

Joana Azevedo da Silva

Consultora do Ministério da Saúde e das Organizações das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Joana Azevedo da Silva
R. Ubatuba, 421 Pacaembu
01248-030 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: joanaazevedo@uol.com.br

Comentário: Considerações sobre os cursos curtos de Saúde Pública

Considerations on short courses in Public Health

Os autores apresentam, nesse artigo, a proposta de formação de médicos sanitaristas em seis meses, com um programa de 770 horas, e detalham as disciplinas que integrariam o currículo. Esse curso foi criado no sentido de atender às necessidades da Secretaria de Estado da Saúde (SES), na implementação de uma política de saúde pública para a população de São Paulo.

O presente texto que se apresenta foi elaborado a partir do recurso a estudiosos, a pesquisadores do assunto, em especial a Gonçalves,^{2,3} Schraiber⁵ e Nemes.⁴ Esses autores, tomando por base outros pesquisadores, estudos e produções de sujeitos do processo, conseguiram traçar uma história da saúde pública paulista em um período considerado, seus caminhos e des-caminhos, suas idas e vindas, enfim sua trajetória, seus compromissos.

Não é função do presente texto tecer uma análise aprofundada dos modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde pública, no Estado de São Paulo. Todavia, torna-se necessário, para o entendimento da proposta colocada no artigo de Souza et al,⁹ apresentar algumas indicações do cenário e do contexto em que foi concebida a proposta e tomada essa decisão pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Essa proposta consistia em desenvolver, a partir de 1975, o *Curso Curto* para formar médicos sanitaristas para o nível local da rede de serviços de Saúde Pública da SES.

Algumas considerações

“O sapo não pula por boniteza, mas por precisão”.
Guimarães Rosa, Grande Sertão: veredas.

A atenção à saúde adquire diferentes configurações, conforme os momentos históricos aos quais está articulada. Na medida do entendimento de que a prática em saúde vincula-se à estrutura social, em uma perspectiva histórica, há que se considerar a conexão en-

tre a dimensão mais técnica de realização das ações e a dimensão social da mesma (Gonçalves,² 1986). Desse modo, a concepção e a realização desse Curso, como meio de viabilização de uma política, não pode ser compreendida nem apreendida adequadamente a não ser pelo exame do seu significado no quadro mais amplo da política de saúde do Estado.

Tomando os saberes como instrumentos de organização técnica e social da assistência à saúde, destacam-se, de um lado, a clínica e, do outro, a epidemiologia (Gonçalves,³ 1994). Elas fornecem, respectivamente, a referência ética e científica para a assistência médica individual e para as iniciativas no campo da saúde coletiva.

Na atenção à saúde, em especial na prática de saúde pública, encontram-se ações baseadas em cada um dos saberes, mas, no seu conjunto, com hegemonia de um ou outro modelo de atenção, de acordo com a articulação entre as práticas em saúde e as demais práticas sociais (Silva & Dalmazo,⁸ 2002). Tomando o sistema local de saúde como foco para reflexão, podem-se distinguir diferentes modelos assistenciais conforme a particular articulação entre a dimensão técnica e a dimensão social do cuidado da saúde e da doença, de acordo com diferentes momentos históricos.

A forma de organizar a assistência, de responder a determinadas necessidades de uma maneira ou de outra, cria não apenas ações, mas também ocupações e constrói identidades profissionais.

Assim, torna-se importante situar o processo de evolução da saúde pública paulista, os seus principais momentos de inflexão e o contexto em que foi sentida a necessidade desse profissional e especialista, como um movimento fundamental para viabilizar a saúde pública orientada para o coletivo, principalmente a partir da Reforma Administrativa levada a efeito a partir de 1967.

Procurou-se, em linhas gerais, recuperar os grandes modelos tecnológicos da saúde pública paulista, por referência às suas concepções internas, para situar em um aspecto específico do modelo: a formação e incorporação de médicos sanitaristas, em larga-escala. Esse modo de aproximação das práticas de saúde está baseado nos estudos de Mendes Gonçalves, nos quais o autor desenvolveu o conceito de *modelo de organização tecnológica do trabalho*, entendido com o esquema operatório nuclear do trabalho (Schreiber & Nemes,⁵ 1990).

A *organização tecnológica* será aqui tomada como a conceitua Gonçalves,³ 1994: “enquanto forma variável e contraditoriamente adequada de organizar “internamente” certas práticas referidas à saúde e à doença, ao mesmo tempo, em que forma variável e contraditoriamente adequada de suportar a articulação dessas práticas na totalidade social histórica” (Nemes,⁴ 1990).

Os autores referidos descrevem as práticas sanitárias, segundo eles, orientados por um olhar que procura identificar os momentos históricos nos quais ocorreram inflexões substanciais no *saber que operou o trabalho*. Em outros termos, inflexão na tática concreta de apreensão e, por conseqüência, de manipulação dos objetos de trabalho das práticas sanitárias, ou seja, o modelo operatório como tecnologia construída sob determinação histórica e social específica.

Os autores ainda reconhecem quatro grandes fases e três principais modelos de organização tecnológica do trabalho na saúde pública de São Paulo. A primeira fase corresponderia ao período pré-republicano, ocasião em que ações do governo da província de São Paulo sobre a saúde eram quase inexistentes. Por sua vez, a província, relativamente, não tinha expressão no conjunto da sociedade brasileira, situação que somente começa a mudar quando a economia paulista passa a ter importância, com a expansão da agroindústria cafeeira, no Segundo Império. Apenas na década de 1830, iniciam-se a vacinação anti-variológica e alguns programas de controle do meio físico, que transferiram para a esfera pública questões como o sepultamento de cadáveres, o abastecimento de água e o destino do lixo.

Pode-se considerar que a institucionalização da saúde pública paulista enquanto campo de práticas tem, como marco, a Proclamação da República e a Constituição que a seguiu, em 1891, a qual atribuía a execução dos serviços terrestres de saúde pública aos governos estaduais.

No mesmo ano, a 28 de outubro, foi criado o Serviço

Sanitário do Estado, o qual após várias modificações, constituiu-se na atual Secretaria de Estado da Saúde. Várias foram as medidas, as estruturas criadas para o desenvolvimento de ações de Saúde Pública, nos anos que se seguiram: o Instituto Vacinogênico, a Comissão de Vigilância Epidemiológica para a zona urbana, o Laboratório Bacteriológico, o Serviço de Desinfecção, em 1892 e o Instituto Butantan, em 1901.

Essas medidas e a decisão política que as embasou visava a responder à emergência das necessidades de saúde geradas na sociedade paulista na conjuntura do fim do século. Entre elas, a aceleração da imigração estrangeira com a expansão do café, o crescimento das cidades ligadas à agroindústria e a diversificação das atividades urbanas com o início da industrialização. Tudo isso estava comprometido pela presença de epidemias de febre amarela, febre tifóide, varíola, malária e cólera.

O sanitarista Emílio Ribas assumiu, em 1898, a Diretoria do Serviço Sanitário do Estado e o seu nome é associado ao primeiro modelo tecnológico da saúde pública paulista, que se estendeu de 1889 a 1925. O saber epidemiológico/bacteriológico era o que orientava as ações desse modelo. A epidemiologia que embasava as práticas de saúde pública, nessa fase, foi orientada pela noção de doença das descobertas bacteriológicas da época. Dela decorrem os instrumentos de trabalho destinados à intervenção sobre as doenças: as campanhas e a polícia sanitária.

No ano de 1925, com a Reforma do Serviço Sanitário do Estado, sob a liderança de Geraldo Horácio de Paula Souza, teve início a implantação do segundo grande modelo tecnológico da saúde pública paulista. Nesse período, a educação sanitária aparecia como o instrumento privilegiado de intervenção na direção da saúde pública. Isso não quer dizer que os instrumentos da fase anterior, as campanhas e a polícia sanitária tenham sido descartados. Eles até hoje persistem sob a forma de técnicas de ação, mas perderam o seu significado tecnológico substantivo original.

A concepção que, nesse período, norteou a modificação das práticas sanitárias, baseou-se no estabelecimento de uma relação entre o comportamento humano e o desenvolvimento de doenças ligadas às idéias de pobreza e de assistência social.

O aparato institucional previsto por Paula Souza para a realização da nova estratégia na direção da saúde, e que corresponde às suas características tecnológicas, é o Centro de Saúde. Nessa época foi fundado o Centro de Saúde Modelo que hoje leva o seu nome, anexo ao então Instituto de Higiene, entre 1922 e 1923.

Era proposta a criação de cinco dessas unidades, mas forças contrárias, tanto no próprio Serviço Sanitário, quanto na Assembléia Legislativa, fizeram com que esses Centros não fossem construídos.

Nos anos seguintes a 1925, ocorreram marchas e contramarchas no processo de criação das estruturas previstas por Paula Souza. No que diz respeito ao núcleo do modelo tecnológico, todo o período caracterizou-se, principalmente, pela priorização da atenção a determinados grupos populacionais, incorporando a dimensão educativa em suas atividades, ainda que de forma restrita a questões específicas e os aparelhos de controle da tuberculose e da hanseníase quase sempre situados em espaço separado do Centro de Saúde – os dispensários.

A Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde do Estado, que aconteceu entre os anos de 1967 e 1969, é o grande marco institucional para a viabilização do terceiro grande modelo de organização tecnológica da Saúde Pública paulista – a Programação – implantado a partir de 1975, na rede de Centros de Saúde do Estado.

O nome de um sanitarista esteve mais fortemente ligado a esses acontecimentos, na medida em que seus processos e resultados: Walter Leser, Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, em duas gestões de Governo: entre 1967 e 1970 e entre 1975 a 1978, justamente os períodos da Reforma Administrativa e da implantação do modelo de Programação.

A centralização do Estado brasileiro, no período pós-64, criou as condições políticas para a Reforma, após várias tentativas ensejadas pelas administrações anteriores da Secretaria, iniciativas que eram barradas no nível legislativo, ou mesmo, no executivo. Assim, é pela edição de Decretos-Lei, durante o longo período de recesso imposto à Assembléia Legislativa paulista, que ocorre a Reforma Administrativa.

Além dos aspectos relacionados com as modificações na organização e na estrutura administrativa da Secretaria, cabe ressaltar alguns pontos/diretrizes da Reforma:

- a integração dos serviços, o desmantelamento dos aparelhos “verticais”, entre os quais o Departamento de Profilaxia da Lepra;
- a centralização normativa – a idéia de padronização de atividades, descentralização executiva para as unidades executoras, o que permitia que pudessem ser estabelecidos meios para avaliação dos resultados e para a supervisão técnica; criam-se os órgãos de planejamento e de epidemiologia;
- a previsão de sistemas de informação, com flu-

xos ascendente e descendente, capazes de conduzir ao planejamento das ações com base na epidemiologia;

- gerência única, nos Centros de Saúde, a ser ocupada por médicos sanitaristas, cuja carreira foi criada no bojo da Reforma Administrativa.

O Centro de Saúde aparecia, nesse processo, como unidade sanitária polivalente, verdadeiro eixo de organização das ações, sob comando único, responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade a que servia. Essa situação, pretendida, mas não conseguida pelo modelo anterior, aponta uma primeira característica tecnológica importante do modelo que se iniciou em 1975: a idéia de que deve haver correspondência entre os problemas de saúde pública de um conjunto populacional/ espacial delimitado e o instrumento executor das ações referidas àqueles problemas.

Cabe ressaltar o fato de que o Secretário Leser cerceou-se, na concepção e implantação da nova proposta, de professores detentores de idéias e de grande experiência na área, alguns originários da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Entre os grandes nomes que participaram do processo, cabe ressaltar, mesmo correndo o risco de deixar de citar algum deles, os Professores Rodolfo dos Santos Mascarenhas, José Carlos Seixas, José da Silva Guedes, Edmundo Juarez, Reinaldo Ramos.

Sem esses antecedentes, não poderia ser concebido nem acontecer o que os autores consideram como o terceiro modelo tecnológico da saúde pública paulista: a Programação em Saúde, implantada a partir de 1975. Esse modelo se caracterizou, principalmente, pela introdução da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde, subordinada à idéia de ação programática. Nele, a consulta aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo. Uma outra novidade: a ampliação da consulta individual para grupos populacionais e não apenas para o tratamento de doenças específicas.

Entretanto, não era consenso a introdução da assistência médica individual nos Centros de Saúde, em escala ampliada e diversificada. No interior da instituição, a alternativa era defendida por alguns técnicos, mas tinha muitos opositores que, de certa forma, defendiam a manutenção das características anteriores da saúde pública paulista.

O modelo Programação caracterizava-se, basicamente: por ter finalidade e objetivos gerais assentados em categorias coletivas; por ter programas definidos por grupos populacionais; pela utilização da equipe

profissional; por operar a partir de atividades de rotina e eventuais; pela padronização de fluxograma de atividades e de condutas terapêuticas principais; por ter um sistema de informações que permitia avaliações na própria unidade e pela regionalização e hierarquização das unidades. O atendimento clínico aos indivíduos doentes estava previsto e subordinado à lógica epidemiológica. Na equipe de profissionais prevista para a Programação, estava incluído o visitador sanitário, profissional responsável pela coes de vigilância e orientação de medidas preventivas. A gerência do Centro de Saúde e das suas atividades para a população da área de abrangência, era única e exercida pelo médico sanitaria.

Ao mesmo tempo em que eram implantadas as atividades técnicas, a Reforma Administrativa estabelecia reformulações de caráter mais gerencial nas unidades. Assim, foi o Decreto n. 7.555, de 9 de fevereiro de 1976 que estabeleceu a estrutura dos Centros de Saúde e critérios para designação das direções, chefias e encarregaturas.

O Decreto regulamentou, também, a ocupação das diretorias e chefias por médicos sanitaristas, prevista na criação da carreira, em 1969.

Aos médicos sanitaristas para quem foi delegado o estratégico papel de dirigir as “novas unidades”, a Secretaria dedicou uma política especial destinada a prover rapidamente as direções dos Centros de Saúde. Para isso, foi assinado convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP e com o Ministério da Saúde no sentido da formação de 120 médicos sanitaristas por ano. Além disso, foi aberto concurso público para ingresso, entre outras providências.

“A velocidade que se imprimiu, nos anos 76-78, à implantação da Programação pode ser indicada por alguns dados relativos ao período. Para os médicos sanitaristas realizaram-se quatro cursos de formação, três concursos públicos para ingresso na carreira e cinco concursos de acesso. O resultado foi uma grande aceleração no ingresso destes profissionais: dos 622 cargos criados até 1975, apenas 190 estavam preenchidos; em final de 1978, já se encontravam preenchidos 409 cargos” (Nemes,⁴ 1990).

Cabe ainda considerar, sinteticamente, as influências externas a esse processo de implantação do modelo de Programação de Saúde e situar a incorporação da assistência médica individual, ainda que como *meio* – o que, certamente, a redefine como orientada para o coletivo – no quadro mais geral da política de extensão de cobertura de serviços de saúde, proposta e implantada, no Brasil, em meados da década de 70.

Nessa época, mudava o Governo Federal, com a entrada de Ernesto Geisel na Presidência da República. Tornou-se, então, Ministro da Saúde o paulista Paulo de Almeida Machado. Entre os seus auxiliares mais diretos estavam José Carlos Seixas, Secretário Geral do Ministério, João Yunes, Edmundo Juarez, José da Rocha Carvalheiro, entre outros que foram sujeitos do processo da reorganização da saúde pública paulista.

A política de extensão de cobertura de serviços de saúde emergiu no esforço de implantação de uma política social face à conjuntura da crise econômica que se sucedeu ao “milagre econômico”, nos primeiros anos da década de 70. Um marcante contraste caracterizava o cenário da assistência médica brasileira no começo dessa década: de um lado, a dominância de uma medicina altamente diferenciada, de elevado custo e intenso consumo por parte de determinado estrato da população. De outro, a presença de grandes contingentes populacionais desprovidos de assistência médica, e de necessidades básicas de saúde que não encontravam condições institucionais adequadas para o seu atendimento.

Concentrando-se nas definições da política econômica, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND - 1975-1979) caracterizava-se, entretanto, pela atribuição de uma relativa autonomia aos setores da área social, cuidando de abordá-los em termos de sua especificidade. Em termos textuais: *“a verdade é que, de um lado, o crescimento pode não resolver o problema da adequada distribuição de renda, se deixado à simples evolução dos fatores do mercado. E, de outro lado, a solução através do crescimento, apenas pode demorar muito mais do que a consciência social admite, em termos de melhorar rapidamente o nível de bem-estar de amplas camadas da população”*.

O Plano formulava metas próprias para a política social, cuja implicação mais ampla dizia respeito à superação da marginalidade social e cultural – e, naturalmente, econômica. O aumento da renda real para todas as categorias sociais e a “redução da pobreza absoluta, ou seja, do contingente de famílias com nível de renda abaixo do mínimo admissível quanto à alimentação, saúde, habitação”, deviam ser possibilitadas por meio de uma ação em que se conjugassem medidas mais imediatamente econômicas. Entre essas, a política de emprego e de salários, com uma estratégia adequada de prestação de serviços sociais.

Seguiu-se ao II PND uma série de diplomas legais na área social, entre os quais, a Lei do Sistema Nacional de Saúde, a primeira definição sistemática, de uma política de saúde para o País. A Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975, dispôs sobre a Organização do Siste-

ma Nacional de Saúde. Ela ocupou-se, basicamente, da designação e da ordenação dos setores institucionais sob cuja responsabilidade deveriam desenvolver-se as ações pertinentes à saúde: Conselho de Desenvolvimento Social, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Trabalho. A lei também explicitava as respectivas competências desses setores, dos Estados e Municípios no desenvolvimento das ações, bem como os mecanismos pelos quais se processaria a coordenação. Ao Conselho de Desenvolvimento Social, recentemente criado, caberia assegurar as diretrizes de coordenação geral do Sistema.

A essa época, os Programas de Extensão de Cobertura (PEC) já eram divulgados e defendidos por organismos internacionais e incluídos em documentos, tais como, o II Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980), resultante da III Reunião Especial de Ministros de Saúde da América Latina. Também a proposta dos PEC já aparecia nas Conclusões e Recomendações da V Conferência Nacional de Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde, em Brasília, em 1975.

Seguiram-se, também, a elaboração e implantação de alguns programas sociais, entre os quais destacamos, por sua relação com a questão sanitária, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e

o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, implantado inicialmente em estados e municípios da região Nordeste e posteriormente, a partir de 1979, em outras regiões, inclusive na região do Vale do Ribeira, em São Paulo, em 1980.

Finalizando essas considerações, merece referência a criação da Carreira de Sanitarista no Ministério da Saúde, nessa época de influência desse grupo. Entretanto, havia uma diferença dessa carreira em relação à proposta para São Paulo. O profissional sanitário a ser formado e a ingressar no Ministério, para atividades de nível central da saúde pública, não seria apenas o médico, e sim os profissionais integrantes de uma equipe. Nesse sentido, o termo sanitário seria o substantivo e a profissão do técnico modificaria esse substantivo. Assim, o saber do sanitário orientaria o saber e, por conseqüência, a respectiva prática dos profissionais. Como exemplos: sanitário – área de medicina; sanitário – área de enfermagem; sanitário – área de odontologia. O primeiro concurso para preenchimento dos cargos dessa carreira nacional aconteceu em dezembro de 1979.

Face à essa contextualização, considerando a importância e a contribuição dos sanitários e do processo de construção da saúde pública paulista na concepção e viabilização da Reforma Sanitária Brasileira e da viabilização do Sistema Único de Saúde, considera-se importante a republicação desse artigo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Bastos NCB. SESP/FSESP 1942 - evolução histórica - 1991. 2ª ed. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 1996.
2. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1986.
3. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO; 1994.
4. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação de uma política de programação. In: Schraiber LB, organizador. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-116.
5. Schraiber L, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber L, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
6. Silva JA. Assistência primária de saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1984.
7. Silva JA, Gonçalves RBM, Goldbaum M. Atenção primária de saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986. [Série Estudos e Projetos, 2]
8. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
9. Souza JMP, Mercadante OA, Arantes GR, Ferreira SA, Vasconcelos TP. Curso de Saúde Pública em um semestre: algumas considerações. *Rev Saúde Pública*. 1975;9:87-92.