso de Especialização em Saúde Pública?
6. A criação de um curso de graduação em saúde pública terá impacto na formação do especialista em saúde pública? Como é possível resolver essa tensão entre generalista e especialista?
7. Qual era o perfil do especialista que se pretendia formar na sua gestão?

Anexo 3. LISTA DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS

No.	Documentos	Ano
1.	Programa do Curso do Instituto Oswaldo Cruz	1912
2.	Programa do curso do Instituto Oswaldo Cruz	1913
3.	Departamento Nacional de Saúde – Regulamento	1921
4.	Decreto 16.782 de 13.1.1925 sobre o curso de Higiene e saúde Pública do Brasil	1925
5.	Programa do Curso Especializado de Higiene e Saúde Pública	1930
6.	Ofício No. 255 do Departamento Nacional de Saúde	1938
7.	Dois Ofícios sem número ao Sr. Ministro em relação aos professores da Faculdade de Medicina	1938
8.	Artigo 180 da Constituição Federal	1938
9.	Decreto Lei 2243 de 29 de maio	1940
10.	Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde	1940
11.	Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde	1941
12.	Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde	1943
13.	Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde	1944
14.	Programa do Curso de Saúde Pública	1945
15.	Programa do Curso de Saúde Pública	1950
16.	Três relatório dos alunos do Curso de saúde pública aos Estado de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte.	1959
17.	Ofício no. 144 - Realização dos cursos de saúde pública para Médicos	1959
18.	Edital no. 1 da Escola Nacional de Saúde Pública Normas para inscrição e matriculo no curso Básico de Saúde Pública	1960
19.	Edital no. 11 da Escola Nacional de Curso Básico de Saúde Pública – lista dos concluintes	1960/61

LISTA DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS (Cont..)

No.	Documentos	Ano
20.	Listagem de classificação dos alunos	1960/61
21.	Edital no, 16 da Escola Nacional de Saúde Pública Normas para inscrição e matriculo no curso Básico de Saúde Pública	1961/62
22.	Listagem dos professores e seus assistentes do curso Básico de Saúde Pública	1965
23.	Edital no. 1 da Escola Nacional de Saúde Pública Normas para inscrição e matriculo no curso Básico de Saúde Pública	1966
24.	Lei no. 5.019 -	1966
25.	Programa do Curso de Saúde Pública – Mestrado	1966/1967
26.	Circular – Curso de Saúde Pública (Adequação)	1969
27.	Programa do Curso de Saúde Pública	1970
28.	Atividades docentes do Curso de Saúde Pública	1970
29.	Programa do Curso de Saúde Pública	1971
30.	Oficio no. 548 sobre estágio dos alunos do curso de Saúde Pública	1971
31.	Programa do curso de Saúde Pública	1972
32.	Programa do curso de Saúde Pública	1973
33.	Informações sobre inscrição, critérios de seleção e matricula de candidatos ao Curso Básico de saúde Pública no Instituto Presidente Castelo Branco. Categoria: Aperfeiçoamento.	1975
34.	Programa do Curso Básico de Saúde Pública	1976
35.	Programa do curso de Saúde Pública	1976
36.	Programa do curso de Saúde Pública	1977
37.	Edital no. 7/78 referente os nos dos alunos matriculados no Curso de Especialização em Saúde Pública	1978
38.	Programa do curso de Saúde Pública	1978
39.	Programa do Curso Básico de Saúde Pública	1978

LISTA DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS (Cont..)

No.	Documentos	Ano
40.	Programa do Curso de Saúde Pública	1980
41.	Programa do Curso de Saúde Pública	1981
42.	Programa do Curso de Saúde Pública	1982
43.	Programa do Curso de Saúde Pública	1983
44.	Programa do curso de Saúde Pública	1984
45.	Programa do Curso de Saúde Pública	1985
46.	Programa do Curso de Saúde Pública	1986
47.	Seminário de Avaliação e Perspectivas – ENSP	1986
48.	Programa do Curso de Saúde Pública	1987
49.	Programa do Curso de Saúde Pública	1988
50.	Proposta de Reformulação em Discussão do Curso de Saúde Pública	1988
51.	Reformulação do Curso de Saúde Pública – Definitivo	1988
52.	Programa do Curso de Saúde Pública	1989
53.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1990
54.	Política de ensino – ENSP	1990
55.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1991
56.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1992
57.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1993
58.	Regulamento interno do Curso de Especialização em Saúde Pública	1993
59.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1994
60.	Relatório do seminário do curso de especialização em saúde pública e residência para discussão do bloco teórico.	1994
61.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1995
62.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1996

LISTA DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS (Cont..)

No.	Documentos	Ano
63.	Proposta Preliminar de Reestruturação	1996
64.	Cronograma de encerramento das atividades do CESP	1996
65.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1997
66.	Proposta para o curso de especialização em saúde pública	1997
67.	Ata da reunião da coordenação do curso de especialização em saúde pública programa de residência	1997
68.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1998
69.	Cronograma das atividades do CESP	1998
70.	Sugestões para o Desenvolvimento da ENSP no Triênio	1987/89
71.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	1999
72.	Ata da reunião do colegiado	1999
73.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	2000
74.	Cronograma do curso de especialização em saúde pública	2000
75.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	2001
76.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	2002
77.	Cronograma do curso de especialização em saúde pública	2002
78.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	2003
79.	Cronograma do curso de especialização em saúde pública	2003
80.	Ata de seleção do curso de especialização em saúde pública	2003
81.	Regimentos de Ensino FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	2003
82.	Documento ENSP em movimento	2003
83.	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	2004
84.	Cronograma do curso de especialização em saúde pública	2004
845	Ata de seleção do curso de especialização em saúde pública.	2004

Lista dos documentos consultados (Cont..)

No.	Documentos	Ano
856 .	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	2005
867 .	Cronograma do curso de especialização em saúde pública	2005
878 .	Ata de seleção do curso de especialização em saúde pública.	2005
889 .	Programa do Curso de Especialização em Saúde Pública	2006
9089 .	Cronograma do curso de especialização em saúde pública	2006
901 .	Ata de seleção do curso de especialização em saúde pública.	2006

Anexo 3
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Fiocruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma investigação cujo tema é **FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA MODALIDADE ESPECIALIZAÇÃO – ESTUDO DE CASO NA ENSP** na tese de doutorado realizada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-Fiocruz). Vale ressaltar que a sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo do estudo é analisar as mudanças significativas no ensino de pós-graduação *lato sensu* em saúde pública que contribuirão para a formação das características atuais de especialistas em sua prática profissional. Para esse estudo, sua participação será através de uma entrevista de no máximo 20 minutos, respondendo a algumas perguntas sobre o processo de gestão acadêmica. A entrevista será gravada para manter maior fidelidade do conteúdo das informações. Garantimos que será mantida a **CONFIDENCIALIDADE** das informações e o **ANONIMATO** de todos que participarem das entrevistas, mesmo que o número de participantes seja pequeno. O material gravado será destruído tão logo encerre a análise do conteúdo. Sua escolha foi orientada *pela sua posição dentro da instituição e sua atuação no Curso de Especialização em Saúde pública*.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto a sua participação. A sua contribuição beneficiará a instituição na melhoria da qualidade do Curso de Especialização em Saúde Pública e na formação dos profissionais de saúde. Você terá como benefício informações para a melhoria da organização das práticas dos profissionais de saúde.

Em caso de qualquer dúvida, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Monireh Obbadi, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 712, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP: 21041-210 ou por endereço eletrônico da pesquisadora monireh@ensp.fiocruz.br, ou com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 21041-210 ou pelo telefone (21) 25982863.

Monireh Obbadi
Responsável pela pesquisa

Eu, _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados.

ASSINATURA _____
Data: ___ / ___ / 2010