

Uma casa de pensamento e ação

A valorização do 'instituinte' na construção do modelo de escola nacional: a Ensp de 1970 a 1989

Tânia Celeste Matos Nunes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LIMA, NT., FONSECA, CMO., and SANTOS, PRE., orgs. *Uma escola para a saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 268 p. ISBN 85-7541-047-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

6. A VALORIZAÇÃO DO ‘INSTITUINTE’ NA CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ESCOLA NACIONAL: A ENSP DE 1970 A 1989

Tânia Celeste Matos Nunes

INTRODUÇÃO

Refletir e escrever por ocasião dos 50 anos da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) é uma rica oportunidade de revisitar uma história construída com técnica, luta, criatividade e dedicação pelas equipes que por ali têm passado e de ressaltar as diferentes iniciativas que, ao longo desse meio século de existência, conformaram o atual modelo. O mergulho nessa história convida a falar de uma instituição que cresceu na adversidade, atravessou o período dos governos militares com muita altivez e habilidade, construindo um espírito de corpo que se tornou atributo essencial para o equilíbrio e para a geração de sucessivos projetos de inovação.

Os primeiros 20 anos foram decisivos para a criação de uma base técnica e política fundamental ao diálogo de uma jovem Escola de Saúde Pública vinculada a uma estrutura governamental como o Ministério da Saúde. A ênfase inicial se estabeleceu em torno dos quatro grandes eixos que informavam a política de saúde da época, e deles derivaram os processos de renovação estabelecidos a partir da década de 1970. São eles: a educação em saúde, a epidemiologia de serviços, a administração de saúde e o saneamento. Estas eram as referências que estruturavam as práticas de saúde pública dos serviços da época, com forte influência da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), também vinculada ao Ministério da Saúde, e com uma outra expressão de prática dos serviços estaduais e municipais de saúde, que também influenciavam os conteúdos de cursos, notadamente aqueles relacionados aos programas materno-infantil e de controle da tuberculose.

Na década de 1960, o país esteve submetido a expressivos fenômenos no âmbito da política geral, todos eles com influência na dinâmica da saúde pública brasileira. Os três primeiros anos da década,

que correspondem ao governo João Goulart, de grande efervescência política de caráter progressista, deram lugar aos primeiros anos do regime militar. Após sucessivas intervenções nas instituições, o governo militar editou o ato institucional n. 5, trazendo o cerceamento das liberdades democráticas e o desmonte de inúmeras instituições de ensino.

Nesse contexto, a reforma universitária foi implantada e, dentre outras medidas, determinou o reordenamento radical da lógica de organização universitária, induzindo à criação de novas estruturas que alteravam a orientação até então existente de formatação das faculdades por categorias de cursos correspondentes à organização profissional. Às escolas ou faculdades assim organizadas juntaram-se os institutos, espaços que os estudantes passaram a frequentar de forma socialmente desarticulada nos primeiros anos de sua formação acadêmica. Nessas unidades, foram organizadas as ciências básicas, com conteúdos relacionados a um conjunto de profissões, mas a sua implantação em institutos, além de se apresentar como uma medida racionalizadora, representou um concreto retardamento da convivência dos novos estudantes com suas respectivas corporações (escolas de medicina, engenharia, nutrição, dentre outras). Nas escolas vinculadas às universidades, os alunos passaram a frequentar apenas a etapa profissionalizante dos cursos.

Pela sua localização na Fiocruz, a Ensp vivenciou outras conseqüências de medidas repressivas, como a cassação de cientistas renomados, e teve alguns de seus professores demitidos. Mas não foi atingida pelas orientações de caráter organizativo impostas pela reforma às universidades, mantendo-se, dessa forma, como uma escola de formação de sanitaristas, uma corporação que se formou em torno da relação ensino ensino-serviço, constituindo, na década de 1960, o embrião do que se tornaria uma base sólida para o desenvolvimento do projeto de ‘escola nacional’, configurada com mais nitidez a partir dos anos de 1970.

Nesse contexto, foi editado pelo governo federal o decreto-lei n. 200, que estabeleceu as bases estruturantes da nova administração pública, “visando à execução de planos e projetos de forma racional”.¹ Essas concepções reorientadoras da administração pública provocaram na Ensp um debate em torno da atualização dos cursos e de sua adequação à

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

realidade. O curso de formação de sanitaristas até então existente, segundo Eduardo Costa, um de seus docentes, formava 'diplomatas da saúde', concepção que não se coadunava com as novas propostas de preparação de quadros de governo, podendo ser considerada a primeira indicação de que a Ensp deveria se encaminhar para um projeto de Escola de Governo, que foi 'adotado e tecido' ao longo dos anos subseqüentes.

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

A história da Ensp dos últimos 30 anos revela que as iniciativas de projetos que conformaram o seu atual modelo se relacionaram com as matérias relativas à qualificação para o trabalho ao mercado de trabalho e à relação ensino-serviço. Mas foi na dimensão política que essas expressões adquiriram significado e passaram a integrar as bases que vêm formando as sucessivas gerações de professores e de sanitaristas e que projetaram a Ensp como uma escola que adquiriu relevância na formação de recursos humanos para a saúde coletiva de todo o país.

Em todas as décadas é possível identificar uma grande vitalidade no processo de renovação do modelo de Escola, da oferta de cursos e das linhas de pesquisa. Sua organização departamental reflete o grau de relevância que as áreas de epidemiologia, ciências sociais, engenharia sanitária e saúde do trabalhador e ecologia humana adquiriram ao longo do processo de construção do campo da saúde coletiva. Vale destacar que o processo mais contemporâneo de construção da Ensp, nos anos recentes, está perfeitamente integrado à reconfiguração do campo, sendo ela própria uma instituição emblemática dessa história.

Ao serem apresentados à moderna Ensp em seus catálogos de cursos, eventos, folderes, páginas de comunicação eletrônica e outros processos de divulgação utilizados pela Escola, jovens alunos e visitantes costumam demonstrar perplexidade com a sua vitalidade, como um centro de formação que esteve sempre no setor público e que 'forma quadros' para esse mesmo setor, em cursos de *lato* ou *stricto sensu* para alunos de todo o país e de outros países.

É possível que alguns perguntem a si próprios: de onde vem essa vitalidade? Talvez em suas interrogações ainda acrescentem a constatação de que a década de 1990 se inicia com o governo Collor, instalando-se em todo o país uma certa descrença nas estruturas públicas, produzindo uma avaliação do senso comum de que os jovens não desejariam mais integrar carreiras que fossem tão dependentes da estrutura pública como a de saúde pública. Na mistura de interrogação com a busca de compreensão, o aluno ou visitante vai encontrar uma escola que nessa mesma década implantou novos projetos estruturantes como os mestrados profissionais, a educação a distância e a Escola de Governo, sem prejuízo da reestruturação de seu programa de mestrado e doutorado, que também ocorreu nesse período integrando-se perfeitamente ao sistema Capes, dando uma demonstração inequívoca de sua capacidade de renovação, inclusive em épocas de crise como aquela. E seguindo um pouco adiante, na direção das origens dessa Escola, os interlocutores vão se deparar com uma densa história vivenciada nas suas três primeiras décadas de existência, por seus trabalhadores e dirigentes, e nela vão encontrar muitos fatos que revelam uma permanente ‘atitude de renovação’, que foi apreendida pelos atores institucionais em sucessivas experiências e diferentes ciclos de governo com os quais a Ensp interagiu de forma ativa.

Na análise sistemática de sua história, realizada pelo resgate de documentos, da evolução dos cursos de 1970 a 1989 e por depoimentos de atores-chave que estiveram na Escola nesse período, é possível identificar que essa criatividade e capacidade empreendedora se atualizam com um adensamento da visão política, incorporação de prestígio e solidez tecnocientífica, o que pode ser observado pela análise das programações, mesmo em conjunturas muito adversas para o setor público como no governo Collor.

A revisão dessa história permite o resgate de fatos que relacionam permanentemente a Escola com a discussão e conformação do sistema de saúde brasileiro. A partir de 1970, principalmente, esta história está permeada pela compreensão de que saúde pública e política se fazem numa relação muito íntima. Os movimentos, projetos, programas e a participação ativa em processos de renovação das políticas de saúde parecem indicar que as escolas de saúde pública devem perseguir seus objetivos guiadas por essa noção. A postura crítica que foi construída pela Ensp em sucessivos ciclos revela que a interação com a realidade de forma inquieta e produtiva favorece à renovação e à abertura de diálogo com os novos ambientes, deles retirando matéria fundamental aos novos

ciclos de criação. A evolução e a problemática envolvida nessa história representam a tradução de uma metodologia de relação da Escola com a sociedade e de aprimoramento cotidiano de um projeto que cresceu produzindo um ensino impregnado de uma atitude crítica e de compromisso com a realidade social brasileira.

Este texto tomará como referência, prioritariamente, os cursos *lato sensu* e a relação da Escola com o sistema de saúde brasileiro, com ênfase no período de 1970 a 1989.

DO DIPLOMATA DA SAÚDE AO SANITARISTA: O MODELO FICA MAIS SÓLIDO E SE TORNA NACIONAL

A racionalidade apontada na lógica de reorganização do Estado brasileiro na década de 1960 estava articulada a um contexto político internacional, no qual o governo se inseriu associando-se a outros países da América Latina e firmando pactos de governabilidade que tinham como referência o cenário político turbulento da época, em toda a região. As ações decorrentes dos acordos firmados deveriam ter impacto na área social dos países, que, nesse tempo, eram governados por regimes ditatoriais em quase sua totalidade.

São exemplos dessa participação brasileira a 1ª Reunião dos Ministros do Interior em Punta del Este (1961) e a 1ª Reunião dos Ministros de Saúde das Américas (1963), ambas apontando caminhos de reorganização do Estado e das práticas estatais.

A planificação do social proposta pela Carta de Punta del Este cria as condições propícias ao desenvolvimento desse discurso planejador, à elaboração de técnicas, à formação de intelectuais que darão coerência a esse discurso e procurarão legitimá-lo pela sua abordagem 'científica' para a intervenção na realidade social. A partir daí, estabelecem-se as estratégias para a difusão desse movimento, com apoio de organizações internacionais, visando a sua assimilação pelo Estado. (Paim, 1986b: 69-70)

Analisando essa conjuntura sob o prisma dos recursos humanos, Teixeira (1982: 42) também ressalta a importância da emergência da noção de recursos humanos em saúde, produzindo, no interior do governo, um processo que implicou a “modernização progressiva da ideologia estatal”.

Coerente com as orientações que se seguiram aos compromissos assumidos internacionalmente pelo governo, realizou-se, em 1967 no Rio de Janeiro, a 4ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema principal

os recursos humanos,² com uma participação expressiva de docentes da Ensp. Em seu programa, foram abordadas as questões que permeavam a visão de planejamento do setor, antecipando uma problemática ligada ao planejamento de recursos humanos que seria materializada pelo governo, na década de 1970, no Plano de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), componente indutor da expansão da rede de serviços públicos de saúde na dimensão dos recursos humanos.

O conjunto de medidas governamentais que se instituíram nesse período favoreceu a constituição de uma base sólida de conteúdo técnico e de uma linha de pensamento na Ensp voltada para a formação de ‘quadros’ engajados nas esferas federal e estadual de governo. Os processos seletivos dos cursos de saúde pública faziam uma busca ativa de profissionais inseridos nas secretarias estaduais de saúde e nas diretorias regionais da Fundação Sesp e da Superintendência de Campanhas (Sucam), órgãos federais com muita relevância na prestação de serviços de saúde pública em todo o país à época, que se deslocavam até o Rio de Janeiro para frequentar os cursos. Essa clientela era vinculada a fortes corporações da prestação de serviços de saúde pública e, nesse período, organizava-se em carreiras de funcionários públicos que valorizavam o grau de especialização, refletindo em um aumento significativo da procura pelos cursos da Ensp.

O número de concluintes dos cursos de saúde pública passou de 23, em 1970, para 65 em 1975, sendo que em 1970 se inscreveram 48 alunos para a seleção, número que chegou a 144 em 1975. Este fenômeno pode ser atribuído ao fato de os cursos serem multiprofissionais, como também à articulação que a Escola passou a estabelecer com os outros órgãos de governo, que reconheciam o título de sanitarista com uma correspondente ascensão funcional e um aumento da remuneração (Nunes, 1998).

Vários setores faziam demandas à Escola. Existia no Sesp um plus em salário, que os funcionários recebiam, por especialização. (Entrevista com Arlindo Fábio Gómez de Sousa, 1998).

Tirando os militares, que eu não sei explicar, com os outros órgãos tinha muito o espírito de atender às necessidades de promoções das pessoas em suas carreiras respectivas. Como na área militar, as promoções eram baseadas

² A 4ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada de 30/08 a 04/09 de 1967 no Rio de Janeiro e contou com a participação de três professores da Ensp entre os palestrantes, discorrendo sobre os temas “O Profissional de Saúde que o País Necessita”, “Pessoal de Nível Médio e Auxiliar” e “Responsabilidade do Ministério da Saúde na Formação e Organização dos Profissionais de Saúde e do Pessoal de Nível Médio e Auxiliar” (Brasil/MS, 1993a).

nos títulos, e os cursos eram instrumentos para isso. Estava se desenhando a carreira de sanitaristas. (Entrevista com Eduardo de Azeredo Costa, 1998)

Por ocasião do anúncio do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)³ em 1974, o ministro da Previdência proferiu discurso na Escola Superior de Guerra recomendando como medidas necessárias a redução das desigualdades sociais e a ampliação da área de atendimento das necessidades sociais da população em termos de escolas, habitação, níveis sanitários básicos, proteção médica e previdenciária, colocando-as como pressupostos para o processo de distensão política, recomendação que guarda coerência com os compromissos assumidos pelo governo brasileiro, na Reunião de Ministros da Saúde em 1972, no Chile (Opas, 1972).

A explicitação das áreas de importância para os investimentos sociais no II PND favoreceu a articulação de algumas representações de trabalhadores no interior do governo, abrindo espaços para a formulação de programas de extensão de cobertura como o Programa Nacional de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass – Brasil, 1976), que, em seus desdobramentos, buscou uma aproximação entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Vale ressaltar que a extensão de cobertura foi uma política que se implantou em toda a América Latina nesse período, com a participação da Opas, com modelos peculiares em cada país.

Fruto de definições estratégicas nacionais, estabeleceu-se o acordo interministerial que envolveu os Ministérios da Educação, da Saúde e a Opas.⁴ No âmbito do acordo, estruturaram-se as ações de cooperação técnica

³ O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) foi anunciado pelo então Presidente Geisel, em 10 de setembro de 1974, consubstanciando 'metas tentativas' a serem alcançadas entre 1975 e 1979. Em sua 1ª parte, o PND refere o Brasil como potência emergente e, dentre outros temas, aborda uma estratégia de desenvolvimento social, onde estão tratados os temas de distribuição de renda, emprego e salários e valorização dos recursos humanos. O Cap. XIV aborda a Política Científica e Tecnológica (Brasil, 1974: 131-140).

⁴ A organização do grupo de trabalho da Opas que passou a integrar o Acordo Interministerial teve características muito peculiares no Brasil em relação aos outros países. Para coordenar o grupo técnico responsável pelas ações de recursos humanos do acordo, foi incorporado um técnico que atuava anteriormente na Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) com formação sólida em programas de desenvolvimento regional, o dr. Carlyle Guerra de Macedo. Ele estabeleceu fortes laços de trabalho com grupos técnicos do Ministério da Saúde, exercendo com extrema habilidade essa função no desenvolvimento das atividades que decorreram da formalização do acordo. Esse coordenador foi figura destacada na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, e, mais tarde, Carlyle Guerra não seria escolhido diretor-geral da Organização Pan-Americana da Saúde. (Depoimentos concedidos para a dissertação de mestrado da autora, "A supervisão em Saúde: um estudo exploratório em instituições públicas no âmbito federal e estadual", defendida na UFBA em 1986).

aos estados, tendo a extensão de cobertura de serviços como denominador de uma ação que articulava o Piass (extensão de cobertura de serviços) e o Ppreps (formação de recursos humanos). Os dois programas se constituíram, dessa forma, em estruturantes da estratégia de expansão delineada como diretriz de governo (Brasil, 1975, 1976).

Os estímulos que emergiram do ambiente político e do processo de implantação desses programas favoreceram a formulação de propostas por grupos de docentes que, no interior da Ensp, vinham problematizando os modelos de cursos adotados. Nesse debate, os professores da Escola buscaram construir projetos que se articulassem ao ambiente mais amplo e à nova conjuntura, favorecendo sua aproximação com grupos progressistas de outras instituições governamentais de ensino ou de serviço.

No mesmo período, a Opas também disseminava em todo o continente, com atenção especial para o Brasil, uma estratégia de reformulação da educação médica, visando ao fortalecimento dos departamentos de medicina preventiva e elegeu a Ensp como uma parceira privilegiada através do Programa de Estudos Socioeconômicos e Sociais em Saúde (Peses – Brasil, 1978). Os estudos e a forma organizativa de parceria desta Escola com as universidades localizadas em diferentes estados brasileiros fizeram do Peses estratégia fundamental ao modelo da Ensp, permitindo a produção de importante material de reflexão para o movimento que deu origem aos conceitos de medicina social e saúde coletiva e a outras reformulações que vieram a se configurar nesse campo.

Como parte das propostas elaboradas pelos docentes, no movimento que paralisou os cursos em 1974, foram formuladas propostas pedagógicas que previam uma reinterpretação do curso básico e a criação de outros ciclos de especialização. Mas, no campo da formação de recursos humanos para os serviços de saúde, foram outros dois projetos que produziram maior impacto na mudança da forma de relação da Ensp com a formação de quadros para o sistema de saúde brasileiro: o Programa de Cursos Descentralizados e a criação da residência de medicina social articulada ao Programa de Apoio às Residências (PAR), instituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). O primeiro estabeleceu novas bases de relação da Ensp com o Sistema de Saúde; o segundo trouxe para a Escola a possibilidade de problematizar as práticas de serviços prestados pelo Inamps, alterando radicalmente o referencial de serviços até então tomados como campo de atenção e prática de seus docentes, permitindo ainda a abertura de vagas para jovens recém-formados: “A introdução desse curso na Escola renovou a prática de

técnicas e políticas do ensino da saúde pública, aproximando-a da medicina social e, posteriormente, da saúde coletiva” (Entrevista com Paulo Marchiori Buss, 1998).

O contexto de reformas que atingia o setor público da saúde e que avançava através das atividades do Piass e do Ppreps junto às secretarias estaduais gerou demandas de reorganização do Sistema de Saúde, requerendo a ampliação e qualificação das equipes; o curso de saúde pública era o caminho que dava acesso a essa formação.⁵

A crescente procura de profissionais dos serviços de saúde pelos cursos da Ensp evidenciava um apoio das secretarias estaduais de saúde, e o Programa de Cursos Descentralizados foi o projeto que permitiu dar uma resposta política formal a essa demanda. A organização da proposta contava com recursos específicos alocados pela Fundação Oswaldo Cruz em articulação com o Ppreps, com uma retaguarda docente mobilizada para a missão e com um conjunto de instrumentos que deu corpo à cooperação da Ensp com os estados, assim organizados:

- Instrumento convenial entre a Fiocruz e a secretaria estadual, e em alguns casos, com a participação da universidade local;
- Reconhecimento da coordenação local, firmado pela Ensp, mediante indicação do conveniado;
- Estratégia de incentivo à participação de corpo docente local, com crescente envolvimento das universidades;
- Apoio da Ensp ao processo de seleção e instalação do curso, e responsabilização pelas disciplinas que não fossem preenchidas pelos docentes locais;
- Desenvolvimento da capacidade local de adaptação de conteúdo e metodologias, respeitando o currículo mínimo estabelecido pela Ensp;
- Trabalho sistemático de divulgação, para facilitar a inscrição de candidatos e de algumas atividades docentes realizadas nos estados satélites (Uchôa & Paim, 1982: 40).

⁵ Entre os resultados creditados ao processo de descentralização dos cursos, Uchôa e Paim destacam: permanente interesse das secretarias de saúde; maior integração das universidades com os serviços de saúde; progressiva capacitação das coordenações locais de cursos; criação de carreira de sanitaristas em algumas secretarias estaduais de saúde; mudanças na estrutura dos cursos ministrados pela Ensp e intercâmbio de experiências docentes.

Essas exigências de caráter formal se constituiriam nas principais orientações que nortearam os movimentos da Escola junto aos estados, no Programa de Cursos Descentralizados, e refletem uma linha política de compartilhamento e inclusão, traduzida em mecanismos que podem ser considerados como as primeiras referências mais significativas de uma ‘escola nacional’, assim mencionadas por professores que participaram dessas definições:

Lembro que a essa altura já tinha Peses-Peppe andando e desenvolvendo suas pesquisas. O grupo que não estava nesses dois projetos iria se envolver com os cursos descentralizados. Ficava um grupo que participava do experimento aqui e outros que eram caixeiros-viajantes. Ia um professor da Escola e escolhia um ex-aluno, daí o relacionamento com as Preventivas.

(...)

Na relação com as universidades optamos pelas Preventivas na realização dos cursos, para absorver disciplinas. Isso foi uma estratégia definida por nós, como Escola donativa. Pensamos em como criar uma rede e fortalecer os departamentos. Achávamos que os cursos de saúde pública influenciariam a graduação. Os convênios eram tripartites. Essa também era uma opção para buscar viabilidade enquanto Escola, e não como um Centro de Formação. (Entrevista com Arlindo Fábio Gómez de Sousa, 1998)

Sem prejuízo da análise da contribuição fundamental dos cursos regulares já existentes na década de 1970, notadamente do curso de saúde pública, pode-se considerar que a incorporação dos três projetos mencionados mudou a Ensp, trazendo para o seu interior as novas bases de interlocução evidenciadas por cada um desses programas, influenciando os projetos já existentes e consolidando parcerias entre os aliados que integravam o ambiente político mais amplo e que estavam em posições estratégicas nas instituições-alvo de suas articulações.

A decisão pela criação do Programa de Cursos Descentralizados não foi um ato burocrático vinculado a diretrizes do Ministério da Saúde. A construção do projeto vinha sendo debatida por docentes com a direção da Escola, em negociações que buscavam um reconhecimento maior do seu trabalho; nesse contexto, foi possível negociar mudanças substantivas na lógica organizativa dos cursos e na remuneração dos professores.

O Ernani Braga veio para a Escola, e a gente resolveu repensar as coisas. Mas ele não durou; foi para a Secretaria de Saúde. A gente ganhava mal e não dava para declarar greve naquele contexto, mas conseguimos armar

uma confusão e parar os cursos no primeiro semestre de 1974. O Oswaldo Costa [diretor da Escola] tinha seus contatos lá, e desse movimento saiu um princípio de carreira com Almeida Machado e a aprovação de várias propostas de reformulação do ensino: eu tinha planejado retomar um mestrado progressivo, implantar a residência em saúde pública, que começaria no início do ano; o curso de saúde pública começaria no meio do ano. Haveria um segundo período de cinco meses para quem fosse fazer o mestrado. Eram múltiplas entradas e múltiplas saídas. Em dois anos fariam os dois cursos. Daí saiu a divisão dos cursos em básico e especialização. (Entrevista com Eduardo de Azeredo Costa, 1998)

O clima reformista persistiu durante todo o período de implantação dessas propostas, que avançaram em um contexto sociopolítico favorável à modernização das instituições públicas, quando a formação de recursos humanos ganhou relevância vinculada à modernização das estruturas. Assim também começaram a ser discutidas as possibilidades de expandir os limites da Escola para outros espaços do país.

Estava recém-criada a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. O Ossanay então foi dirigi-la, e um dia ele veio à Ensp para discutir sobre os seus cursos. Queria dar validade a um curso de curta duração que seria realizado lá no Rio Grande do Sul. Discutimos como seria um curso básico de saúde pública que atendesse à Secretaria de Saúde daquele Estado. E fizemos uma discussão sobre o assunto, porque a epidemiologia local não podia ser igual à outra. (Eduardo de Azeredo Costa, 1998)

Havíamos feito uma consultoria no norte do Brasil, com vistas à organização de um livro sobre febre amarela. Era o Rubens Brito. Fizemos contato com a Sudam, também com a Elisa, no Pará. Ela tomou a descentralização dos cursos como algo seu também. (Entrevista com Arlindo Fábio Gómez de Sousa, 1998)

As razões para adotar uma proposta de descentralização dos cursos foram sendo identificadas, e já começavam a surgir manifestações dos serviços por uma maior necessidade de sanitaristas formados. Havia, entre os docentes, a constatação de que esse modelo deveria levar em conta uma referência geral da formação dos sanitaristas, mas também contemplar a diversidade nacional e as características locais.

Sabíamos que muitos alunos não voltavam ao seu estado de origem, o que provocava uma reação dos dirigentes de suas instituições. A grande maioria tinha dificuldade de converter os modelos nacionais quando retornava. Finalmente, havia uma percepção de alguns professores de

que esse era um projeto político, que poderia servir de canal de modificação das estruturas de serviço, com o qual alguns professores tinham identidade. (Entrevista com Arlindo Fábio Gómez de Sousa, 1998)

Tomada a decisão de iniciar o programa, a Ensp elegeu o Pará e o Rio Grande do Sul como os estados em que implantaria a experiência-piloto com a descentralização do curso básico de saúde pública, expandindo-se no ano seguinte para os estados da Bahia e de Pernambuco e, posteriormente, para todas as regiões do país.

A Escola que queria formar o diplomata na década de 1960 passou a ser interpretada, nesse contexto, como aquela que queria “formar o operário quanto à classe subalterna, o cidadão dócil e o operário competente” (Cury, 1995: 62), modelo que se tornou alvo de um esforço de superação, em um cenário de efervescência política. Os projetos assumidos pela Ensp na década de 1970 foram capazes de materializar a superação dessa visão, de “transmissora de conhecimentos apolíticos” (Cury, 1995: 62), abrindo espaços para a incorporação de novos docentes que se transferiram de Campinas devido a problemas políticos; entre estes, estava o professor Sergio Arouca, que se aliou aos professores mais antigos na luta por um novo caminho político para a Escola.

A chegada à Ensp do grupo de Campinas permitiu a incorporação de competências relacionadas à pesquisa inexistentes até então, que se processou no período em que o governo brasileiro decidiu apoiar a ciência e a tecnologia, favorecendo a aproximação da Fundação Oswaldo Cruz com a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), tendo como resultado o financiamento do Programa de Estudos Econômicos e Sociais (Peses) e do Programa de Estudos e Pesquisa Populacional e Epidemiológica (Peppe). Esse recursos possibilitaram a incorporação de novos docentes e permitiram a sistematização e rediscussão de conteúdos da saúde pública tradicional, com a formulação de novos conceitos que passaram a fazer parte do cotidiano da pesquisa e do ensino da saúde pública brasileira.

A sistemática do Peses-Peppe e o ambiente de debate que se estabeleceu nesse período produziram desdobramentos nas grades curriculares e na estruturação de novas disciplinas, que absorviam as descobertas efetuadas pelos técnicos envolvidos com os projetos. Dentre eles vale destacar a incorporação, em 1980, da disciplina saúde pública como prática social no curso de saúde pública, a constituição da área de vigilância epidemiológica como integrante do núcleo de ensino da epidemiologia e a conseqüente incorporação do Programa Ampliado de Imunizações, em parceria com o Ministério da Saúde e a Opas. O curso de

Especialização em Planejamento expressou essa mudança no mesmo período, absorvendo no módulo de planejamento, a disciplina organização sociopolítica e poder público e, posteriormente, os estudos de políticas globais, intervenções que alteraram a lógica disciplinar anterior calcada na administração combinada com conteúdos das ciências sociais e da educação em saúde: “O Peses e o Peppe eram coisas paralelas. Surgiram de uma inquietação interna e foram buscar gente de fora. Ajudaram a avançar uma crise que existia dentro da Escola, que tinha quadros minguados” (Entrevista com Arlindo Fábio Gómez de Sousa, 1998).

As entrevistas dos docentes revelaram que, desde o início de 1970, existia o desejo de superar uma lógica de formulação que parecia superada, o que só foi possível a partir da aprovação do Projeto Finep, que viabilizou a incorporação de novos quadros.

Em 1975 eu estava em Campinas, no Departamento de Medicina Preventiva, com um grupo em que o grande desafio era a reforma do currículo médico, com a introdução das ciências sociais e a participação no movimento latino-americano para repensar a teoria da saúde, com Garcia e Zé Roberto Ferreira. Nesse ano levamos trombadas na Unicamp e viemos para a Ensp. Tínhamos teses e formação de cientistas. Tinha grupo de resistência na Escola. O encontro desses dois grupos é o novo. (Entrevista com Antônio Sergio Arouca, 1998)

A incorporação de um grupo com formação sólida, que funcionou como um esforço importante para a busca de um novo projeto para a Ensp, não poderia se dar de uma forma simples. A tensão que se estabeleceu entre o ‘novo’ e o ‘velho’ nesse momento foi relatada por representantes dos dois grupos, que têm leituras próprias desse processo. Suas análises refletem o modo como cada um deles vivenciou essa transição até a consolidação de um novo modelo (Entrevista com Arlindo Fábio Gómez de Sousa e Antônio Sergio Arouca).

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

O ambiente escolar da Ensp modificou-se substancialmente na década de 1970, e a associação entre a experiência acumulada dos primeiros tempos na relação com os serviços e a incorporação de novas teorias no campo da saúde pública constituíram um ‘capital’ significativo, preparando-a para absorver mais uma inovação. Os cursos de saúde pública centralizados e descentralizados e os outros cursos de especialização davam conta de formar o pessoal de carreira das instituições públicas, mas era residual a aprovação de recém-formados nos processos seletivos. Para suprir esta lacuna e com um olhar especial no futuro, e no sistema de saúde como um todo, a Ensp absorveu uma terceira vertente inovadora, com o Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social no final da década. Com essa decisão, consolida de forma mais institucionalizada a experiência anterior de um Treinamento Avançado em Serviço, modelo que integrava o conjunto de cursos que se estruturaram ao longo da década como parte da negociação dos docentes com a direção. A residência complementava também a experiência da Escola com os serviços, uma vez que esse curso dava acesso aos serviços do Inamps, trazendo para a Ensp a vertente da assistência médica curativa e, com ela, as discussões que envolviam a análise crítica ao modelo incorporado pelo instituto e às políticas de saúde hegemônicas à época.

Na fase anterior a essas decisões, o curso de saúde pública foi redesenhado. Passou a ser compreendido como ‘básico’ de uma carreira de formação e se complementava com a especialização em planejamento ou epidemiologia e o treinamento avançado em serviço (TAS), que privilegiava a experiência e a problematização das questões de saúde pública e era realizado com o apoio do Centro de Saúde Germano Sinval Faria, também da Ensp. Até então, a Escola não tinha uma relação formal com o Inamps, e a integração da residência ao PAR instituiu essa possibilidade.

A residência em medicina preventiva e social foi criada em 1979; propiciou a integração da Ensp aos programas de residência similares e adquiriu relevância na identificação de jovens quadros, tornando-se referência para a formação e absorção dos novos docentes, que passariam a integrar as equipes envolvidas nos processos de reformulação da Escola a partir de então.

Na década de 1970 o Inamps contou com uma diretoria que resolveu inovar, criando dez programas de residência entre os melhores departamentos de Medicina Preventiva. Eram o Nildo Aguiar na Diretoria de Administração e Milton Machado na Coordenação das Residências do Inamps. O programa era dirigido a médicos e tinha bolsa de estudos.

Era uma opção importante para os médicos. (Entrevista com Paulo Marchiori Buss, 1998).

Todas essas experiências revelam que os educadores da Ensp optaram pela dinamização da Escola, o que gerou a construção dos novos modelos, todos articulados às experiências externas que apresentavam um potencial de problematização e renovação das políticas de saúde. O processo de associação com esses grupos permitiu que a Escola ocupasse espaços como ator político desses movimentos, reformulando o ensino com a prática política. O Peses produziu uma aproximação importante da Ensp com os departamentos de Medicina Preventiva, que, nesse período, também passavam por uma completa reformulação, como parte de uma estratégia de mudança dos cursos médicos, que tinha como objetivo o fortalecimento desses departamentos no âmbito das faculdades de medicina.

Com esse programa, a Ensp passou a participar de um conjunto de iniciativas voltado para a renovação do conhecimento sobre os temas de planejamento, das políticas de saúde e da reorganização ou rearticulação dos serviços, relacionadas por Donnangelo (1983: 32), como uma linha de pesquisa que vai “progressivamente buscando evidenciar, com maior ou menor refinamento metodológico, as articulações econômicas, políticas e ideológicas da prática sanitária na sociedade brasileira”, onde também se destacam, além do Peses (1976). Para a autora, exemplificam essa produção: Medicina e Sociedade, de Maria Cristina Donnangelo (1973); A Questão da Saúde no Brasil, de José Carlos Brasal (1978); As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia, de Madel Luz (1979); Saúde, Medicina e Trabalho no Brasil, de Cristina Possas (1980); e Previdência Social e Processo Político no Brasil, de Amélia Cohn (1981).

No interior da Ensp, o Peses e o Peppe cumpriram um papel estratégico de renovação do pensamento em saúde pública, favorecendo a formação e incorporação de docentes titulados, possibilitando a instalação de sua pós-graduação *stricto sensu* em 1977. Os cursos descentralizados promoveram uma completa reformulação da oferta de cursos de formação de sanitaristas no país, crescendo como estratégia de cooperação e de efetivo reforço aos serviços de saúde com uma visão crítica da saúde pública. A residência em medicina preventiva e social trouxe para a Escola a problemática da assistência médica e inovou em relação à clientela, apostando em jovens recém-formados dos cursos da área de saúde. Seus egressos eram portadores de uma visão crítica e renovada do processo saúde-doença, da política de saúde e da epidemiologia. Todos esses projetos

viabilizaram a formação e a absorção de docentes, em contextos e lógicas que se transformavam a cada momento, e o crescimento desses profissionais era integrado às agendas dos projetos.

Na segunda metade da década de 1970, como parte do processo de fertilização política também relacionado às atividades de ensino, nasceram o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Ambos iniciaram, nesse período, uma importante trajetória de articulação política, de produção editorial, de formação de docentes e de apoio à construção do campo da saúde coletiva, da qual foram atores e partícipes fundamentais durante a década de 1980, adquirindo relevância na ‘engenharia política’ que resultou na criação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

O APROFUNDAMENTO DA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COM DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO: A ENSP E O NASCIMENTO DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE

A década de 1980, para a Ensp e a saúde pública brasileira, pode ser compreendida como um período de preparação da base técnica, gerencial e política do sistema de saúde que viria a ser instituído pela lei n. 8.080, de 1990, estratégia que se processou em uma seqüência de mobilizações de caráter técnico-político, envolvendo grupos engajados em instituições de ensino e de serviços. Esses atores tomaram a redemocratização do país como questão mais ampla e a construção de um novo sistema de saúde, como um lugar privilegiado de tradução da Reforma Sanitária brasileira.

‘Saúde e Democracia’ foi tema recorrente de seminários, oficinas e documentos, nesse período, e se tornou expressão cunhada pelo Cebes, entidade fundamental para a construção das bases de um sistema de saúde plural, descentralizado e com ampla participação da sociedade em suas decisões.

Desde a década de 1970, o Cebes aglutinou docentes dos departamentos de medicina preventiva e social, alunos dos cursos de saúde pública e de pós-graduações na área e técnicos dos serviços de saúde engajados no movimento de redemocratização do país e de reformas no setor saúde. Mas foi durante os anos de 1980 que algumas estratégias definidas nesse percurso produziram ações mais concretas e que valem a pena ser recuperadas, pela forte relação que tiveram com o crescimento de grupos progressistas vinculados às instituições de ensino e serviços. Os

docentes da Ensp estiveram envolvidos com esses processos, muitos dos quais desenhando estratégias e tantos outros, no exercício da coordenação técnica e política, destacando-se, entre eles, a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. A participação de professores da Escola neste evento expressou-se em diferentes contribuições, desde a produção de textos até a realização de palestras em vários estados do país. A coordenação geral foi exercida pelo professor Sergio Arouca, em perfeita articulação com os docentes, incorporando contribuições fundamentais à configuração que a conferência adquiriu.

Todo esse movimento possibilitou a construção de arcos de aliança da Ensp com outros parceiros da academia e dos serviços, estabelecendo parcerias institucionais relacionadas aos projetos de caráter progressista no interior do sistema de saúde.

Após a realização da 7ª Conferência em 1980, iniciou-se uma fase de aproximação entre os ministérios da Saúde e da Previdência, com vistas ao aperfeiçoamento do sistema nacional de saúde e à formulação de políticas mais atualizadas em relação ao quadro de referência existente naquele momento. O Prev-saúde foi o primeiro produto desses entendimentos, mas se construiu numa relação conflituosa entre os dois ministérios, tornando inviável a sua implantação. A pressão exercida pelos atores que participaram dessas negociações resultou na divulgação do documento do Conselho Consultivo da Administração de Saúde da Previdência (Conasp), em agosto de 1982,⁶ que reorientava a assistência à saúde previdenciária.

O plano apontou para a definição de alguns parâmetros de cobertura, para uma reordenação burocrático-gerencial e para a adoção de procedimentos normativos vinculados às internações hospitalares (Cordeiro, 1991) e foi considerado racionalizador diante da crise da Previdência Social que já vinha se evidenciando em múltiplas facetas desde a década de 1960. A frustração dos técnicos engajados que integravam as equipes do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o plano não produziu perplexidade. Ao contrário, o grupo de trabalho envolvido com o tema, coordenado por Eleutério Rodrigues Neto, formulou a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), que, para Cordeiro (1991: 36),

⁶ O documento apresentado ao conselho consultivo da administração de saúde da previdência propôs medidas quanto ao modelo vigente de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social, reorientando a assistência à saúde previdenciária e definindo também as estratégias para sua implementação.

“representavam o início da incorporação dos setores público e privado nas atividades de planejamento, que romperiam com a concepção dominante da dicotomia entre serviços/ações preventivas e curativas, ainda que o enfoque do planejamento se vinculasse estritamente à capacidade instalada de assistência individual”.

A proposta das AIS incorporou uma visão de gestão colegiada que se expressava em Comissões estaduais (CIS) regionais (CRIS) e locais (CIMS) e em uma comissão federal, a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), que reunia representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação e Cultura, acrescentando, posteriormente, o Ministério do Trabalho. Ainda que as decisões dependessem da aprovação das instâncias centrais, estava instalado, por esse mecanismo, um processo de gestão colegiada que lançaria as bases de outras mudanças embasadoras da prática colegiada de planejamento e gestão entre as instituições integrantes do sistema de saúde, articulada à idéia-força de ‘Saúde e Democracia’, disseminada no interior do movimento sanitário, marca registrada do Cebes, desde a sua criação em 1976.

O avanço do processo de implantação das AIS permitiu a participação de pessoas com pensamentos políticos variados e ideologicamente divergentes em relação às concepções existentes de sistema de saúde, o que favoreceu a manutenção de um debate permanente, envolvendo grupos representativos vinculados às instituições universitárias, ao Cebes, à Abrasco, às comissões de saúde dos partidos políticos, às entidades de profissionais de saúde, aos trabalhadores rurais e ao movimento da reforma sanitária (Cordeiro, 1991).

Essas primeiras formulações passaram a integrar a agenda dos atores políticos das instituições, com uma adesão progressiva. Em palestra proferida na Bahia em 1995 sobre a ‘Reorganização dos Serviços de Saúde e as Ações Integradas de Saúde’, o professor Jairnilson Paim (1986a) ampliou o debate e problematizou as idéias do projeto, apresentando dez motivos para apostar nessa estratégia:

- Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde;
- Planejamento e administração descentralizados;
- Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política;
- Possibilidade concreta de participação popular organizada;
- Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde;
- Respeito ao princípio federativo;

- Respaldo de forças atuantes no setor;
- Perspectivas mais concretas de viabilidade;
- Incorporação do planejamento à prática institucional;
- Responsabilidade das universidades na formulação e implementação de políticas de saúde.

O debate em torno das AIS beneficiou-se também de uma vigorosa ação política da Abrasco e do Cebes, que atuavam de forma articulada, criando, através de sucessivos eventos, condições mais favoráveis para a construção de consensos entre os grupos que queriam as reformas na saúde. Nessa perspectiva, vale mencionar as reuniões promovidas pelas duas entidades, realizadas em 1984 em Brasília e Curitiba, que trataram das perspectivas das políticas de saúde. A primeira foi realizada na câmara de deputados e contou com a participação de parlamentares representantes do Movimento Sanitário⁷ e de entidades privadas prestadoras de serviço. Nessa oportunidade, só houve consenso quanto ao diagnóstico de que “era necessário ampliar as dotações para a Saúde” (Cordeiro, 1991: 39). No Seminário de Curitiba, os presentes concluíram por “reforçar a posição do Movimento Sanitário no sentido de promover a unificação do sistema de saúde, a descentralização, a participação da população nas decisões e fiscalização”, reconhecendo as AIS “como uma etapa ou momento estratégico para preparar a base técnica e gerencial do setor público para as reformas” (Cordeiro, 1991: 39).

Esses e outros esforços contribuíram para a organização de documentos importantes entregues ao presidente Tancredo Neves, por ocasião da sua campanha à Presidência da República, destacando-se, entre eles, o documento da comissão de elaboração do plano de ação do seu governo, que contou com a colaboração de membros do movimento da reforma sanitária e um outro, construído por parlamentares do Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB (Rodrigues Neto, 1997).

Essa fase foi superada pela eleição do presidente Tancredo Neves, posteriormente substituído pelo presidente José Sarney. Constituída a nova equipe de governo, delinear-se as estratégias de ação de cada ministério no que se referia à saúde, e algumas dificuldades começaram a aparecer

⁷ Movimento Sanitário: expressão que passou a ser utilizada na década de 1980, no âmbito do setor saúde, para reconhecer o processo de construção de atores sociais que se envolveram na construção e implementação da Reforma Sanitária brasileira e que teve na regulamentação do SUS uma expressão fundamental.

na transformação dos documentos em práticas institucionais efetivas, assim expressas por um dos negociadores da saída do impasse que se estabeleceu no interior do governo, entre grupos progressistas dos dois ministérios:

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

Os processos de preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde cumpriram um papel fundamental na mobilização de apoio para as próximas etapas de construção do sistema de saúde, espaços abertos à participação, onde os centros de formação de recursos humanos em saúde pública, como a Ensp, tiveram oportunidade de exercitar a prática do ensino vinculada aos processos que deram continuidade à luta pela construção do Sistema Único de Saúde do Brasil (Nunes, 1998).

A 8ª Conferência foi antecedida de pré-conferências, com expressiva participação de professores da Ensp, que também produziram documentos técnicos e políticos, participaram de relatórios e de mesas redondas da conferência e da coordenação geral.

A 8ª Conferência estabelece-se como diferencial, na perspectiva de organização de uma nova ordem institucional para o Sistema de Saúde brasileiro. A Comissão Coordenadora tomou como definição que sua dinâmica deveria permitir uma ampla consulta sobre o modelo de sistema de saúde, e que as representações dos participantes deveriam refletir o pensamento de técnicos e de dirigentes, mas também de docentes, de usuários organizados em diferentes representações, de representantes da classe política, de trabalhadores do setor, entre outros. (Brasil/MS, 1986)

O ambiente de fertilização que antecedeu a 8ª Conferência não arrefeceu no período subsequente. A organização da Comissão de Nacional da Reforma Sanitária possibilitou a construção de pautas que iam sendo apropriadas pelo movimento de trabalhadores e pelos parlamentares

considerados progressistas. Também para essa atividade foram mobilizados professores da Ensp. Vale destacar que esses mesmos atores participaram, em sua área de competência, das conferências específicas por temas, que se seguiram à conferência.

A seqüência de eventos, comissões integradas e processos interinstitucionais, mediada pelas agendas políticas das entidades envolvidas com os desdobramentos da 8ª Conferência, favoreceu a construção de um consenso em torno do modelo de sistema, após sucessivas reuniões da Plenária da Saúde, fórum no qual as escolas desempenharam um papel fundamental, em uma agenda que reuniu representantes de centros formadores, de serviços de saúde e do movimento profissional e sindical. Nesse espaço, passaram a ser discutidos os pontos que subsidiaram a ação dos parlamentares com propostas que, depois de aprovadas, delinearão o Sistema Único de Saúde brasileiro. Esse trabalho teve uma expressiva participação dos docentes da Universidade de Brasília (UnB), coordenados por Eleutério Rodrigues Neto, e culminou com o reconhecimento, na Constituição de 1988, da saúde como direito de todos e dever do Estado.

O resgate da discussão efetuado neste texto foi focalizado no setor saúde; nele foram abordados apenas alguns aspectos que contribuíram para o avanço das idéias de Reforma Sanitária no país e, em torno desse movimento, alguns elementos que, naquela conjuntura, favoreceram o crescimento das escolas, particularmente da Ensp, como atores fundamentais dos novos rumos da política de saúde no país. Não se tratou, no entanto, dos ciclos de renovação da história política do país, que nessa etapa saía do regime ditatorial instaurado desde 1964, cujo plano político era o 'pano de fundo' de toda essa trajetória, em um processo definido pelos governantes da época como 'lento e gradual'. Também ainda não foram abordados mencionados os processos pedagógicos-políticos peculiares que se contornaram no interior da Escola e que, nesse período, formaram uma 'via de mão dupla' com todo esse movimento. Sua reconstituição parece importante, o que não será feito de forma exaustiva, mas suficiente para entender a Escola Nacional de Saúde Pública como um lugar privilegiado, no qual os movimentos contraditórios de retomada da normalização do país permitiram uma atuação inteligente do ponto de vista político, inserindo-se na pauta de reorganização do setor e fortalecendo-se como um espaço de crítica e de construção de possibilidades para os ciclos que se sucederam à redemocratização do país.

A VALORIZAÇÃO DO 'INSTITUINTE' NA RECONSTRUÇÃO DOS MODELOS DE CURSOS E DE ESCOLA

Tomando como referência os contextos compreendidos entre 1970 e 1989 e analisando os processos que conformaram as experiências da Ensp nesse período, é possível situá-la como uma 'instituição dinamizadora', como propõe Testa. Em sua abordagem sobre o tema, ele considera que "a contradição se estabelece a partir da tensão entre o dinamismo da organização e a elasticidade da instituição". Sob esta ótica, o autor ressalta que "a legitimidade constrói o instituinte e a legalidade é o que estabiliza o instituído", complementando com a ponderação de que "a legalidade se adquire através de um ato pontual em que os atores formais existentes sancionam o *status* de legal, enquanto o legítimo corresponde a uma liderança política, intelectual e moral, elemento central de construção de viabilidade dos projetos" (Testa, 1997b: 56-60).

Com base em tal concepção, é possível questionar o entendimento de instituições como pólos necessariamente conservadores, atribuindo-lhes a capacidade de abrigar atores que por sua vez se constroem como sujeitos no exercício de sua liderança, relacionando-se com seus trabalhadores e com os destinatários de suas idéias (Testa, 1997). Nessa dimensão estão os projetos do Peses, na sua estratégia de relação com a Escola, e da residência em medicina social, no seu vínculo com o PAR, coordenado pelo Inamps. Suas relações, concepções e processos de implantação sugerem a superação do instituído, absorvido pela legalidade até então existente, e a ampliação de espaços institucionais para a construção de viabilidade dos projetos, nas negociações entre as instituições que se envolveram (Nunes, 1998).

Na análise dos projetos de ensino que se relacionaram com os serviços, em que são exemplares os cursos descentralizados, é importante considerar a existência de um espaço contraditório nas instituições, atravessado por forças que vão além dos limites estabelecidos pela física do estabelecimento (Kononovich & Saidón, 1991), entendendo essas instituições, assim, como lugares onde se constroem as possibilidades de negociação entre representantes de esferas diferentes, em torno de objetivos comuns (Nunes, 1998: 160).

Dadas as características do regime ditatorial que atravessou grande parte dessa história, como entender o poder dialógico revelado pelas experiências configuradas nos diferentes períodos, que coincidiam com a exacerbação das idéias autoritárias do regime militar, em que os valores relacionados ao controle, à hierarquia e à disciplina eram referências que

embasavam inclusive os planos de governo que regulamentavam a organização do trabalho?

Em Madel Luz (1981: 32), podemos entender o poder como “uma estrutura normalizante das relações sociais de subordinação” cujas normas se propõem a “unificar interesses diversos, relações conflituosas”, permitindo a existência de “discursos de várias razões”. Ainda que nesse período as estruturas governamentais tenham produzido documentos como guias orientadores de uma visão supostamente unificadora, como é o exemplo do decreto-lei n. 200, concentrando o poder de decisão nos escalões mais altos da administração, sua distribuição no interior das organizações parece caracterizar-se pela existência de ‘brechas’, que poderiam ser ocupadas, numa atuação tática, por atores em conexão. Sua movimentação torna-se possível no contexto das práticas institucionais, que são relações sociais de poder, expresso em ordem e dominação, estabelecendo, portanto, relações conflituosas – por serem relações sociais – e contraditórias – do ângulo da estrutura (Luz, 1981).

Entre as experiências abordadas, é possível identificar conteúdos que representavam o confronto com as políticas hegemônicas existentes, como os Programas de Extensão de Cobertura – com o fortalecimento da atenção básica – e o Programa de Cursos Descentralizados – com a multiplicação das oportunidades de cursos de formação de sanitaristas em todo o país, cuja execução estava vinculada a convênios da Ensp com instituições estaduais não padronizadas *a priori*. Suas escolhas, de estado para estado, eram também fruto de uma análise política vinculada à sua capacidade de resposta ao projeto, calcada, principalmente, na visão de parceria apresentada nesse trabalho.

Esses eram espaços de debate do ‘novo’ que, entre outros resultados, articulavam o geral com o específico, favorecendo o exercício da crítica do real (política de saúde) em bases referenciadas pela ciência e pela técnica, relacionadas a uma noção mais ampla dos fenômenos políticos da época. Ainda na dimensão das políticas não-hegemônicas, pode-se destacar o projeto das ‘Ações Integradas de Saúde’, cuja implantação possibilitou a integração entre as instituições, tendo o planejamento como instrumento político que propiciava o debate entre atores diferentes e o novo sistema de saúde como perspectiva. Esta experiência estabeleceu as primeiras referências para a estrutura de gestão do Sistema Único de Saúde, constituído formalmente no ano de 1990.

Os projetos e as experiências revelaram que a existência de um ‘tempo histórico’ se sobrepôs ao ‘tempo cronológico’ que rege as

instituições e está ligado à sua reprodução cotidiana. Alternativamente, o tempo histórico tem uma pressa qualificada, podendo, com isso, operar idas e voltas, altos e baixos, inerentes aos processos desenvolvidos pela ação humana (Testa, 1997a). Para o autor, “o tempo histórico é incompreensível sem os aceleramentos que se imprimem à ação humana e que o transformam assim, em equivalente à transformação da contradição em conflito”, construindo-se, dessa forma, “no espaço onde a história se constrói” (Testa, 1997a: 45).

Parece evidente que as instituições que captaram as possibilidades do ‘novo’, como é o caso da Ensp,

optaram pela organização de projetos que se estabeleceram como caminhos de renovação, mas sua viabilidade só se tornou possível, quando os atores de sua condução reconheceram nessas estruturas, um campo de possibilidades para viabilizar projetos renovadores, e a partir dessa concepção, desafiaram a legalidade do instituído, oferecendo-se como meio de construção da legitimidade instituinte, tomando como campo de atuação as políticas, os serviços de saúde e as práticas de ensino da Saúde Pública. (Nunes, 1998: 163)

O ‘novo’ na relação ensino-serviço que se estabeleceu naquele contexto reflete a visão de Anthony Giddens, retratada por Lukes (1980: 25-29), que “reconhece a existência de metas coletivas” e adverte que “os valores por trás delas podem ser o resultado de uma ‘ordem negociada’, construída sobre conflitos entre partidos que têm poder diferencial”.

Observa-se durante todo o período uma tendência à associação de grupos e à adoção de uma estratégia de ocupação de espaços. Tal associação resultou em uma estreita vinculação entre as políticas, os serviços de saúde e o ensino da saúde pública. Compreendê-las nessa dimensão não pressupõe minimizá-las como fontes possíveis de outras análises, mas “valorizá-las enquanto instrumentos que deram concretude ao ensino da Saúde Pública na relação com os serviços e as políticas de saúde” (Nunes, 1998: 164).

Essas possibilidades foram construídas por atores dedicados a um trabalho político-estratégico que tomaram as “instituições como referências de espaços de poder e experimentação de práticas, submetidas permanentemente a tensões de natureza técnica, política e ideológica, e por isso mesmo, como espaços abertos à criação de possibilidades” (Nunes, 1998: 165).

A densidade dos fatos que integram a história da Ensp nos 20 anos abordados por este resgate reflete uma multiplicidade de dimensões que foge ao enquadramento das teorias da educação, mesmo aquelas

consideradas teorias críticas. A partir da realidade estudada, consideramos que era necessário superar “tanto o poder ilusório (que caracteriza as teorias não críticas), como a impotência (decorrente das teorias crítico-reprodutivas)” (Saviani, 1994: 41), permitindo, dessa forma, compreender essa experiência na dimensão de um processo educativo que possibilitou a construção de uma base técnica e política e que teve a contradição como parte integrante do processo de sua constituição (Nunes, 1998). Nesse caso, entendida não apenas “como categoria interpretativa do real, mas também como sendo, ela própria existente no movimento do real, como motor interno do movimento, já que se refere ao curso do desenvolvimento da realidade” (Cury, 1995: 30). A concepção de Cury parte do reconhecimento de que “a contradição é destruidora, mas também é criadora já que se obriga à superação, pois a contradição é intolerável” (Cury, 1995: 35).

Nesse sentido, parece exemplar o depoimento que revelou a necessidade de transformar o perfil de formação de sanitaristas, de um diplomata para um técnico voltado para as questões de saúde de sua comunidade, expressa pela turma de 1968. Esta mesma inquietação retorna à agenda da Ensp com a discussão do sanitarista-administrador de serviços, seguindo-se às outras alternativas pedagógicas de ensino e de pesquisa incorporadas no período, até a absorção, em 1980, da disciplina saúde pública como prática social no curso de saúde pública, discussão que passou a ocorrer também nos outros centros formadores filiados à Abrasco, produzindo um novo diferencial interpretativo para a intervenção na realidade social e de saúde.

O processo de descentralização dos cursos permitiu o alargamento do espaço da contradição, mediatizado pela educação, levando o ensino para um limite mais próximo do sistema de saúde. Também a partir desse momento, a incorporação da residência em medicina preventiva e social como projeto possibilitou a articulação da Escola com uma área menos permeável ao discurso de renovação pelo público, na época representada pelo MPAS, incorporando novos objetos e um novo repertório às intervenções educativas.

A forma de organização adotada com o Programa de Cursos Descentralizados produziu uma ampliação do espaço escolar e criou condições favoráveis para o surgimento de agentes pedagógicos (Cury, 1995), que se tornaram porta-vozes inseridos nas negociações das escolas entre si, com o sistema de saúde e com a própria sociedade (Nunes, 1998).

Na década de 1980, a adoção da estratégia das AIS pelas instituições e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em bases

renovadas possibilitaram a organização dos docentes, favorecendo o surgimento de um movimento de construção de ‘novas idéias’ para um ‘novo sistema de saúde’. Participar de relatórios, mesas-redondas, palestras, conferências, pré-conferências, conferências específicas integrava o cotidiano dos docentes. As relações entre eles e os projetos formulados passaram a ser estabelecidas com lógicas que privilegiavam a proximidade entre o ensino e os serviços, ambos em transformação. Diversificaram-se os modelos de centros formadores no país, com a criação dos Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) no interior das universidades, recompondo também o espaço da pós-graduação em saúde coletiva, recriado a partir de então.

“A produção intensiva de fatos políticos, técnicos e científicos no âmbito da saúde, favoreceu a circulação de atores no interior do campo, o que poderia ter permitido sua conexão, em posições favoráveis a um processo de enredamento” (Nunes, 1998 : 172). No interior do campo, os atores se constroem pelo poder de revelar, “quando fazem com que sejam vistas ou previstas coisas que só existiam no estado implícito, confuso, quando não recalçado. Representar, trazer à luz, produzir, isso não é pouca coisa. E então é possível, nesse sentido, falar de criação” (Bourdieu, 1990: 179-180).

A mobilização de atores no interior do campo da saúde coletiva revelou-se intensa nesse período, possibilitando a articulação de pessoas e instituições que tinham na Ensp um espaço privilegiado de produção de saberes e práticas, o que lhe atribuiu um papel central na aproximação com os sistemas estaduais de saúde, conferindo-lhe o sentido de um laboratório “capaz de deslocar fenômenos, assim como exportar e deslocar produtos científicos” (Vinck, 1992: 97).

Nessa dimensão, podemos interpretar como elementos não-humanos as referências bibliográficas constantes dos relatórios de cursos, as competências colocadas à disposição das atividades, os docentes, os coordenadores e o corpo administrativo dos cursos, os seminários de avaliação dos cursos descentralizados, assim como as teses e os artigos que circularam. Podem ser considerados porta-vozes que atuaram como recursos alimentadores dos projetos que iam sendo construídos no interior da Escola. A classificação da autora parece adequada para localizar a idéia de porta-vozes da rede de cursos descentralizados. Sua construção se referencia em Callon (1989: 22): “todos os bens sobre os quais um laboratório age, mobiliza, transforma e fabrica, constituem, qualquer que seja a categoria à qual ele pertença, porta-vozes ou representantes que, logo que são mobilizados mobilizam com eles todos os atores humanos ou não humanos”.

De acordo com Nunes (1998: 176), “Parece claro que o espaço da rede incorpora movimentos, iniciativas, polêmicas e exercícios de liderança, onde os atores se constroem, interagem e se diferenciam. Na relação entre laboratório restrito e laboratório ampliado, alguns atores se movem, emprestando densidade e mobilidade à dinâmica das relações”.

Entendemos, assim, a Ensp como um ator-rede que, através da formação de sanitaristas, decide emprestar densidade às iniciativas que conformam os cursos descentralizados. Como ator-rede, chancela um modelo de formação, que se traduz no ‘laboratório ampliado’ e se expressa através dos eventos locais, ‘enredando’ parceiros e porta-vozes, ‘estabelecendo conexões’ e ‘disponibilizando produtos e processos’ que alimentariam as revisões que se processavam no ensino da saúde pública. Nessa dinâmica, o ator-rede funciona como um elemento propulsor, transferindo sua importância para o processo de enredamento, atraindo aliados e desarticulando oponentes, podendo ser, ele mesmo, “uma rede pela qual circulam uma ampla diversidade de elementos, visões de mundo e modos de conduta” (Teixeira, 1997: 10).

CONCLUSÃO

A combinação de resultados dos projetos implantados pela Ensp com as mudanças ocorridas nas políticas de saúde no período estudado de 1970 a 1989, revela, no final do período, um panorama radicalmente modificado no que se refere à perspectiva das políticas de saúde do Brasil. A promulgação da lei n. 8.080 em 1990 abriu o caminho para a institucionalização de uma nova realidade na gestão pública de saúde brasileira, e o processo político que construiu a sua viabilidade permaneceu intimamente ligado aos centros de formação em saúde coletiva.

A Ensp atuou como instituição protagonista dessa história; foi ator e partícipe do enfrentamento entre a ‘determinação atual’ e a ‘determinação histórica’, segundo a classificação de Testa. Para o autor, “quanto maior for o peso da determinação histórica, maior será o conservadorismo (interno) de uma instituição; quando predominar a determinação atual, será maior a adaptabilidade institucional a situações novas ou mutáveis” (Testa, 1992: 113).

Levando em conta essa referência para compreender o período estudado, é possível constatar que predominou na Ensp a ‘determinação atual’ em um ciclo também pródigo de movimentações reestruturantes da sociedade brasileira. Nesse período, instituições condutoras de políticas

públicas, escolas, entidades, profissionais, sindicatos, atores, estudantes e cidadãos defrontaram-se com um cenário onde o exercício da crítica ao sistema de saúde correspondia ao engajamento em projetos que também dialogavam com a luta pela democracia desejada para o país.

Nessas circunstâncias, as instituições também se reconfiguraram, abrindo espaço para o exercício das lideranças que ali empreendiam suas atividades profissionais. Dessa forma, as instituições abandonaram o perfil de pólos conservadores e adquiriram a capacidade de abrigar atores que, por sua vez, se construíram como sujeitos no exercício de sua liderança, relacionando-se com seus trabalhadores e com os destinatários de suas idéias (Testa, 1997).

As ‘cenas’ aqui abordadas se construíram quando as dificuldades passaram a se estabelecer nos espaços de convivência da sociedade, favorecendo o surgimento de um movimento em que a ação coletiva e organizada dos trabalhadores do meio sindical permitiu o deslocamento da ‘cena’ para o pólo da prática política, estabelecendo um novo cotidiano, no qual “a autonomia dos movimentos rompe com a tradição política da tutela e da cooptação, e, por isso mesmo, fazendo a política criar novos lugares para exercitar-se” (Sader, 1988: 11).

No âmbito mais geral, nascia naquele momento um novo sujeito social na figura dos próprios movimentos sociais representados por indivíduos “até então dispersos e privatizados”, que passaram a “se definir e a se reconhecerem mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas” (Sader, 1988: 10).

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

A referência ao pensamento de Sader não tem a intenção de aprofundar análises sociológicas sobre os movimentos sociais da época, mas trazê-las à luz, para considerá-las relacionadas com as questões aqui

abordadas destacadas. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena* é uma obra que discute as experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo na década de 1970 e que consideramos importante resgatar para, nessa dimensão, compreender como as instituições, equipes e os projetos analisados se relacionaram com um novo sujeito coletivo, exercitando uma nova forma de criação do ensino da saúde pública e das políticas de saúde do Brasil.

Nesse contexto, a Ensp foi ao mesmo tempo um ambiente e um personagem privilegiado de na construção das idéias e dos projetos que emergiram das sucessivas conjunturas, enredando-se com parceiros dos serviços e das academias, participando ativamente do processo técnico-político que resultou no novo sistema de saúde brasileiro e instituindo-se, nesse processo, como uma verdadeira 'escola de governo' da saúde, de caráter nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIVROS E PERIÓDICOS

- BOURDIEU, P. O campo intelectual: um mundo à parte. In: BOURDIEU, P. (Org.) *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- BRASIL. Decreto Lei 200. Lei 5540. *Diário Oficial da União*. 25/02/1967, 1967.
- BRASIL. II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) – 1975/1979. Rio de Janeiro: Gráfica da Fundação IBGE, 1974.
- BRASIL. *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento no Nordeste*. Instituto de Brasília: Planejamento Econômico e Social/Centro Nacional de Recursos Humanos, 1976.
- BRASIL. MS/MEC/OPAS. *Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde*. Brasília: 1975. (Mimeo.)
- BRASIL/MS. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília-DF, 1986.
- BRASIL/MS. Política de Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde. Conferência proferida por ocasião da 4ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília. *Cadernos RH Saúde*, 1993a.
- BRASIL/MS. Princípios norteadores do sistema único de saúde. descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.
- CALLON, M. Introdução. In CALLON, M. (Org.) *La Science et ses Reseaux*. Paris: La Découverte, 1989.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda, 1991.

- CURY, C. J. Educação e categorias. In: CURY, C. J. (Org.) *Educação e Contradição*. São Paulo: Cortez, 1995.
- DONNÂNGELO, C. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil - a década de 70. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, 2: 19-35, 1983.
- KONONOVICH, B. & SAÍDÓN, O. Conceptualizaciones acerca del dispositivo. In: KONONOVICH, B. & SAÍDÓN, O. (Orgs.) *La Escena Institucional*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1991.
- LUKES, S. O poder, uma visão radical. *Cadernos da UNB*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1980. p. 7-57.
- LUZ, M. T. Estratégia de hegemonia e instituições médicas. In: LUZ, M. T. (Org.) *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1981.
- NUNES, T. C. M. *A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989*, 1998. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Plan decenal de salud para las americas. *Informe Final de la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Santiago do Chile: Opas, 1972.
- PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): porque não dois passos atrás. In: PAIM, J. S. (Org.) *Saúde, Crise e Reforma*. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1986a. (Coleção Monográfica Série Reitor Miguel Calmon, 2)
- PAIM, J. S. O Movimento pelo planejamento de saúde da América Latina. In: PAIM, J. S. (Org.) *Saúde, Crise e Reforma*. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia. 1986b. (Coleção Monográfica Série Reitor Miguel Calmon, 2)
- PROGRAMA DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS EM SAÚDE (PESES): Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1978. (Mimeo.)
- RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia. A Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- SADER, E. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.
- SAVIANI, D. As teorias da educação e o problema da marginalidade. In: SAVIANI, D. (Org.) *Escola e Democracia*. Campinas: Mercado das Letras, 1994.
- TEIXEIRA, C. F. *Educação em Saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes da prática de saúde no Brasil*, 1982. Dissertação de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.
- TEIXEIRA, M. O. *Uma Análise Sociotécnica nas Relações de Parceria entre Centros de Pesquisa e a Construção de Tecnologias no Setor Energético*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992.

- TESTA, M. Analisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997a.
- TESTA, M. Pensamiento estratégico. In: TESTA, M. (Org.) *Saber en Salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997b.
- VINCK, D. Itinéraires praxeologiques en science. In: *Politique de la Science et de la Technologie. Du Laboratoire Aux Reseaux. Le Travail Scientifique en Mutation*. Bruxelas: Commission das Communautés Européennes, 1992.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Entrevista 01 dr. Paulo Marchiori Buss	Em 28.03.1998
Entrevista 02 dr. Arlindo Fábio Gómez de Sousa	Em 05.04.1998
Entrevista 06 dr. Eduardo de Azeredo Costa	Em 09.04.1998
Entrevista 07 dr. Antonio Sergio Arouca	Em 11.04.1998

ENTREVISTAS DE ORIENTAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO

Entrevista dr. Paulo Sabroza	agosto de 1997
Entrevista dr. Jaime Oliveira	agosto de 1997

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA FILHO, N. *Novos Paradigmas em Saúde: tentativas de aplicação*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1997. (Mimeo.)
- ALMEIDA FILHO, N. & PAIM, J. S. *A Saúde Coletiva e a "Nova Saúde Pública": novo paradigma ou velha retórica*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1995. (Mimeo.)
- AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Relatórios Finais dos Grupos de Trabalho do Curso 'Ensino da Saúde Pública'*, jul., 1981-1982.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Relatório Final do I Fórum Nacional sobre Residência em Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública*, 1982.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). V seminário de avaliação dos cursos de saúde pública da Ensp, 1980-1981. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, 1983. v.2.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva: Relatório. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, 1984.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). VI Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública Descentralizados. Relatório. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, 1984. v.2.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). II Fórum Nacional de Residências em Medicina Preventiva e Social: relatório, 1984.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores em Planejamento de Saúde: relatório, 1984.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Grupo de Trabalho sobre Avaliação e Proposta para os Cursos de Saúde Pública – 1984: relatório, 1984.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Multiprofissionalidade nas residências em medicina preventiva e social: informe final. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, 1984. v.2.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia, *Estudos de Saúde Coletiva*, 4: 93-105, 1986.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Seminário sobre perspectivas da epidemiologia frente a reorganização dos serviços de saúde. *Estudos de Saúde Coletiva*, 4: 111-124, 1986.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Pesquisa em saúde coletiva. *Estudos de Saúde Coletiva*, 4: 41-50, 1986.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *A Produção Científica na Área da Saúde Coletiva no Brasil. 1984-1988*. Caxambu, 1988. (Mimeo.)
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Relatório final do encontro nacional de pós-graduação em saúde coletiva e reforma sanitária. *Estudos de Saúde Coletiva*, 125-155, 1988.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Relatório final do VII Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública. *Estudos de Saúde Coletiva*, 5: 143-155, 1988.
- BOURDIEU, P. Algumas propriedades do campo. In: BOURDIEU, P. (Org.) *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- BRAGA, E. A figura do educador. In: BRAGA, E. (Org.) *O Pensamento de Ernani Braga*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1984. v.1.
- BRASIL. I Plano Nacional de Desenvolvimento-PND 1972/1974, Rio de Janeiro: Gráfica da Fundação IBGE, 1971.

- BRASIL. Da seguridade social. In: Constituição da República Federativa do Brasil. art. 196-200. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 1988.
- BRASIL/MEC. *Programa de Integração Docente-Assistencial – IDA. Série Cadernos de Ciências da Saúde*, 3, 1981.
- BRASIL/MS. *Seminário Nacional de Avaliação e Perspectivas de Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados: a perspectiva institucional de formação em saúde coletiva no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1980.
- BRASIL/MS. *Programa do Curso Prático: Nível Nacional – Programa Ampliado de Imunizações-PAI*. Rio de Janeiro: Ensp/MS, 1981.
- BRASIL/MS. Portaria Ministerial 33062, de 23 de agosto de 1982. Cria o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, 1982.
- BRASIL/MS. 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *Anais...* Brasília, 1986.
- BRASIL/MS. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documento II. Brasília, 1987.
- BRASIL/MS. VII Conferência Nacional de Saúde. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- BRASIL/MS. Relatório Final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília, 1996.
- BUSS, P. M. A experiência do programa de apoio às residências em medicina social, medicina preventiva e saúde pública. In: ABRASCO. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Nutes Clates, 1982. v.1.
- CAMPOS, F. E. & GIRARDI, S. N. *Caracterização dos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social no Brasil: ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1984.
- CEBES. *Revista Saúde em Debate*, 36: 2, 1992.
- COSTA, M. G. S. *A Prática e a Formação do Sanitarista: o caso de Alagoas 1979 – 1986*, 1988. Dissertação de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.
- COUTINHO, U. *A Pós-Graduação na Escola Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Ensp, 1980. (Mimeo.)
- DE BRUYNE, P; HERMAN, J & De SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S. A., 1977.
- ELIAS, P. E; MARSÍGLIA, R & GONÇALVES, R. B. Contribuições para o debate sobre residência em medicina preventiva e social no Brasil. *Estudos de Saúde Coletiva*, 5: 27-46, 1988.
- SCOREL, S. Projetos Montes Claros – palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: FLEURY, S. T. (Org.) *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- FLEURY, S. Introdução. In: FLEURY, S. T. (Org.) *A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

- FLEURY, S. Introdução. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FREITAG, B. Quadro teórico. In: FLEURY, S. (Org.) *Escola, Estado e Sociedade*. São Paulo: Moraes, 1980.
- GARCIA, J. C. Análisis de la educación médica en la América Latina. In: GARCIA, J. C. (Org.) *La Educación Médica en América Latina*. Washington: Opas, 1972.
- GARCIA, J. C. El proceso de enseñanza. In: GARCIA, J. C. (Org.) *La Educación Médica en América Latina*. Washington: Opas, 1972.
- GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, VII: 1, jan.-mar., 1991.
- GOULART, F. O movimento municipalista de saúde, a conjuntura política e as políticas de saúde. In: GOULART, F. (Org.) *Municipalização*. Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems, 1996.
- HOCHMAN, G. A Ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Knorr Cetina e Latour. In: PORTOCARRERO, V. (Org.) *Filosofia, História e Sociologia das Ciências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- IRIART, C. et al. *Tecnoburocracia Sanitária: Ciência, Ideologia y Profesionalización en la Salud Pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.
- LABRA, M. E. *O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*, 1985. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas.
- LABRA, M. E; VANSTRALEN, C & SCOCHI, M. J. A especialização em saúde pública no Brasil no período 1982 - 1986. *Estudos de Saúde Coletiva*, 5: 47-96, 1988.
- LATOURET, B. Joliot: l'histoire et la physique Mèlées. In: SERRES, M. (Org.) *Elements L'Histoire des Sciences*. Paris: Bordas, 1989.
- MARSÍGLIA, R. G. *Relação Ensino/Serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MAYER, A. C. A importância dos “quase-grupos” no estudo das sociedades complexas. In: BIANCO, B. F. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global Universitária, 1987.
- MELLO, C. G. O sistema de saúde em crise. *Coleção Saúde em Debate*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- MINAYO, M. C. S. A pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção. Rio de Janeiro, 1997. (Mimeo.)
- MULLER, J. S. Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Cadernos da Nona*, 1: 43-59, 1992.
- NUNES, E. D. Juan Cesar Garcia entrevista Juan César Garcia. In: NUNES, E. D. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

- NUNES, E. D. *Saúde Coletiva: uma trajetória em questão: refletindo sobre a produção científica no campo das políticas de saúde*. Rio de Janeiro, 1993. (Mimeo.)
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Conferência apresentada na reunião sobre Residência em Medicina Preventiva e Social. São Paulo: Abrasco, 1995. (Mimeo.)
- NUNES, T. C. M. A formação de recursos humanos: algumas anotações referenciadas pela constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 53-58, ago., 1996.
- NUNES, T. C. M; CAMPOS, F; & TELLES, J. L. Modalidades de formação em saúde coletiva. *Relatório da oficina de trabalho realizada no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Saúde, o Feito por Fazer*. Recife: Abrasco, 1994. (Mimeo.)
- NUNES, T. C. M. & TEIXEIRA, M. O. Formando técnicos e mobilizando aliados: a trajetória do politécnico da saúde. In: *EPSJV. Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional Alma-Ata. Brasília, 1979.
- PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Nutes Clates, 1982.
- PAIM, J. S. A formação de recursos humanos em saúde coletiva. In: PAIM, J. S. (Org.) *Saúde, Crise e Reforma*. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1986. (Coleção Monográfica Série Reitor Miguel Calmon, 2)
- PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico conceitual do ensino em saúde coletiva. In: PAIM, J. S. (Org.) *Saúde, Crise e Reforma*. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia. 1986.
- PAIM, J. S. Medicina preventiva e social no Brasil. In: PAIM, J. S. (Org.) *Saúde, Crise e Reforma*. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia. 1986.
- PAIM, J. S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- PAIM, J. S. & NUNES, T. C. M. N. Contribuições para um programa de educação continuada. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3): 263, 1992.
- PINHEIRO, T. X. Saúde pública, burocracia e ideologia: um estudo sobre o Sesp (1942-1974), 1992. Dissertação de Mestrado. Rio Grande do Norte: Centro de Ciências Sociais Aplicadas.
- SANTOS, R. C. N. A história do Projeto Montes Claros. In: FLEURY, S. (Org.) *A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- SAVIANI, D. *Política e Educação no Brasil*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.

- SCHRAIBER, L. B. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 7-9, 1996.
- TEIXEIRA, M. O. *Relações de Parceria do Cepel com Universidades e Centros de Pesquisas: uma análise Sociotécnica*, 1994. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Coppe/ Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- TEIXEIRA, M. *Algumas Considerações sobre o Papel das Relações de Parceria entre Centros de Pesquisa e a Construção de Tecnologias no Setor Energético*. Rio de Janeiro, 1996. (Mimeo.)
- VILAÇA, E. O processo social de distritalização da saúde. In: VILAÇA, E. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.