

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



O INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA (IMEP)

**UMA HISTÓRIA DO ENSINO DA MEDICINA
PREVENTIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

ORIENTADORA - PROFA. DRA. MARIA JURACI MAIA CAVALCANTE
ALUNO: FRANCISCO DAS CHAGAS DIAS MONTEIRO

Fortaleza, setembro de 1997

Francisco das Chagas Dias Monteiro

O Instituto de Medicina Preventiva (IMEP)

Uma história do ensino da Medicina Preventiva na Universidade Federal do Ceará

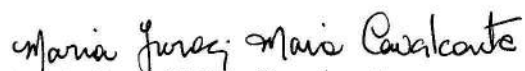
**Dissertação de Tese apresentada ao Mestrado
em Saúde Pública – Área de Concentração
Epidemiologia, do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção de grau
de Mestre em Saúde Pública**

Fortaleza, setembro de 1997

Esta dissertação foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de mestre em Saúde Pública, outorgado pela Universidade Federal do Ceará, e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Universitária ou na Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde.

Dissertação de mestrado aprovada em 03 de outubro de 1997

Banca composta pelos Profus. Drus. :


Maria Juraci Maia Cavalcante
(Orientadora)

Lígia Kerr Pontes


Maria Auxiliadora de Souza

quando sonhar
era um desejo impreciso

quando seguir na vida
era uma necessidade absoluta

quando a história se fez
apesar dos donos do poder
só quererem parar o tempo
alencarinamente se resistiu
suportou
e revidou
sempre que possível
às agressões e aos desmandos

quando o podre despropósito
enfim se quebrou
os arautos da modernidade
e das falsas mudanças
tentam impor
autocraticamente
seu cardápio de reformas
goela abaixo do país

agora
no momento exato
é preciso resistir
não suportar
revidar cada tentativa
alencarinamente

julho de 1995
chico monteiro

AGRADECIMENTOS

O autor deste trabalho agradece a Profa. Dra. Maria Juraci Maia Cavalcante pela orientação e avaliação crítica na execução e elaboração do mesmo.

À Helena, motor impulsionador da tese e da minha vida.

Aos meus filhos Manuel e Janaina, à minha mãe e meu pai (in memoriam) pela compreensão e ajuda.

À Profa. Dra. Lígia Kerr Pontes, pela orientação inicial deste trabalho e o estímulo à idéia do tema escolhido.

Ao Sílvio Frank Alem, historiador e irmão, que se vivo, fatalmente estaria na banca.

Aos entrevistados, testemunhas vivas da história do IMEP, pela prestimosa colaboração.

À Profa. Dra. Terezinha do Menino Jesus Silva pela inestimável ajuda e sugestões.

Ao Prof. Dr. Dalgimar Beserra de Menezes e ao Dr. Manuel Dias da Fonseca Neto pela revisão do texto e sugestões críticas.

Ao Dr. Carlos Alberto Komora Vieira pelas sugestões e livros emprestados.

Ao Dr. Rafael Dias Marques Nogueira pela paciência na fotografia dos slides.

À ajuda inestimável das competentes bibliotecárias da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde Sra. Norma Carvalho Linhares e Sra. Cleide Ancillon de Alencar Pereira pela paciente orientação e correção das referências bibliográficas.

A todos os professores e colegas do mestrado, funcionários do Departamento, que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho.

À jovem Fabiana M. S. Nascimento pela colaboração datilográfica deste trabalho.

Ao funcionário Roberto, o Bob, responsável pela Reprografia do Mestrado, que muito ajudou na xerox sempre que necessário.

Aos meus familiares irmãos, sogra e cunhados, pela solidariedade e amizade.

Aos colegas de trabalho que substituíram plantões e outras tarefas.

A todos aqueles que colaboraram de forma direta ou indireta para a execução deste trabalho.

“...fazer história como conhecimento e como vivência é recuperar a ação dos diferentes grupos que nela atuam, procurando entender porque o processo tomou um dado rumo e não outro; significa resgatar as injunções que permitiram a concretização de uma possibilidade e não de outras.” (VIEIRA, et al., 1995)

Esta tese não se propõe nem pretende ser um trabalho definitivo sobre o IMEP. É apenas uma elaboração parcial e incompleta, que se espera possa ajudar e estimular outros estudantes e pesquisadores, além das autoridades competentes da saúde pública, a responder. Intenciona-se gerar debate e polêmica, a contradição tão necessária para impulsionar a vida das pessoas e dos povos para melhores dias.

Chico Monteiro

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Memorial (Breve história da vida do autor).....	001
Porque a idéia de pesquisar o IMEP.....	009
Importância do resgate histórico da memória.....	014
Procedimento de pesquisa (Fontes).....	016
Resumo dos capítulos.....	016

CAPÍTULO 1 – Pequena recuperação histórica das ações de saúde no Brasil,

Influências externas e a experiência do IMEP.....	018
---	-----

1.1. Configurações das ações de saúde no Brasil Colonial e Imperial (esboço cronológico).....	018
1.2. Organização Republicana da saúde.....	022
1.3. Os movimentos da Reforma Sanitária, Medicina Social, Integral, Preventiva e Comunitária.....	024
1.4. Reforma Universitária de 68 e a recomendação sobre a Medicina Preventiva.....	032

CAPÍTULO 2 – A Experiência do IMEP.....

2.1. A criação do IMEP.....	043
2.2. O Distrito Sanitário e o Centro de Saúde.....	045
2.3. A Institucionalização da Disciplina de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina.....	047
2.4. Implantação do ensino de Medicina Preventiva.....	048
2.5. Aplicação de Convênios.....	049
2.6. Ensino da Medicina Preventiva.....	052
2.6.1. Ensino da Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina.....	052
2.6.1.1. Estatística	053

2.6.1.2.Antropologia Cultural e Educação Sanitária.....	054
2.6.1.3.Epidemiologia Geral.....	054
2.6.1.4.Higiene do meio.....	056
2.6.1.5.Epidemiologia Especial.....	056
2.6.1.6.Higiene do Trabalho.....	057
2.6.1.7.Administração Sanitária.....	058
2.6.1.8.Atividades do 6º Ano.....	059
2.6.2. Bolsas de estudos para auxiliares de professores.....	059
2.6.3. Ensino da Medicina Preventiva na Faculdade de Farmácia.....	060
2.6.4. Ensino da Medicina Preventiva na Faculdade de Odontologia.....	063
2.6.5. Ensino da Medicina Preventiva na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo.....	064
2.6.5.1.Curso de Auxiliar de Enfermagem.....	067
2.6.6. Ensino da Medicina Preventiva na Escola de Serviço Social.....	069
2.6.6.1.Programa feito para o ano de 1967.....	069
2.6.7. Cursos de extensão e pós graduação.....	070
2.7.Atividades de Pesquisa.....	073
2.7.1.Assuntos das pesquisas.....	074
2.8.Outras atividades do Centro de Saúde do IMEP.....	075
2.9.Programa Integrado de Educação e Saúde da Comunidade (PIESC).....	077
2.10. Alguns Comentários.....	081
CAPÍTULO 3 - A EXPERIÊNCIA DO IMEP FACE AOS RUMOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	085
3.1. A política de saúde e o SUS.....	085
3.2. Resumo da história do SUS.....	089
3.3. A saúde e o “mercado”.....	091

3.4. 1997 “O ano da saúde”.....	095
3.5. A formação do médico e o mercado de trabalho.....	097
3.6. Saúde da Família: um novo modelo de atenção?.....	104
3.7. Pelo renascimento da experiência do IMEP.....	119
3.7.1. O CRUTAC.....	119
3.7.2. O NESC.....	120
3.7.3. A Escola de Saúde Pública.....	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
ANEXO I – ENTREVISTAS.....	Volume II
ANEXO II.....	Volume II
ANEXO III.....	Volume II

INTRODUÇÃO

- MEMORIAL (breve história da vida do autor)

Minha formação em medicina tem duas fases totalmente distintas. Uma de 1966 a 1968 e outra de 1972 a 1976.

Vestibular difícil e complicado com prova de Português eliminatória e provas de Química e Biologia contando pontos negativos pela primeira vez, num vestibular da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Na primeira fase, ainda adolescente, os primeiros contatos com um sistema de estudo totalmente diverso de tudo quanto já havia passado.

As conversas, o trote, as eleições para o Diretório Acadêmico (DA) XII de Maio, a Passeata dos Bichos, que, desfilando pelo centro da cidade, deleitava novatos e veteranos, expunha a Universidade à sociedade (eram criticados o Reitor, Diretores de Faculdades, o Governo, a Cátedra Vitalícia, Professores, tudo e todos, até mesmo os Marechais, que estavam no poder), e deixava ansiosos para participar os vestibulandos e as moçoilas da cidade. Tradição no calendário de eventos da Metrópole.

Os Jogos Universitários e as Tertúlias no Clube dos Estudantes Universitários (CEU), eram acontecimentos não só dos estudantes, mas contava com a participação da cidade.

A retomada da União Nacional dos Estudantes (UNE), no ano de 1966, em Congresso realizado na Universidade, em Belo Horizonte - Minas Gerais, gerava discussões. Para se estar em dia com este tipo de assunto e poder participar das rodas de conversas, necessário se fazia ler, pelo menos uma vez por semana o Jornal O Estado de São Paulo (Estadão) ou o Jornal do Brasil (J.B.).

Estudava-se muito.

Discutia-se a sucessão do Diretório Central dos Estudantes (DCE), a Guerra do Vietnã, faziam-se passeatas e protestos contra o Acordo MEC/USAID (Ministério da Educação e Cultura e United States Aid for International Development) e o Relatório do Professor Rudolf Atcon (propunha a reforma da Universidade, nos moldes da implantada em 1969, com o intuito de enfraquecer o gregarismo entre os estudantes, dispersando-os até dentro de uma mesma turma e sugeria que o ensino universitário fosse pago), queimavam-se bandeiras dos Estados Unidos em praça pública, cantavam-se refrões, como este:

os marechais

oh! que colosso

uns sem cabeça

uns sem pescoço

vejam só

ô minha gente

estes são os dirigentes

precisamos de uma revolução

de uma revolução

de uma revolução

(canta-se com a música Yellow Submarine dos Beatles John Lennon e Paul McCartney) contra os Ditadores Militares no poder e gritava-se: **Abaixo a Ditadura.**

Estudava-se muito.

As turmas e os grupos de estudo mantinham-se os mesmos desde quando se entrava ao término do curso. Muitos almoçavam no restaurante da Faculdade e depois iam até a

sede do DA para jogar tênis de mesa, xadrez e outros jogos de salão, ouvir música (era uma das melhores discotecas da cidade), estudar ou dar um cochilo.

Um momento importante, nesta época, era a ida ao Instituto de Medicina Preventiva (IMEP), perto da Lagoa do Porangabussu e da Igreja São Raimundo. O IMEP ficava na mesma rua do DA.

Já no primeiro ano começava-se a ir no IMEP para se ter aulas de Estatística, no segundo ano via-se Antropologia, no terceiro era uma família que cada aluno tinha de visitar. A que me foi designada, lembro, vivia por trás do Campo do Ceará Sporting Club, perto da casa do Jerônimo (à época, funcionário do DA e hoje da Universidade, animador das serestas e das noites em que se ficava no DA preparando cartazes e pintando faixas, divino tocador de violão, o qual dedilhava de baixo para cima, pois sendo sinistro e não podendo comprar um, aprendeu a tocar e tocava no violão dos destros).

Dr. Joaquim Eduardo de Alencar, idealizador, organizador e primeiro Diretor do IMEP, não estava no Brasil em 1966 e 1967, mas retornou em 1968. Ano em que foi o último do seu funcionamento, pois que após o AI-5 (Ato Institucional N°5) da Junta Militar, de 13 de dezembro de 1968, uma sexta feira, e com a implantação da Reforma Universitária no ano seguinte, o de 1969, o IMEP foi desativado, tendo os professores, seu acervo e patrimônio cultural (quando não destruídos), dispersados pela Universidade ou alhures, já que o arbítrio instaurado tudo podia .

Este primeiro período na Faculdade foi efervescente, rico em conhecimentos universitários, universais (a Universidade cumpria o seu papel), mas também extremamente valioso como estudo das coisas da medicina.

Em meio à efervescência dos debates, das discussões, das polêmicas, das assembléias, das passeatas, foi crescendo em mim a chama, a força que me movia na direção contrária às arbitrariedades e às injustiças, acreditando na liberdade e na

fraternidade, no HOMEM e na comunidade entre eles como o motor maior da existência e do sentido da vida. (Helena, o sol e o despertar na compreensão desses valores).

Dezembro de 1968, AI-5 (o Ato Institucional Nº5 foi concebido para consolidar o processo autoritário, arbitrário e repressivo da **Ditadura Militar**, contestada nas ruas, em grandes manifestações populares, principalmente de estudantes e da classe média das grandes cidades, e pelo surgimento da denominada “guerrilha urbana” – que vinha realizando assaltos e outras ações armadas). Logo após sua edição uma enorme quantidade de prisões, por motivo político, aconteceram. Invasão da casa de meus pais à minha procura, clandestinidade no Pernambuco.

Helena e eu, nomes diferentes, tentando ser diferentes, cortando cana e sentindo o gosto sem gosto da fome, como a maioria dos brasileiros.

A repressão encetada pela **Ditadura** nos prende como “**subversivos**”. (Como não sê-lo?). Corria o mês de outubro de 1969. Helena estava grávida. Permanecemos dois anos detidos e reclusos no Recife.

Em outubro de 1971 retornamos à Fortaleza, mas só depois de outras prisões e contratempos conseguimos novamente voltar à Universidade.

A segunda fase na Faculdade, já não mais Faculdade mas Curso Médico do Centro de Ciências da Saúde, começa, depois de muitas dificuldades para retornar a estudar, na metade do segundo semestre de 1972, fazendo duas cadeiras apenas.

Neste tempo a Reforma Universitária tinha sido imposta, o Ceará era o modelo a ser seguido, pois havia sido o primeiro a fazê-la.

Entre outros aspectos a considerar, a Reforma Universitária coadunando-se com o Relatório do Professor Rudolf Atcon e o acordo MEC/USAID, contra os quais se lutara durante o movimento estudantil de 1968, vieram para, de acordo com a ditadura militar, dispersar os estudantes e os professores, dificultando qualquer atividade política na Universidade.

Não mais a matrícula era feita por semestre, mas por matérias oferecidas com número de vagas limitados. Cadeiras como Clínica Médica foram diluídas por múltiplas especialidades, perdia-se a visão do conjunto, ficava-se na visão segmentada do corpo humano e da realidade. Este era o rumo oposto ao proposto pelo IMEP, a integração.

Tanta era a dispersão que, mesmo marido e mulher podiam não conseguir cursar as mesmas matérias, os dois juntos. O número com o qual o estudante se inscrevia na Universidade, no seu Centro, variava de acordo com as letras do seu primeiro nome (alguém chamado Aarão dificilmente deixaria de ser o número um e Zulmira, com certeza, seria o último número). E o número de inscrição era fundamental para se conseguir matrícula numa ou noutra matéria.

As conversas agora versavam sobre futebol, as dicas das provas e outras futilidades menores. Todos tinham medo quando alguém falava de política. Logo pensava-se que podia ser um dedo duro fazendo provocação. E eles estavam em todos os lugares. A paranóia era necessidade diária para a sobrevivência.

Tinha de estudar e trabalhar. Dava aulas nos Colégios Rui Barbosa e Cearense. Dava plantão, com o Dr. José Dante Góes, no IJF e na Clínica de Recuperação e Reabilitação de Mutilados, do Dr. Bolívar Bastos Gonçalves.

Não havia mais o D.A., restou apenas a Associação Atlética, que anteriormente era um departamento do D.A., como única forma de agregação dos estudantes. (O D.A. só foi reativado em 1978, dez anos depois de ter sido fechado). Havia também a “Representação Estudantil” nos Departamentos e Conselhos de Centro e da Universidade, constituída através de eleição. Para concorrer vinham as listas prontas da Universidade com os nomes dos alunos, escolhidos pelo critério de ter as melhores notas.

Agora não mais havia o IMEP. Alguns professores remanescentes, Dra. Zélia Rouquayrol, Dra. Auxiliadora Souza, Dr. Júlio Maria, um grupo de alunos, entre os quais Henri Campos (parente do Prefeito da Cidade), desenvolveram um projeto que levava os

estudantes até a zona rural, próxima à Fortaleza, nos dias de sábado, o Projeto Pacatuba (cidade vizinha a Fortaleza).

Ainda sextanista, dei plantões de fim de semana na Unidade Mista de Jaguaruana. Mas minha intenção era fazer residência em Traumatologia e Ortopedia, em Brasília ou Ribeirão Preto.

Como, porém, terminei no meio do ano de 1976, juntamente com remanescentes de diversas turmas, éramos em torno de quinze (fomos os primeiros a terminar em julho), e a residência começava sempre no início do ano, recebi convite e fui trabalhar na cidade de Aratuba, na Serra de Baturité.

Morava no Hospital, único médico nas redondezas.

A família (esposa Helena, que ainda estava terminando o curso médico e em seguida faria residência, e os dois filhos, Manuel e Janaina) morava em Fortaleza. Vinha a Fortaleza e, às vezes, eles subiam a Serra para ficar comigo, nos finais de semana.

O tipo de prestação de serviço médico como generalista, numa linha de orientação e educação em saúde, respeitando os valores da cultura local, trocando experiência e reciclando as parteiras leigas, participando de reuniões com os trabalhadores rurais e a Igreja Católica nas comunidades pelos distritos, tanto de Aratuba como de outras cidades vizinhas, andando de Jeep, no lombo de burro ou cavalo, ou à pé, deu-me a verdadeira perspectiva para o meu futuro como profissional médico. O respeito a cultura era um componente muito forte e se mostrava plenamente na exigência de se ter redes, como opção de leitos, no hospital.

Não tinha como deixar de lembrar dos ensinamentos e pensar no IMEP.

Em Concurso da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para sanitarista, fiquei no décimo primeiro lugar na classificação, eternamente o próximo a ser chamado, pois jamais o seria.

Helena começou a trabalhar na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, como médica contratada; após trabalhar quatro meses foi afastada por ordem do Serviço Estadual de Informações. Terminada a Residência Médica e um curso de Especialização em Fisiologia e Farmacologia, a ela também foi mostrada a ordem que não permitia viesse a exercer qualquer função como professora na Universidade.

Em meados de 1978 fui convidado para ir participar de uma experiência em municipalização de serviços de saúde em Campinas-SP.

Era uma boa proposta de trabalho e uma saída, um exílio dentro do próprio país.

Fui, junto com a família, trabalhar em Campinas-SP, no início de 1979.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas estava desenvolvendo uma proposta de municipalização e de extensão de cobertura nos bairros afastados e periféricos da cidade. Discutia-se com as lideranças do bairro, escolhia-se a casa para alugar, selecionavam-se dentre os moradores do próprio bairro as pessoas que deveriam ser Auxiliares de Saúde no Posto. Um processo de seleção que levava em conta a opinião de todos os inscritos para a escolha.

Como a área de atuação do Posto era definida, sabia-se qual a população abrangida, permitindo um planejamento para se atingir as metas de atender, dentro de programas, todas as gestantes bem como todas as crianças até cinco anos, que residiam no perímetro.

Faziam-se reuniões, visitavam-se as famílias, checavam-se os faltosos aos programas, pois os dias de atendimento eram agendados com antecedência.

Outra vez, como esquecer o IMEP?

Estando eu de férias em Fortaleza em dezembro de 1985, o futuro Secretário de Saúde do Município de Fortaleza, Dr. Manoel Dias da Fonsêca Neto, convidou-me a voltar e fazer parte de sua equipe. Reestruturar a Secretaria, reorganizando os Postos de Saúde dentro de uma visão que levava em consideração o melhor rendimento e a regionalização.

Ao iniciar este processo, em janeiro de 1986, encontraram-se locais onde, numa área de quinhentos metros quadrados, havia cinco Postos. Havia inclusive situações de um Posto em frente ao outro. Racionalidade nenhuma. Remanejar pessoal, dar funcionalidade ao atendimento, tentar mudar a mentalidade. Na mesma época dava plantão na emergência do Hospital de Maracanaú e prestava assessoria ao Secretário de Saúde do Estado, Dr. Elias Geovani Boutala Salomão.

Fiquei até o final de novembro do ano de 1986 na Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza.

No Hospital de Maracanaú, em meados de 1989, começou-se a discutir a possibilidade de desenvolver um Distrito Sanitário envolvendo os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Guaiuba (Distrito Sanitário Mapaguai) com apoio do Ministério da Saúde, através da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), responsável pela direção do Hospital. Esta foi uma proposta avançada naquele momento.

Foi composta uma equipe, bastante qualificada, da qual participei; discutiu-se e planejou-se, elaborando-se um Anteprojeto. Fez-se seu encaminhamento com a administração dos três municípios, iniciaram-se reuniões com a comunidade e os servidores públicos em Maracanaú, Pacatuba e Guaiuba, inclusive nas Casas de Parto.

O projeto acabou abortando, pois, como quase sempre, houve ingerências políticas retrógradas, a partir de funcionários do próprio Hospital, com medo de perderem privilégios a nível do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, faltou o necessário apoio.

Como, mais uma vez, não lembrar do IMEP?

Hoje, depois de ter sido Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará - gestão 1988/91 -, Vice Presidente Nordeste da Federação Nacional dos Médicos, por duas gestões, membro do Conselho Estadual de Saúde do Ceará - desde sua fundação em 1987 até fevereiro de 1997 -, Secretário de Saúde de Canindé - Ce. até início de julho deste ano, sou conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará e Secretário de

Relações Trabalhistas da Federação Nacional dos Médicos, servidor do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, o que proporciona uma atuação na área da Saúde Pública intensa e constante. Permite a participação em movimentos de âmbito local, estadual e nacional, intervindo ativamente tanto na discussão de questões como no encaminhamento prático de decisões em relação à política de saúde. Estas atividades sugerem ser oportuno e atual discutir o IMEP.

- Porque a idéia de pesquisar o IMEP

Uma das opções de tese, ao me inscrever no concurso para o Mestrado em Saúde Pública da UFC, em dezembro de 1993, era escrever sobre a História do IMEP. Importante a influência e o estímulo da Profa. Dra. Lígia Kerr Pontes, minha primeira orientadora.

Escolhido o tema, o período histórico que se pretende analisar, vai do IMEP ao momento atual e encontra unidade na busca do fio condutor no âmbito da discussão sobre a Medicina Preventiva.

Entre um momento e outro, uma experiência e outra, existe um hiato coincidente, em termos históricos, com o período autoritário da Ditadura Militar e a retomada democrática do debate sobre saúde no Brasil e, em particular, no Ceará. Apesar de atravessar-se uma fase, ainda formalmente democrática mas, que vai aos poucos sendo substituída pelo autoritarismo econômico (por meio da “globalização”) e pelo autoritarismo político através do “velho” liberalismo rebatizado de neoliberalismo (BATISTA Jr., 1997).

Tem-se como objeto de estudo ao estudar o IMEP, a formação profissional voltada para atender às necessidades da população, integrando ensino, serviços de saúde e comunidade. Com a análise se quer apontar a perspectiva para uma discussão, conjunta e

democrática, no sentido do desenvolvimento e da unificação de propósitos e de ações para uma proposta de formação profissional integrada com o modelo assistencial.

A história do ensino da Medicina Preventiva no Ceará, passa necessariamente pelo resgate do IMEP, criado em 17 de março de 1959 pela Resolução Nº 62 do Conselho Universitário, como um dos Institutos aplicados da Universidade Federal do Ceará, especificamente para desenvolver o ensino e a pesquisa neste campo (ANEXO II - 1).

A curta existência do IMEP reflete o obscurantismo instalado no país, com a ditadura militar após o golpe de 1964, e que recrudescer com o Ato Institucional Nº 5, de 13/12/68, acabando por levá-lo à destruição, dispersão de seus professores e pesquisadores, circunstância causadora de grande prejuízo, não só para o ensino médico mas também para o de todas as outras áreas da saúde, feito ali de forma integrada, e ainda da população atendida no Centro de Saúde, parte integrante da sua estrutura de funcionamento (ANEXO II - 9).

Pesquisar a história do ensino da Medicina Preventiva no Ceará é pesquisar o IMEP, não há como dissociar um evento do outro. Daí porque é sumamente importante recuperar a memória de experiências pioneiras, como o IMEP, experiência esta articulada a nível das Américas pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

O IMEP teve sua existência ceifada em finais de 68 e início de 69, após o Ato Institucional Nº 5 e a Reforma Universitária. Em sua curta existência criou um Distrito Sanitário (o primeiro no Ceará) ao redor da Faculdade de Medicina, em Porangabussu, (ANEXO II - 2) integrou em seu seio professores das Faculdades de Medicina (de várias cadeiras e Departamentos), Farmácia, Antropologia, Serviço Social, esta agregada à UFC, Enfermagem (esta não era da Universidade Federal do Ceará) e profissionais de outras instituições como a Superintendência de Campanhas (SUCAM) e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), além de consultores da OPAS/OMS. Os estudantes

estavam inseridos numa estrutura de ensino/serviço/integração com a comunidade, desde o primeiro até o último ano da Faculdade de Medicina.

Os alunos integravam-se, em todo o correr do curso, com o tipo de trabalho a enfrentar quando se formassem, fora do ambiente hospitalar. Andavam em ruas sem calçamento, com esgotos fluindo pelo meio, conviviam com as condições de pouca higiene das moradias, tomavam conhecimento com o trivial simples da profissão, como atender pessoas afetadas por verminoses, diarréias, amigdalites, pneumonias, dismenorréias e não somente as complicações raras (também muito válidas de serem aprendidas), que se viam e se vêem no Hospital das Clínicas e outros Hospitais de ensino.

Tinha-se, curricularmente, uma formação geral como médico e noções de como ver o ser humano de forma integral, inserido no ambiente físico e na sociedade, determinantes importantes no processo saúde/doença.

Este tipo de formação básica, dá a devida dimensão para se tratar as pessoas, os seres humanos e não apenas as doenças, ao contrário da maneira clássica como os livros e os compêndios, em sua maioria estrangeiros, ensinam. Mostra a doença como um acontecimento na vida de uma pessoa humana. É gente de carne e osso que adocece. Não é o "caso" do edema agudo de pulmão, é o Sr. José da Silva que, por uma circunstância de sua existência, está acometido de edema agudo de pulmão.

Num balanço de oito anos de existência do IMEP, escrito em 1967 e apresentado na II Reunião de Medicina Preventiva do Rio Grande do Norte, assim se coloca na sua apresentação:

“Trata-se de uma experiência que vem sendo desenvolvida em etapas sucessivas nas diversas áreas profissionais das ciências da saúde. Não foi fácil atingir a etapa atual. Dificuldades de toda ordem, quase sempre decorrentes do espírito conservador que ainda domina vastos setores do ensino universitário, estiveram presentes.

A Faculdade de Medicina do Ceará somente em 1968 formará a sua primeira turma, que teve o ensino da Medicina Preventiva integrado ao longo do curso médico. Apesar disso, os resultados já obtidos levam-nos a crer que estamos no caminho certo, procurando formar os verdadeiros profissionais de saúde, de que necessitam o Nordeste e o Brasil.

A convicção que sempre teve a nossa Escola, de que era urgente a modificação dos padrões qualitativos do médico brasileiro, no sentido de que fosse um profissional realmente capacitado para enfrentar os nossos peculiares problemas de saúde, motivou modificações curriculares...”

(UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Atualmente no país e, em particular no Ceará, trabalha-se no sentido da mudança do “modelo assistencial” com ênfase no Programa de Saúde da Família. Justifica-se a mudança afirmando-se a obrigatoriedade de se fazer refluir o “modelo hospitalocêntrico”, de priorizar a medicina preventiva em detrimento da medicina curativa, que de acordo com a argumentação, é cara, permite fraudes e desvios e atinge poucas pessoas. Confunde-se deliberadamente atenção primária à saúde, as ações básicas, como terminativa, como se tudo fosse resolvido assim. Propugna-se: saúde pobre para pobre (MONTEIRO, 1994).

Atenção primária não existe de forma isolada, sem a retaguarda hospitalar secundária e terciária (meios diagnósticos e tratamentos especializados e sofisticados). Cita-se Cuba, importam-se profissionais médicos de lá, apenas para a discussão e implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Enquanto isto, alguns gestores municipais e o gestor estadual, brigam com os hospitais e diminuem os seus já poucos recursos, e a população não tem onde ser tratada de acidente vascular cerebral e fazer cirurgias de neoplasias ainda com possibilidade de reversão do quadro. O sistema de Cuba é hierarquizado e seus usuários não têm somente a atenção primária, usufruem-na de forma

integral, igualitária e dentro da hierarquia, da referência e da contra referência (ANEXO I - ENTREVISTA 11).

Prevenção em saúde não é só a atenção primária. Não é só vacinar, fazer pré-natal, pesar e medir as crianças (para saber se estão ou não desnutridas, e se vão ou não entrar na distribuição de leite). Prevenir desnutrição, doenças, ter uma população saudável, ter saúde como qualidade de vida, pressupõe a necessidade das pessoas terem com o que se alimentar, usarem água tratada (clorada e fluorada), terem onde trabalhar, receberem salário compatível com o mesmo, terem terras onde lavrar, plantar e produzir alimentos para poderem se alimentar devidamente, não apenas comendo a chamada “alimentação alternativa” (elaborada com cascas de ovo, de banana, de melancia, folha de mandioca, e outras). Não se deve ter nenhum preconceito, contudo, em relação a este tipo de alimentos, deve ter-se muito claro porém é o seu caráter de opção, juntamente com a possibilidade de se poder ingerir a banana, o ovo, a galinha, a melancia, a macaxeira. Quando, no entanto, a opção for nenhuma, o que fazer? Melhor nutrir-se com as cascas que com nada. Fica marcado na consciência, outrossim, como fruto da perversidade de nossa sociedade e das desigualdades sociais a causa deste tipo de falta de opção.

Queixas generalizadas por parte dos gestores municipais concentram-se na dificuldade de recrutar profissionais de saúde, os médicos em especial, alegando não terem os mesmos compromisso com o povo, serem desvinculados da realidade, de irem para o interior apenas para passar uma chuva e ganhar dinheiro e logo depois irem embora, fazer residência médica e voltar para a cidade grande.

Há os que propõem, como solução, criar uma Faculdade de Medicina fora da Metrópole, no meio do sertão, como forma de comprometer os médicos; pretendem formar em medicina os nascidos e criados longe da capital. Há outros propondo o Serviço Civil Obrigatório para os formandos.

Quer se propor aqui, contrariamente a essas posições, por serem, carentes de um maior aprofundamento, no caso da segunda, e, por ter uma visão distorcida, a primeira, pois a Faculdade de Medicina em Campina Grande, no interior da vizinha Paraíba não tem garantida a fixação dos estudantes aí formados, nem mesmo na Paraíba. Dr. Gilmário Mourão Teixeira, um dos entrevistados na pesquisa, professor-colaborador do IMEP, sendo, em razão deste seu trabalho, convidado a trabalhar na OPAS/OMS, corrobora com o posicionamento contrário apresentado. Discute-se também, pelos corredores do poder, uma fórmula de criar uma escola para formar médicos exclusivamente para trabalhar no PSF. Seria um curso com duração de apenas três ou quatro anos.

Esta realidade mostra a atualidade de estudar o IMEP.

- Importância do Resgate Histórico, da Memória

O momento atual vivido pela saúde pública no Brasil expressa-se pela procura de se implantar, com grandes dificuldades, com inimigos disfarçados e francos, inclusive dentro do próprio governo, um sistema de saúde proposto como universal e igualitário e com participação da sociedade na definição das políticas. É ainda o instante, em razão mesmo de sua implantação, onde se busca mudar o modelo assistencial.

Esta mudança carece de uma reflexão sobre a história, principalmente aqui no Ceará, devido a experiência ocorrida nos anos 60, trinta anos atrás, de proposta dentro da Universidade, na maneira e no conteúdo de ensinar ao estudante de medicina e de outras categorias profissionais da área de saúde, um modelo diferente de assistência, compatível com algumas tentativas hoje desenvolvidas de forma fragmentada, mesmo por órgãos oficiais, incluída a própria Universidade. É importante resgatar a memória, é importante rever o IMEP (SOUZA, 1994).

A perspectiva do ensino da Medicina Preventiva e Social e da Saúde Pública, no Ceará e mesmo no Brasil, ainda não foi encarada como uma prioridade efetiva pelos dirigentes do SUS.

Contudo, é extremamente motivador para refletir, estudar as primeiras iniciativas de institucionalização de um ensino integrado entre as diversas disciplinas componentes do currículo médico e das demais profissões da saúde no Ceará e no Brasil.

O ensino da Medicina Preventiva e a criação de uma instituição como o IMEP, se deu pela iniciativa e persistência de um grupo de profissionais abnegados, com visão pública e dos problemas de saúde, tendo o Dr. Joaquim Eduardo Alencar como líder e incentivador (SOUZA, 1994).

O IMEP, durante sua curta existência, teve uma importância marcante como processo integrador na formação, no trabalho e na perspectiva mostrada na escola, de maneira curricular, tanto para os futuros profissionais generalistas como para os especialistas; a visão das relações sociais, da legislação pertinente, que o processo saúde/doença não se restringe a apenas atender o cidadão quando está doente, prescrevendo-lhe um medicamento, fazendo uma cirurgia, aplicando uma injeção, uma vacina etc.

Fruto desta visão, professores houveram, como o Dr. Gilmário Mourão Teixeira da cadeira de Tisiologia, com clínica privada grande e conceituada em Fortaleza, na área de Tísio-Pneumologia, que em razão de dar aulas de Pneumologia Sanitária no IMEP, teve seu trabalho reconhecido, sendo então convidado pela OPAS/OMS para desenvolver seus conhecimentos e trabalhar nos EUA como profissional da área de Saúde Pública.

Olhar criticamente o passado recente, no caso específico o IMEP, revela a atualidade da temática de medicina preventiva, de saúde pública no Brasil, bem como, da necessidade de redefinição da formação do médico e de outros profissionais, nos moldes do encaminhamento feito pelo IMEP.

O IMEP foi pensado e criado na perspectiva, segundo afirmou o idealizador e um dos seus mais importantes realizadores, Dr. Joaquim Eduardo de Alencar, de que: **“...era necessário ensinar ao estudante de medicina não apenas os processos biológicos das doenças, mas dar aos mesmos a visão dos seus determinantes sociais, principalmente em se tratando do Ceará”**.

- Procedimento de Pesquisa (Fontes)

A pesquisa foi feita em Documentos remanescentes da instituição, conseguidos com dificuldade e contando com a ajuda dos entrevistados e principalmente com o Dr. Joaquim Eduardo de Alencar, pois os mesmos haviam sido dispersados, perdidos, ou destruídos.

Fez-se entrevistas com professores, estudantes à época e colaboradores do IMEP.

Levantamento bibliográfico foi providenciado junto à Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde, além de outros textos e livros indicados, emprestados, doados e reprografados, no intuito de ajudar e trazer à tona a memória do IMEP, resgatando o trabalho e a importância do Prof. Joaquim Eduardo de Alencar, para a saúde pública do Ceará, como bem o coloca o Dr. Ernesto Pinho Pessoa em sua entrevista.

- Resumo dos Capítulos

Abre-se este trabalho com uma poesia homenageando o Dr. Joaquim Eduardo de Alencar, como lutador pioneiro e resistente em defesa da liberdade e da saúde pública.

Na introdução, faz-se breve relato sobre a vida do autor, continua-se falando sobre a motivação da pesquisa, o seu contexto, a importância de se resgatar a memória do IMEP, citam-se os procedimentos de pesquisa.

No capítulo 1, trata, genérica, resumidamente e num esboço cronológico, das ações de saúde desenvolvidas no Brasil e no Ceará. Procura-se conceituar e situar os movimentos da Reforma Sanitária, Medicina Social, Integral, Preventiva e Comunitária, dentro da realidade do ensino médico e no final tenta-se mostrar, a partir de um estudo feito pelo PESES (Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde), órgão criado por convênio entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), como se deu a evolução da chamada “ideologia preventivista” e a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas Universidades, para se poder comparar com o IMEP e com o “novo modelo de atenção a saúde da família”, proposto para o Ceará (ANDRADE, et al., 1995) e para todo o país (BRASIL, 1997a).

No capítulo 2, chega-se finalmente à experiência do IMEP, objetivo principal da tese, em que se trabalha na sua história e nas suas realizações e propostas. Propostas, hoje reproduzidas evolutivamente, com outros nomes mas com o mesmo espírito, com a mesma formulação. Algumas deveriam ser repensadas e inclusive, retornarem à idéia original, por mais correta e abrangente.

No capítulo final, se faz uma análise da atual política de saúde do país e seus reflexos no Estado do Ceará, e, pretensiosamente, quer se propor o renascimento de trabalhos semelhantes à experiência do IMEP, fazendo-se a sua comparação no contexto atual.

CAPÍTULO I

PEQUENA RECUPERAÇÃO HISTÓRICA DAS AÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL E NO CEARÁ, INFLUÊNCIAS EXTERNAS E A EXPERIÊNCIA DO IMEP

1.1. - Configuração das Ações de Saúde no Brasil Colonial e Imperial (Esboço cronológico)

Durante o período colonial três objetivos limitavam as ações do serviço público em relação à saúde:

- 1 - controlar e sistematizar a arte de curar;
- 2 - garantir a dominação militar;
- 3 - viabilizar economicamente a colônia (BARBOSA,1994).

Os Almotacéis* foram os primeiros encarregados da saúde do povo no Brasil como colônia portuguesa, já que antes da subordinação os habitantes nativos tinham sua organização de saúde centradas no Pajé tribal (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

Posteriormente, ainda nos idos de 1500, surgiram os Comissários-Delegados cujas atribuições iam desde conceder graduação aos físicos e licenciar boticas até a punição dos infratores da lei.(RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

Nos anos de 1700, por ordenação real é determinado como atribuição dos Comissários-Delegados a obrigatoriedade de aceitar a delegação de Físico-Mor quando designado. Estes, entre outras funções, eram obrigados a inspecionar as boticas de 3 em 3 anos, receber taxas e apreender drogas alteradas. Ainda neste século, foi reformada

* Almotacé – almotacel – (do árabe al-muhtasib) – Inspetor encarregado da aplicação exata dos pesos e medidas e da taxaço dos gêneros alimentícios.

a organização estabelecida, com a instituição da Junta do Promedicato (era composta por 7 Deputados com mandato de 3 anos e atribuições semelhantes à do Físico-Mor) (RODRIGUES e ALVES, 1979; BARBOSA, 1994).

Quando Dom João VI trouxe a Corte para o Brasil em 1808 aconteceu a primeira organização Nacional de Saúde Pública no Brasil. Estabeleceram-se as funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor, além de restabelecer a dos Juizes-Comissários e Delegados de Físico-Mor, com a exigência de que fossem formados por Coimbra (RODRIGUES e ALVES, 1979; BARBOSA, 1994).

Estes Juizes-Comissários eram auxiliados por dois Visitadores-Examinadores, contando ainda com um Meirinho e um Escrivão, para exercerem sua atividade de fiscalizar, julgar e punir, à parte da Justiça Comum. Eles tinham autoridade, inclusive, para tributar e arrecadar taxas aos seus serviços (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

Ainda em 1808, foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil; e nos Estados tinham os Guarda-Mores de Saúde, seus Delegados, cuja função era cuidar, especialmente, da proteção dos Portos (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

As primeiras escolas de medicina foram criadas em 1802. Na Bahia, uma Escola de Cirurgia e, no Rio de Janeiro, a Cadeira de Anatomia no Hospital Militar. Em seguida a de Medicina Operatória, em 1809, no já referido Hospital Militar, objetivando normatizar e melhorar as atividades dos Cirurgiões (MACHADO, et al., 1978; RODRIGUES e ALVES, 1979).

A formação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1829, é um evento marcante. Ela “lutará de diversas maneiras para impor-se como guardiã da saúde pública” (MACHADO, et al., 1978) e pela defesa da ciência médica, exercendo grande influência sobre as decisões governamentais na área da saúde pública (NUNES, 1988).

Destaque-se que o conhecimento do meio é básico e a influência da teoria miasmática da doença é influente no pensamento médico da época.

Em 1828, depois da chamada Independência ou a separação de Portugal, foi promulgada a lei da Municipalização dos Serviços de Saúde, conferindo às Juntas Municipais, então criadas, as funções antes exercidas pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. Tais Juntas porém não tinham direito de cobrar tributos sanitários nem de julgar, função transferida à Justiça Comum (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

No mesmo ano de 1828 foram criadas a Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro e Inspetorias em todas as Províncias Marítimas (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

Neste século, estabeleceu-se a quarentena nos portos e os lazaretos para isolamento, quando, especialmente os negros chegados da África, ficavam incomunicáveis por alguns dias (BARBOSA, 1994; RODRIGUES, 1979).

O critério de priorizar a saúde dos portos era a luta contra as epidemias, a varíola em especial. Nesta mesma linha organiza-se o Instituto Vacínico do Império em 1846 (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

Em 1851 regulamentou-se a lei de criação da Junta Central de Higiene Pública, (nas Províncias haviam, análogas à Junta, as Corporações de Higiene), com subordinação ao Ministério do Império, com atribuições de executar a Polícia Médica das embarcações, boticas, mercados e lugares onde pudessem causar danos para a saúde. Era também consultiva e podia propor medidas sanitárias ao Ministério do Império (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

A prestação de serviços hospitalares era feita de forma muito precária e no geral tinha cunho religioso e caritativo. Às Santas Casas coube papel hegemônico no atendimento hospitalar em todo o Brasil colonial. Foram criadas e organizadas por

irmandades religiosas, as Misericórdias, constituídas e mantidas, na sua quase totalidade, por ricos católicos, com total apoio da Igreja e, eventualmente, contando com a ajuda da Coroa, visto que o Estado não se encontrava socialmente organizado para atender e socorrer os seus habitantes (BARBOSA, 1994; AS MISERICÓRDIAS, 1986).

No final do século XV, especificamente em 1498, em Portugal é fundada pela rainha D. Leonor e instituída pelo frade trinitário de origem espanhola Frei Miguel Contreiras a Misericórdia de Lisboa (FONSECA, 1995).

No ano de 1539 foi fundada a primeira Misericórdia no Brasil, em Olinda (não mais existente); em 1543, a partir da iniciativa de Brás Cubas, a de Santos, São Paulo; seguindo-se as do Espírito Santo entre 1545 e 1551; em 1564 a de Ilhéus, a da Bahia entre 1549 e 1572; em 1545 a de Minas; em 1582 a do Rio de Janeiro; em 1589 já existia a de São Paulo (FONSECA, 1995; AS MISERICÓRDIAS, 1986).

No Ceará, como província periférica e sem maior importância para a economia da colônia, o atendimento hospitalar foi ainda mais débil; havia as enfermarias dos jesuítas na Serra da Ibiapaba e em Aquiraz. Em Fortaleza, funcionava um insuficiente hospital militar. Já a Santa Casa, somente em meados do século XIX, teria a sua construção iniciada (BARBOSA, 1994).

José Policarpo Barbosa, em seu livro “*História da Saúde Pública do Ceará*” assim se coloca na página 15 “O Dr. José Borges Sales, em seu trabalho sobre a história da medicina no Ceará, sugere a seguinte periodização:

- 1º - Período empírico (de 1608 a 1838). Abrange a prática de cura dos índios, a arte médica dos jesuítas, dos físicos e cirurgiões licenciados, dos curandeiros e barbeiros;
- 2º - Período pré-científico (de 1838 a 1913). Inicia-se com a chegada dos primeiros titulados em medicina e prolonga-se até a fundação do Centro

Médico Cearense. A formação profissional observa os moldes da medicina francesa;

- 3º - Período para-científico (de 1913 a 1948). Começa com a instalação do Centro Médico Cearense, prossegue com outros métodos de mudança e termina com a fundação da Faculdade de Medicina. O prestígio dos postulantes da Medicina francesa exerceu influência durante as primeiras décadas desta fase. Acentua-se a procura da literatura médica de procedência americana, com predomínio nos anos 40;
- 4º - Período científico (de 1948 até os nossos dias)”.

1.2. - A Organização Republicana da Saúde

No governo Rodrigues Alves, em 1902, foi entregue a Oswaldo Cruz a Saúde Federal (em São Paulo Emilio Ribas e Vital Brazil também tiveram destaque), na formulação de uma nova era para a higiene Nacional (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

Com o Decreto Legislativo Nº1151 de 5 de janeiro de 1904, a reforma de Oswaldo Cruz, é reestruturada a Diretoria Geral de Saúde Pública (tinha como função atender às questões de saúde da capital e continuar na defesa sanitária dos Portos) (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

Na reforma de Carlos Chagas cria-se, em 2 de janeiro de 1920, através do Decreto Legislativo 3986, o Departamento Nacional de Saúde Pública, para ser regulamentado, depois de várias discussões, como Regulamento Sanitário Federal em 31 de dezembro de 1923 (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

O Instituto Bacteriológico, sob a direção de Adolpho Lutz, em São Paulo, data de 1892, o Instituto Butantã é fundado em 1899 e no mesmo ano, no Rio de Janeiro, sob a

direção de Oswaldo Cruz, é criado o Instituto Soroterápico Federal, que seria a base do Instituto Oswaldo Cruz. Estudos e descobertas realizados por Carlos Chagas e Vital Brasil, entre outros pesquisadores, serão marcas deste período (NUNES, 1988).

A jurisdição dos serviços relacionados à Saúde Pública era do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, afetos à Diretoria Geral de Saúde Pública, organizado em 1897. Estes serviços foram transferidos em 1930 para o Ministério da Educação e Saúde Pública então criado (RODRIGUES e ALVES, 1979; RODRIGUES, 1979).

O início do século 20 foi marcado pela penetração da “medicina científica” no país, porém, quando se analisam as políticas de saúde pública, a partir desse mesmo período, verifica-se que elas se caracterizam “por se articularem aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais” (NUNES, 1988; COSTA, 1985).

“As práticas sanitárias visaram, fundamentalmente, o controle de um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas no espaço da cidade e outras áreas do campo” (COSTA, 1985).

A afirmação da saúde pública “como prática técnica centrada no combate às doenças epidêmicas e que ocuparia também a função pedagógica de normalizar os grupos sociais refratários às boas regras higiênicas” (COSTA, 1985).

Somente a partir de 1930 é possível identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores, o da saúde pública e o de medicina previdenciária. O longo período de 1930 a 1956 será caracterizado, inicialmente por um processo de centralização; destaca-se a criação do Ministério de Educação e Saúde, que somente se desmembraria em 1953 (BRAGA e PAULA, 1986).

Uma outra forma de expansão dos serviços de saúde pública deu-se em 1942 com a criação do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) visando principalmente a assistência médica aos trabalhadores recrutados para auxiliar o desenvolvimento da produção de

borracha no Vale Amazônico, nascida de um acordo entre o Brasil e os Estados Unidos (NUNES, 1988).

A partir de 1923, quando são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões, irá ocorrer uma ampliação da área de atuação governamental, assumindo o governo responsabilidades na área de assistência médica e farmacêutica, especialmente em 1963 com o FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural) (NUNES, 1988).

Mais de 10 anos depois, em 1974, funda-se o Ministério da Previdência e da Assistência Social. Cabe ressaltar a promulgação, em 1975, de Lei dispendo sobre o Sistema Nacional de Saúde (NUNES, 1988).

1.3. - Os Movimentos da Reforma Sanitária, Medicina Social, Integral, Preventiva e Comunitária

Os movimentos da Reforma Sanitária, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária caracterizam-se como projetos de reforma da Saúde Pública e da atenção médica.

Os significados destes movimentos devem ser apreendidos nos contextos das políticas econômicas e sociais dos respectivos períodos em que os mesmos emergem. A identificação do conjunto de determinantes econômicos, políticos e ideológicos de cada um destes projetos permite uma compreensão mais abrangente da problemática atual do setor.

O movimento da Reforma Sanitária resulta no surgimento da Saúde Pública moderna, na Inglaterra, na segunda metade do Século XIX, num período onde a produção industrial passa a ser considerada central na política econômica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

As mudanças estruturais caracterizadoras deste momento da Revolução Industrial, colocando em plano destacado o problema das relações entre saúde e produtividade,

terminaram por exigir uma atividade comunitária organizada em saúde, vindo substituir as iniciativas individuais e as tentativas isoladas de solução voluntária (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976; SILVA, 1973).

A passagem da manufatura para a grande indústria desloca, rápida e progressivamente para as fábricas e, conseqüentemente, para as cidades, contingente cada vez maiores de trabalhadores. As condições de exploração máxima desta força de trabalho e a expansão desordenada das cidades resultam na deterioração das condições de saúde tão rápida e tão intensa, fazendo-se de pronto necessária a ação comunitária organizada mediada pelo Estado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976; BERLINGUER, 1978).

A Medicina Social identificada como projeto de reforma da prática médica, mais abrangente que o da saúde Pública, tem origens na França e mais tarde na Alemanha. Na mesma época, na Inglaterra, se elaboram as idéias da Reforma Sanitária. Os determinantes, na esfera econômica, são basicamente os mesmos. Não obstante, talvez porque emergentes de contextos políticos distintos, os conteúdos dos projetos da Reforma Sanitária e da Medicina Social são marcadamente diferentes. A Medicina Social constitui proposta mais radical de reforma médica, abrangendo a medicina em um campo mais integrado de ações de saúde sob a responsabilidade do Estado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976; SILVA, 1973).

Do movimento sanitário da Alemanha, meados do século XIX, liderado, entre outros por Rudolf Virchow, surgiram certos princípios:

“A saúde do povo é matéria que interessa diretamente à sociedade”.

“As condições sociais e econômicas têm importante efeito sobre a saúde e a doença, devendo tais relações serem submetidas a investigações científicas”.

“As medidas destinadas a promover a saúde e combater a doença devem ser tanto médicas como sociais” (ROSEN, 1994; MASCARENHAS e RAMOS, 1966).

A Medicina Integral, a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária são propostas mais contemporâneas de reforma da prática médica, menos radicais se comparadas à da Medicina Social em seu momento inicial. Centram-se na busca de adequação da prática médica às necessidades sociais, através de transformações parciais da estrutura de serviços (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976; SILVA, 1973).

C. E. A. Winslow, na convenção anual da Associação Americana para o Progresso da Ciência, em janeiro de 1920, emitiu sua até hoje atualizada definição de saúde pública. Destaca-se aqui apenas os seguintes trechos:

“Saúde pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade para...a educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal...e o desenvolvimento da maquinaria social de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (MASCARENHAS e RAMOS, 1966).

A Medicina Integral e a Medicina Preventiva são movimentos seqüentes e interrelacionados, adquirindo maior impulso nas décadas de 40 e 50. O conceito de Medicina Integral nasce do confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico, atribuível ao desenvolvimento das especialidades, e a visão do paciente como uma totalidade bio-psico-social vinculada a uma comunidade. A eficiência técnica, a redução dos custos dos serviços, a eficácia social da medicina são considerados como resultantes naturais da superação desta contradição que se pretende atingir com o deslocamento do enfoque biológico predominante através de uma nova mentalidade profissional. À Medicina Preventiva compete propiciar as oportunidades para formar este novo padrão de

atitudes em um profissional, cuja pretensão é transformá-lo em poderoso agente de mudança social (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976, LEAVELL e CLARK, 1976; FREITAS, 1965).

Arouca, no seu *O Dilema Preventivista*, afirma: “A Medicina Preventiva é uma nova atitude incorporada à prática médica e esta atitude deve ser desenvolvida durante o processo de formação do médico através dos meios e pessoal específico. Assim, este movimento encontra seu lugar natural dentro das escolas médicas onde profere seu discurso para a mudança, enfrentando a longa luta de preparar novos médicos com a nova atitude preventivista possa mudar o atual panorama da atenção médica”.

A proposta da Medicina Comunitária desenvolveu-se na seqüência de outros projetos. Não aparece como um novo campo conceitual, mas sim como nova estratégia de prestação de serviços à população. É a forma de levar as exigências estruturais e políticas de extensão do cuidado médico a grupos sociais excluídos do consumo destes serviços (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

Há diferenças entre os modos pelos quais os projetos de Medicina Comunitária emergiram nos Estados Unidos na década de 50 e a forma de sua difusão na América Latina (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

As primeiras tentativas de reprodução do Movimento Preventivista na América Latina têm suas origens na divulgação das idéias preventivistas, após os Seminários de Viña del Mar, Chile e Tehuacán, México, em 1955 e 1956, respectivamente, patrocinados pela Organização Pan Americana de Saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1976; AROUCA, 1975).

No documento de 1955 é afirmado textualmente que se deve “entender o homem como unidade biológica que está integrada em uma família, e esta, por sua vez, na sociedade”. No documento de 1956 é detalhado o programa para proporcionar ao estudante conhecimento do indivíduo como unidade biológica, psicológica e social, situando

disciplinas que deverão ser básicas em sua formação: sociologia geral, ecologia, antropologia social, saneamento, epidemiologia e bioestatística (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1976; NUNES, 1988).

A Medicina Preventiva surge como movimento ideológico, em especial, dentro das Associações Médicas norte-americanas. Sua proposta era mudar o comportamento profissional do médico, na sua prática individual. Dois elementos, especificamente, caracterizam-na como movimento ideológico: suas idéias e representações e a estratégia, de promover uma difusão eficaz dessas representações. Quer, como consequência, reformular o saber e a prática médica. No campo do saber, tem como paradigma o modelo da “história natural das doenças” e, a estratégia de difusão é concretizar a transformação ideológica, criando Departamentos de Medicina Preventiva nas Escolas Médicas. Através destes Departamentos, ficaria garantida a reformulação do ensino médico e a mudança da prática do profissional médico (CAMPOS, 1976; AROUCA, 1975).

A Medicina Preventiva quer redefinir o conhecimento médico baseada na “história natural das doenças”, procurando a integração do conhecimento entre a fisiopatologia e a epidemiologia dentro de um espaço envolvido pelo ambiente social afastando a questão da determinação (CAMPOS, 1976).

Com relação ao estudo específico da Medicina Preventiva como um projeto de mudança da prática médica, Arouca (1975) demonstra que a Medicina Preventiva representa uma leitura liberal e civil dos problemas crescentes da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e do poder médico. Esta caracterização define o “modelo liberal” de Medicina Preventiva, que se pode resumir:

- “numa estratégia intra-escolar em que a Medicina Preventiva se confunde com a Faculdade de Medicina;

- numa pauta de unidades de ensino: Bioestatística, epidemiologia, Medicina Preventiva, Medicina do Trabalho, Medicina Social, Administração de Serviços de Saúde e Ciência da Conduta (Psicologia, Antropologia, Sociologia);
- num campo de práticas, os programas de comunidades experimentais, com ênfase na formação de recursos humanos;

no surgimento de uma linha de tensão entre a estrutura tradicional das Escolas Médicas com base na especialização e a existência de um Departamento de Medicina Preventiva” (CAMPOS, 1976).

Diferenças também existem nas formas de estruturação e organização das estratégias e ações. Sobressai o predomínio das preocupações, nos Estados Unidos, com o controle social de tensões emergentes em grupos populacionais considerados minoritários dos centros metropolitanos, enquanto na América Latina, além disso, a tônica tem sido, sem dúvida, a de extensão de cobertura de serviços para grupos sociais amplos, que têm permanecido sem condições de acesso ao consumo dos serviços de atenção médica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

É importante notar o uso da expressão “controle social”, entendida como sendo o controle do Estado sobre a população, sobre a sociedade, em contradição com a mesma expressão usada como o inverso desse conceito, ou seja, a sociedade controlando o Estado no decorrer da execução de suas (dele, Estado) tarefas (SINGER et al., 1978).

A estratégia para a concretização de filosofias contidas nos movimentos de Medicina Integral e de Medicina Preventiva pode-se imputar à Medicina Comunitária (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

Uma alternativa para a conceituação de Medicina Comunitária é se partir do entendimento claro sobre participação comunitária, levando à identificação dos pressupostos ideológicos por trás deste tipo de prática (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

Dentre as características dos projetos de Medicina Comunitária, ao longo do tempo, a noção de participação dá às propostas seu caráter específico e distintivo. Outras características são a simplificação tecnológica, a racionalização dos serviços e a hierarquização regional e sistêmica dos diversos níveis de produção e oferta dos mesmos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

Considere-se a receptividade da população na medida e extensão do atendimento das pressões sociais por ampliação da cobertura e do acesso aos serviços de atenção médica e de saúde em geral. No entanto, esta receptividade pode ser modulada amplamente através das táticas e estratégias a serem incluídas nos programas. Apesar disso, alguns projetos latino-americanos são de âmbito mais abrangente e não têm por alvo, exclusivamente, os grupos sociais mais marginalizados, nem se colocam exclusivamente numa perspectiva de modelo de ensino (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976; NUNES, 1988).

Dada as características das formas dominantes de produção e oferta de serviços de atenção médica, a aceitação por parte dos profissionais médicos pode ser crucial, quando esta aceitação ou rejeição estiver refletindo posições de grupos sociais significativos. Conflitos poderão ocorrer em situações onde se configura a ameaça de posições adquiridas no mercado, especialmente pelos hospitais. A adaptação, no entanto, pode se verificar na medida em que as funções dos projetos de extensão de cobertura venham a ser vistas como, fundamentalmente, para preencher espaços vazios que não podem ser recobertos pelas formas dominantes de estruturação dos serviços de assistência médica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976).

A implantação do ideário Preventivista, preconizando a medicina integral como prática, assim como a incorporação do social como um fator causal relacionado ao hospedeiro e ao meio ambiente, no paradigma da “história natural das doenças”, representa uma compreensão restrita do social (NUNES, 1988; GARCIA, 1972).

A preocupação fundamentava-se em preparar um médico capacitado a “ver” o doente de forma integral. Agora, cumpre à medicina social estudar as instituições que proporcionam atenção de saúde e os esquemas de atenção médica deles resultantes. Isso permitirá ao futuro profissional ter consciência clara do resultado de sua atividade dentro do contexto social onde irá atuar (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1976).

É somente na segunda metade da década de 70 que os estudos epidemiológicos vão revelar “uma tendência ao aparecimento de abordagens com ênfase crescente no social não mais como variável explicativa adicional, mas como campo no qual se constrói o processo saúde/doença”(DONNANGELO, 1983). Visam-se as articulações econômicas e político-ideológicas da prática sanitária na sociedade brasileira (NUNES, 1988).

As possibilidades de avanço dos estudos em saúde coletiva somente se tornariam possíveis com a adoção do materialismo histórico e tomando como conceito-chave a organização social da prática médica. Fixando-se mais em torno da prática de saúde e deixando para um segundo plano a questão do processo saúde/doença (TEIXEIRA, 1985; NUNES, 1988).

As condições de saúde da população têm causas estruturais. É errôneo considerar-se doenças da pobreza, doenças da afluência e da riqueza. Há ainda desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Deve-se entender a saúde como responsabilidade social e direito conquistado (NUNES, 1988).

Sem dúvida, no momento em que a medicina começa a incorporar explicitamente o caráter político que lhe é inerente, e o social é tomado como objeto privilegiado do saber, na compreensão do coletivo, o campo da Medicina Social assume uma especificidade que não é encontrada em fases anteriores. Esta rearticulação tem o nome de Saúde Coletiva (NUNES, 1988).

A Medicina Social brasileira fazendo parte desse amplo processo de repensar a saúde e a medicina como eventos explicados no quadro não apenas restrito oferecido pelas ciências naturais, mas considerando o processo saúde-doença, muito bem sumariado por Laurell, “não está somente socialmente determinado, mas tem caráter social em si mesmo” (LAURELL, 1986; NUNES, 1988).

Figuras pioneiras na abordagem e consolidação destes conceitos foram Carlos Gentile de Mello e Maria Cecília Ferro Donnangelo.

1.4. - A Reforma Universitária de 1968, e a recomendação sobre a Medicina Preventiva – A distância entre os planos oficial e real e a omissão em relação ao IMEP nos anos 70

Nos anos de 1976/77 foi realizada uma pesquisa, de âmbito nacional, intitulada “Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva”, por pesquisadores do Programa de Estudos Sócio Econômicos em Saúde (PESES). Tinha o objetivo geral de conhecer como as escolas médicas, em sua prática de ensino, absorveram a “ideologia preventivista”.

O tema foi escolhido com base em três razões prioritárias:

- 1 - Os Departamentos de Medicina Preventiva eram o local onde se vinha introduzindo o conteúdo de Ciências Sociais no ensino médico. Eram, portanto, o espaço, dentro das Escolas Médicas, onde as inter-relações entre a saúde e o social poderiam ser abordadas;
- 2 - O fato dos Departamentos de Medicina Preventiva conterem no seu discurso a proposta de reformulação curricular e de integração multidisciplinar;
- 3 - Estarem os Departamentos de Medicina Preventiva propondo uma prática médica que, saindo do âmbito hospitalar, chegassem na comunidade, “lugar onde a

verdadeira dimensão da saúde e da doença deve ser apreendida pelo profissional de saúde” (CAMPOS, 1976).

Os pesquisadores do PESES procuraram destacar duas ordens de fenômenos. De um lado, o movimento preventivista, e, de outro, a Reforma Universitária de 1968 e como repercutiu ela na estrutura do ensino médico no país.

Estes pesquisadores levantam que no Brasil, em 1954, o professor José Pedreira de Freitas, vindo de seu aprendizado na Escola de Saúde Pública John Hopkins, fundou o primeiro Departamento de Medicina Preventiva, em Ribeirão Preto. Ele se propôs a modificar o ensino de Higiene e a inculcir um novo ponto de vista, articulando o ensino de elementos preventivos à clínica. Em Belo Horizonte, criou-se em 1959, o Departamento de Medicina Preventiva, com as disciplinas de Estatística, Ciências Sociais, Epidemiologia, Medicina do Trabalho e Saúde Pública. Em 1961, realizou-se em Minas Gerais o primeiro “Seminário sobre o ensino da Medicina Preventiva”, com a participação de Escolas Médicas, associações de Médicos, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Escolas de Saúde Pública, Fundação Rockefeller, OMS e OPAS. Todas foram iniciativas isoladas mas que revelaram a maneira inicial de penetração do movimento preventivista no país. Revelaram, ainda, os próprios limites a que estavam sujeita a prática preventivista enquanto projeto da sociedade civil. A esse respeito, Arouca chama a atenção para a contradição que existe entre a introdução de atitudes sociais, epidemiológicas e educativas e o caráter privado da organização do cuidado médico, adiantando que tal projeto estaria condenado ao fracasso, por não possuir a Medicina Preventiva um corpo de conhecimentos próprios (uma prática teórica) e uma prática transformadora do real (prática política) (CAMPOS, 1976; AROUCA, 1975).

Como dito anteriormente, os pesquisadores procuraram, em seguida, mostrar as repercussões da Reforma Universitária de 1968 sobre o ensino médico do país, inclusive

porque a Reforma pode ser considerada um marco fundamental no processo do movimento preventivista no Brasil.

Em contradição, no Ceará, a mesma Reforma remou na direção contrária. Segundo a Dra. Maria Auxiliadora Souza “o IMEP sofreu várias dificuldades com a “revolução” de 1964. Técnicos foram dispersados, mudou várias vezes de endereço. Em 1969 encerraram-se suas atividades. Todo o seu acervo passou para a Faculdade de Medicina e o ensino passou a ser feito pelo Departamento de Higiene e Medicina Preventiva que depois mudou várias vezes de nome, chamando-se de Departamento de Saúde Social e Departamento de Saúde Comunitária. Aos poucos porém o programa (a proposta de trabalho) foi sendo desativado” (SOUZA, 1994).

A Reforma Universitária significou um instrumento de expansão do ensino médico, com acelerado crescimento do número de matrículas e a abertura de novas escolas. Comparando-se o número de escolas médicas criadas no Brasil, constata-se serem 29 no período de 1808 a 1960 (uma a cada cinco anos) e de 1960 a 1970 surgiram 45 novas escolas (cerca de cinco novas faculdades a cada ano) (CAMPOS, 1976; GENTILE, 1981)

O processo de reforma, segundo a análise contida no documento do PESES, implicou também o estabelecimento de normas gerais sobre o ensino médico, refletindo uma nova doutrina sobre o papel social dos centros formadores de recursos humanos. Tais diretrizes estão parcialmente contidas no Currículo Mínimo de Medicina definido pelo MEC em 1.969 e ganham corpo nos Documentos N°1 e N°2 da Comissão de Ensino Médico do MEC, elaborados no período de 1.971/73. O Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina mostra, com muita clareza, em sua parte introdutória, a oficialização de uma postura crítica frente ao ensino médico tradicional.

“O currículo tradicionalmente adotado pelas nossas Faculdades dava grande ênfase às disciplinas da Medicina Clínica, à assistência do indivíduo enfermo, objetivando a restauração da saúde, com exclusão quase total da

apreciação das medidas para a preservação e promoção da saúde, quer do indivíduo, quer das comunidades. Refletia esse currículo a predominância nítida do cunho liberal de que se revestia o exercício da profissão em passado remoto.

A Saúde Pública, malgrado alguns empreendimentos de irrefutável mérito, não alcançou, na mesma tradição, desenvolvimento paralelo ao da Medicina Clínica, nem jamais logrou a atenção merecida no âmbito das Faculdades de Medicina. (...) A esse respeito, a orientação do ensino médico tem se modificado radicalmente nos últimos tempos. (...) Busca-se, modernamente, despertar em nossos estudantes, ao longo do curso, acentuado interesse pelo melhor atendimento das condições sociais, que se refletem, de múltiplas formas, sobre a saúde das comunidades e dos indivíduos” (CAMPOS, 1976; Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação de Medicina, 11 de julho de 1969).

Esse documento representa, em síntese, uma ruptura crítica com a organização liberal da prática médica. Dá ênfase à preservação e promoção da saúde e estimula o ensino da Saúde Pública. Situa o médico num lugar institucional, propondo ser essencial o conhecimento das condições sociais onde atua. Cabe a ele um papel como agente de mudanças sociais.

O referido Documento N°2 da Comissão de Ensino Médico do MEC, sugere a conveniência e a necessidade de participação da Previdência Social na formação do profissional de medicina (CAMPOS, 1976).

A Previdência Social, por ser a maior consumidora de serviços médicos do país, através de contratos e convênios com a rede privada, e também por prestá-los diretamente, não podia ficar alheia à formação de mão de obra. O Documento afirma ainda que:

”... assistência, ensino e pesquisa não devem ser encarados como atividades incompatíveis e sim complementares, assim: a Medicina Preventiva e Medicina

Curativa representam programas inerentes a qualquer tipo de unidade assistencial”.

Concluem os analistas do PESES, que o processo descrito é revelador da evolução do movimento preventivista, e que ele progrediu na direção de não mais ser um projeto liberal da prática médica. Nesse sentido, tentaram mostrar a modalidade específica de penetração e de difusão do movimento nas Escolas Médicas do país e a institucionalização do modelo preventivista através da Reforma Universitária de 1968. Cabe, no entanto, observar outra vez o Ceará envolvendo no curso destas mudanças (CAMPOS, 1976; SOUZA, 1994).

Grande parte dos novos conceitos de ensino médico assumidos pelo MEC, é resultante de formulações teóricas advindas de um movimento de caráter internacional. A Federação Pan-americana de Associações das Faculdades de Medicina (FEPAFEM) e a OPAS definem, em diversos momentos, as linhas gerais dessa reorientação do projeto da ideologia preventivista. Tanto é assim que, em 1970, num anteprojeto sobre *Salud y Comunidad* a FEPAFEM afirmava:

“La Educación Médica tiene que ver con los hospitales y con los institutos y entidades que dan servicios de salud y asistencia social: la Educación Médica tiene que ver con el gobierno”.

Neste referido documento a FEPAFEM propõe, em essência, fortalecer os programas de comunidade, fundados na racionalização da estrutura de atendimento médico, e “uma medicina integral, de família e comunidade e de equipe, consoante à patologia regional, e que leve em conta a organização social da comunidade e o papel de liderança do médico”. (grifo do autor).

Em 1974, durante as “Discussões técnicas da XXII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Pan-americana de Saúde”, assinala-se:

“Desde las reuniones de expertos, antes mencionadas, se había destacado la necesidad de que hubiera relaciones entre las cátedras de medicina preventiva y social y los servicios de salud destinados a las comunidades, señalándose ya que esas relaciones eran, en general, superficiales y muy limitadas o no existentes... Pero en los últimos tiempos se ha acentuado la necesidad de que se consideren las expectativas de las comunidades en relación con los servicios de salud y con las mismas facultades de medicina. Se ha señalado que estas deben dirigir estudios sobre la forma de atención médica a los pacientes, porque la universidad es la institución más apropiada para estudiar las maneras de prestación de servicios y los métodos para que sean accesibles con el objeto de que se desarrollen los planes mejores o más efectivos para la organización y la prestación de la atención médica. Por lo tanto, la necesidad de una mejor interrelación de las instituciones tradicionalmente docentes y las tradicionalmente de servicios se ha sentido cada vez con mayor intensidad. Asimismo, se ha considerado seriamente en la actualidad en algunos países la llamada “regionalización docente-asistencial” dentro del concepto de “medicina comunitaria” como un mecanismo para dar formación adecuada a los profesionales de la salud. Este concepto nuevo ofrece grandes perspectivas por cuanto permitirá conjugar, en la forma más efectiva posible, las cuatro funciones que hoy se reconocen como propias para las escuelas de medicina: la docencia, la investigación, la atención médica y el servicio a la comunidad. Se ha de mantener el equilibrio adecuado a estas funciones de acuerdo con las necesidades de cada región o comunidad”. (grifos do autor)

Dessa maneira, conclui o trabalho do PESES, efetiva-se a consolidação de uma proposta racionalizadora, sintetizada num modelo de ensino com as seguintes características:

1 - A aplicação do princípio custo/benefício aos problemas de saúde. A medicina é vista como um setor de investimento menos dispendioso e mais rentável. Propõe-se a ampliação da cobertura dos serviços médicos com base no cuidado primário.

2 - O Estado assume os conceitos preventivistas e os aplica a uma prática. Este movimento, que implica em uma redefinição da prática médica, age secundariamente, determinando novas exigências aos centros formadores de recursos humanos. Estabelece-se um fluxo que vai desde a prática médica até o ensino médico.

3 - A nova prática assume a forma de áreas docente-assistenciais, com um desenho piramidal, em que o cume corresponde ao Hospital Especializado, e a base à comunidade. Cria-se um fluxo da comunidade ao Hospital.

A análise do PESES, apresenta alguns tópicos sobre as principais transformações sofridas pelo modelo liberal de Medicina Preventiva, enquanto projeto incorporado à Reforma Universitária do ensino médico de 1968:

“1 - No modelo liberal de atenção médica, a Medicina Preventiva se propunha a uma mudança no saber, no modelo racionalizador, o Estado opera uma inversão e passa a enunciar a partir da prática.

2 - Adaptação do ensino médico a uma nova prática de prestação de serviços: forte centralização do INPS, que passa a concentrar o grosso da atenção médica e se torna o maior empregador na área da saúde.

3 - O aluno passa a ser visto como produtor direto de serviços de saúde. O médico, por sua vez, representa mão-de-obra médica, sujeita a relações contratuais. A medicina preventiva se situa no modelo racionalizador legitimando e estimulando a ideologia do assalariamento em áreas de medicina geral ou integral. Legitima ainda o projeto do Estado de ampliar as fronteiras nacionais da saúde, ajudando a criar uma maior demanda para o setor.

4 - A intelectualidade preventivista abandona a sociedade civil e se situa em faixas institucionais, junto com a burocracia estatal da saúde.

5 - A estrutura departamental do movimento preventivista cede lugar a outros critérios de integração que vêm operacionalizar o discurso oficial: incentiva-se o desenvolvimento de programas de comunidade.

6 - No modelo racionalizador, a estratégia de integração intra-escolar cede lugar a uma integração para fora, com as carreiras de saúde e com o sistema de saúde. A equipe de saúde é vista como agente de saúde em comunidades e o trabalho médico se dilui na noção de cuidado integral.

7 - O conceito estratégico passa a ser o de integração docente-assistencial. Os programas docente-assistenciais supõem uma redefinição do currículo médico e uma proposta de seriação, em que os alunos, desde os primeiros anos cumprem tarefas práticas na rede oficial de serviços”.

No geral, finalizam os analistas do PESES, “é esta a trajetória do movimento preventivista no país, que, de realizações práticas limitadas a alguns docentes (ou a algumas escolas médicas) sensibilizados pela problemática preventivista, passa a ser incorporado pelo programa de reforma do ensino médico pelo governo, impondo-se, pelo menos “legalmente”, em todas as escolas médicas. Com isso, o movimento preventivista ganha espaço na realidade do ensino médico do país, trazido à reboque de um movimento mais amplo, de redefinição da prática e do ensino médico, cujas principais diretrizes podem ser assim resumidas: crescente racionalização do ensino, em particular, articulação mais estreita entre ensino/prestação de serviços médicos; presença bem mais acentuada do governo na problemática geral da educação médica, inclusive incentivando o aparecimento de várias novas escolas médicas, sustentadas por uma estrutura administrativa privada; convocação pelo governo da participação do INPS como financiador do setor, já que se configurava, à época, como controlador do grosso da atenção médica e maior empregador

nessa área; integração do médico ao mercado de trabalho assalariado, com o conseqüente declínio da prática médica liberal; agregação às funções tradicionais da escola médica de uma nova função: o serviço à comunidade; proposta de ampliação da cobertura dos serviços médicos com base no cuidado primário (rompendo na comunidade a cadeia epidemiológica para evitar a configuração da doença); situação do hospital universitário como centro básico de um sistema hierarquizado de saúde”.

E arrematam, “assim sendo, as concepções preventivistas, especificamente o cuidado primário, em vez de se constituírem nas bases da extensão do cuidado médico, diluem-se em formas tradicionais de racionalização ou extensão, a baixo custo da medicina curativa. A prática comunitária definida como articulação do hospital universitário com a rede oficial de serviços constitui-se e realiza-se apenas em nível administrativo, sem modificar o conteúdo assistencial da prestação de serviços”.

Vê-se como todo o projeto preventivista é proposto de fora para dentro, tendo a intenção de modificar o ensino para formar um tipo de profissional necessário ao modelo de desenvolvimento econômico em vigor.

Fica a pergunta: se foi engendrado fora do país, numa clara intenção de consolidar um projeto de dominação, ainda hoje em processo, mesmo com formas diferentes de governo, porque destruíram o trabalho pioneiro do IMEP, também ligado por convênio e sofrendo supervisão e controle da mesma OPAS/OMS?

No projeto de submissão econômica e política de países periféricos, como o Brasil e a grande maioria dos países da América Latina, a educação médica se configura importante pelo “papel de liderança que cabe ao médico como agente de mudanças sociais”, conforme citado anteriormente.

Estas orientações propiciaram acordos e convênios (Banco Interamericano de Desenvolvimento, Banco Mundial), através dos quais, tanto a Reforma Universitária (Acordo MEC-USAID) como vários outros lograram existir. O PIASS (Programa de

Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – BRASIL, 1976), de agosto de 1976 e hoje o PSF (Programa de Saúde da Família), seguem a mesma lógica de raciocínio. São a extensão de cobertura, a participação da comunidade e a atenção primária, entre outros pressupostos, os norteadores das ações propostas e desenvolvidas.

Para a OMS a atenção primária de saúde compreende, entre outras, as seguintes atividades: educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença; atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; imunização contra as principais doenças transmissíveis; combate às enfermidades endêmicas locais; tratamento das doenças e traumatismos comuns; prover os medicamentos essenciais (GENTILE, 1981).

Na parte da pesquisa do PESES que procura recuperar a informação não quantificável, obtida através de questionário por eles aplicado, e que agrupa a análise dos departamentos de preventiva segundo a região geográfica a que pertencem, assim se reporta quanto ao Ceará:

“O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará desenvolve o Projeto Materno Infantil da zona rural de Pacatuba que cobre uma população de 32.100 habitantes e é mantido por um convênio entre a Universidade Federal e a Secretaria de Saúde do Estado, a Fundação Ford, o FUNRURAL e a LBA (Legião Brasileira de Assistência). Os objetivos gerais do projeto são definidos claramente como assistenciais à gestante, puérpera e criança, abrangendo aspectos curativos e preventivos”.

Constata-se, forçosamente, em todo o decorrer do estudo e das análises, que nenhuma referência é feita ao IMEP. Teria sido por simples desconhecimento dos pesquisadores, falta de informação nas respostas ao questionário, ou teriam sido as mesmas colhidas com alguém que nunca teve conhecimento da sua existência, ou que propositadamente o esqueceu?

No documento "O ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (Resultados de uma experiência de oito anos), apresentado na II Reunião de Medicina Preventiva do Rio Grande do Norte em 1.967, portanto escrito nove anos antes do estudo feito pelos técnicos do PESES, está descrito o trabalho desenvolvido pelo IMEP até este ano de 1967 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Constata-se ainda uma boa distância entre o oficial e o real.

CAPÍTULO II

A EXPERIÊNCIA DO IMEP

2.1. - A CRIAÇÃO DO IMEP

A idéia de sua criação vem do Dr. Joaquim Eduardo de Alencar e contou com o apoio decisivo do Reitor Prof. Antônio Martins Filho. O sonho era integrar o ensino da medicina, das cadeiras clínicas com as de prevenção, permeando com os condicionantes sociais da realidade de vida da população, onde os profissionais, não só da medicina mas da área da saúde como um todo, pudessem no decorrer do seu aprendizado terem uma visão abrangente dos causadores não só biológicos mas também sociais das doenças.

Por outro lado, de acordo com informação contida num fragmento de um boletim mimeografado, no tópico Conta Gotas da História da Medicina no Ceará, “em março de 1959, foi criado o IMEP, tecnicamente vinculado à Faculdade de Medicina e administrativamente à Reitoria da UFC. O IMEP nasceu por necessidade de espaço para a instalação da campanha contra o Calazar. Em março de 1.961, foi criado o Centro de Saúde do IMEP, com o objetivo de ministrar, mediante convênios, disciplinas de cursos mantidos por outros estabelecimentos universitários, cujo diretor foi o Dr. Joaquim Eduardo de Alencar” (ANEXO II - 10).

A introdução do documento “O ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (Resultados de uma experiência de oito anos), referido acima, afirma tratar-se, o IMEP, de uma experiência em desenvolvimento, cumprindo etapas sucessivas, englobando as diversas áreas profissionais das ciências da saúde. Ressalta dificuldades de todos os matizes, para sua concretização, em especial as “decorrentes do espírito conservador que ainda domina vastos setores do ensino universitário” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Segue dizendo que a primeira turma a se formar, na Faculdade de Medicina do Ceará, tendo o ensino integrado da Medicina Preventiva no decorrer de todo o curso, foi a de 1968, mas apesar disso, os resultados obtidos faziam-lhes crer estarem no caminho certo, pois procuravam formar os verdadeiros profissionais de saúde para as necessidades do Nordeste e do Brasil.

O IMEP era um dos Institutos Básicos da Universidade Federal do Ceará (UFC) e foi criado pelo Conselho Universitário através da Resolução N°62 de 17 de março de 1959 (ANEXO II - 1). O Dr. Joaquim Eduardo de Alencar foi seu primeiro Diretor e o Conselho Consultivo era composto pelos Professores Walter de Moura Cantídio – Dermatologia, José Murilo de Carvalho Martins – Clínica Médica, Valdenor Magalhães – Doenças Infeciosas, Francisco Araújo – Higiene e Fernando Leite – Parasitologia. Foram também diretores da instituição, após o Dr. Alencar, os Professores Walter de Moura Cantídio, e José Murilo de Carvalho Martins (SOUZA, 1994).

Constam no Regimento Interno a relação das suas finalidades:

“a - Integrar o ensino e a pesquisa no campo da Higiene, da Saúde Pública, da Medicina Preventiva e das disciplinas afins, no âmbito da UFC;

b - Promover o ensino das disciplinas que constituem seu objeto;

c - Promover a pesquisa em todos os setores do conhecimento por si abrangidos;

d - Realizar trabalhos de saúde pública no seu distrito sanitário, e eventualmente, em outras áreas;

e - Realizar cursos de graduação, em nível médio, visando a preparação de pessoal auxiliar em Saúde Pública;

f - Realizar cursos de pós-graduação, em nível superior, visando a preparação de pessoal técnico em Saúde Pública;

g - Realizar cursos de pós graduação visando a formação de pessoal de Saúde Pública em nível de aperfeiçoamento e especialização;

h - Realizar cursos de aperfeiçoamento e de extensão universitária das disciplinas que constituem seu objeto de ensino e de pesquisa;

i - Ministras, mediante convênio, disciplinas de cursos mantidos por outros estabelecimentos universitários”.

A primeira medida tomada por seus criadores para dar cumprimento a tais objetivos, foi a escolha de uma área para estudos, pesquisas e trabalho prático. A finalidade principal desta providência, de acordo com o trabalho referido, era oferecer aos estudantes do Instituto, o sentido exato da realidade, tornando-os conhecedores dos problemas existentes, semelhantes ao das coletividades onde iriam trabalhar, e , portanto socialmente ajustados ao dia a dia. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967)

2.2. - O DISTRITO SANITÁRIO E O CENTRO DE SAÚDE

Tão logo deu-se a sua fundação, o IMEP estruturou um Centro de Saúde (C.S.), para operacionalizar suas atividades. Através dele, a UFC, mantinha um convênio com o Governo do Estado do Ceará, aprovado pela Assembléia Legislativa do Estado, Conselho Universitário da UFC e registrado no Tribunal de Contas do Estado. Na cláusula primeira do Convênio, cumpria ao Governo reservar uma área da cidade de Fortaleza para campo de ação do IMEP, devendo a mesma constituir-se em Distrito Modelo para execução de um Plano Piloto de Saúde Pública. Ficou então definida uma área geográfica funcional - seu Distrito Sanitário - com 23.600m². A área escolhida situava-se no bairro do Porangabussu (hoje Rodolfo Teófilo), em torno da Faculdade de Medicina (SOUZA, 1994).

Depois de feito o levantamento das características urbanísticas, demográficas, econômicas e sanitárias, a composição social e as condições de saúde de seus moradores, veio a conclusão sobre seu perfeito adequamento para funcionar como laboratório social no treinamento de profissionais que deveriam ser responsáveis pela saúde da comunidade. O

local, por suas peculiaridades, mesmo situando-se numa área urbana, guardava características de zona rural.

Em 1960, a população de Fortaleza (a capital do Estado) era de 514.818 habitantes, enquanto na área do Distrito Sanitário do IMEP residiam 18.643 habitantes, provenientes 60% do interior do Ceará, 32% de Fortaleza e 8% de outros Estados, em 202 quarteirões distribuídos por 134 ruas e 4.549 moradias. Em 1963 a área já contava com 24.331 habitantes (5% da população de Fortaleza) (SOUZA, 1994).

A renda média por família, dos habitantes do Distrito Sanitário, correspondia ao salário mínimo regional (70% das famílias tinham renda inferior a este padrão e 30% acima deste valor). Quarenta por cento das residências não possuíam fossas e 80% despejavam lixo nas ruas e terrenos baldios (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Sendo uma das principais preocupações do IMEP a extensão de cobertura à população, através do seu Centro de Saúde, o Distrito foi subdividido, com esta finalidade, em 5 Zonas de Trabalho (ANEXO II - 3), trabalhadas por equipes multidisciplinares. Cada zona estava sob a responsabilidade de um médico, uma enfermeira e um guarda sanitário. Cada equipe atendia somente uma Zona (SOUZA, 1994).

Serão meras semelhanças e coincidências a forma de trabalho proposta, pelo governo do Estado do Ceará em “Saúde da família: um novo modelo de atenção” e na NOB N°1 de 1996?

O Centro de Saúde do IMEP foi estruturado para atender a três funções básicas:

- a - promoção da saúde - através da educação sanitária;
- b - proteção da saúde - vacinação específica contra tétano, difteria, coqueluche, varíola e poliomielite;
- c - recuperação da saúde - atenção curativa aos habitantes da área (Distrito Sanitário).

Com o funcionamento do Distrito Sanitário e do Centro de Saúde, o IMEP, de conformidade com o trabalho já referido, oferecia condições ótimas para aprendizagem em todas as fases do processo saúde/doença, na prevenção e na cura, bem como no estudo de fatores sociais, culturais e ambientais dos indivíduos, dos grupos e da comunidade.

2.3. - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DISCIPLINA DE MEDICINA PREVENTIVA NA FACULDADE DE MEDICINA

Com o IMEP funcionando, conforme descreve o trabalho já referido anteriormente, cria-se a necessidade da Faculdade de Medicina modificar a orientação dada, até aquele momento, ao ensino da Higiene.

A partir daí, e em razão de entendimentos mantidos pelos Diretores da Faculdade de Medicina (Dr. Waldemar de Alcântara) e do IMEP (Dr. Joaquim Eduardo de Alencar), contando com a colaboração do Professor de Dermatologia Dr. Walter de Moura Cantídio, ficou acertado tratarem com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a criação da cadeira de Medicina Preventiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Nessa ocasião dois fatos já vinham em andamento:

- 1 - Entendimentos com o Dr. Hector Coll, chefe da Zona V da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) - Escritório Regional da OMS;
- 2 - As cadeiras de Higiene e de Puericultura já estavam incorporadas aos trabalhos práticos do IMEP (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Dessas negociações resultou o estabelecimento de um convênio com a OMS, prevendo, entre outras providências, a viagem de dois professores (Dr. Joaquim Eduardo de Alencar e Dr. Walter de Moura Cantídio), para a observação da organização e funcionamento de Departamentos de Higiene e Medicina Preventiva em várias Universidades das Américas, onde esse ensino vinha sendo modificado para assegurar uma

formação médica diferente da usualmente feita até então. Por essa ocasião foram visitados os Departamentos de Medicina Preventiva de Universidades em Porto Rico; nos Estados Unidos - em Washington, Nova Iorque, Baltimore, Maryland, Ohio; em El Salvador e na Colômbia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Com o retorno dos referidos professores surgiu a oportunidade de, aproveitando a reorganização do ensino na Universidade, introduzirem-se modificações no currículo da Faculdade de Medicina (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Então, continua o trabalho já citado anteriormente, o grupo dirigente da Medicina Preventiva, já agora acrescido de outros aliados, logrou a aprovação pela Congregação da Faculdade de Medicina de uma nova disciplina - Medicina Preventiva, tal como estava disposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação. A nova disciplina formaria, juntamente com a cadeira de Higiene e a disciplina Estatística, o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva.

2.4. - IMPLANTAÇÃO DO ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA

Vencida a etapa preliminar acima descrita, o trabalho mencionado em seu detalhamento refere que, começou o IMEP, a partir de 1963, de comum acordo com a Faculdade de Medicina, a implantar o ensino da Medicina Preventiva na comunidade universitária.

Assim, as diversas Unidades Universitárias: Faculdades de Medicina, Farmácia, Odontologia, Escolas de Enfermagem e Serviço Social, passaram a ministrar o ensino de Higiene, Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social junto ao IMEP.

No desenvolvimento dos cursos, além do pessoal da própria Universidade, colaboravam com o IMEP técnicos ligados a outros grupos, diretamente relacionados com saúde: OPAS, FSESP (Fundação Serviço Especial de Saúde Pública), DNERu

(Departamento Nacional de Endemias Rurais), DNS (Departamento Nacional de Saúde) e DES (Departamento Estadual de Saúde) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

2.5. - APLICAÇÃO DE CONVÊNIOS

O IMEP e a Faculdade de Medicina, visando o melhor desenvolvimento do ensino da Medicina Preventiva, segundo explicita o trabalho sobre o IMEP, já referido, realizaram convênios com várias entidades, a seguir relacionadas:

1 - com o Governo do Estado do Ceará, em 1960, com a finalidade de, através do Instituto, fortalecer a ação do Departamento Estadual de Saúde, assegurando-se assim o funcionamento do primeiro, com a cessão de uma área da cidade de Fortaleza para seu campo de ação, devendo a mesma constituir-se em plano piloto de Saúde Pública.

2 - Com a OMS, em 1962, através do Projeto Br. 6201/UC, para o desenvolvimento de um programa de Medicina Preventiva na Universidade Federal do Ceará, com os seguintes objetivos:

a - Desenvolver o ensino da Medicina Preventiva na Universidade Federal do Ceará, introduzindo-se no currículo as modificações necessárias com o objetivo de modernizá-lo;

b - Estabelecer objetivos especiais básicos, para alcançar as suas finalidades, como se descreve:

I - Facilitar o aperfeiçoamento do Corpo Docente da Faculdade no setor de Medicina Preventiva;

II - Promover as modificações necessárias no Departamento de Medicina Preventiva, no sentido de tornar efetiva a disciplina de Medicina Preventiva;

III - Promover as modificações na organização do Departamento de Medicina Preventiva do IMEP e da disciplina de Medicina Preventiva para o melhor cumprimento dos objetivos gerais;

IV - Realizar o curso de Medicina Preventiva para os estudantes do curso médico;

V - Promover a necessária coordenação das outras cadeiras da Faculdade de Medicina para fazê-las participar do ensino da Medicina, com a maior cobertura possível;

VI - Realizar cursos de extensão universitária em matérias correlatas, dentro do Departamento;

VII - Promover o necessário entrosamento com as Escolas e Cursos, para o preparo de pessoal técnico em disciplinas que tenham por função participar do trabalho específico de Medicina Preventiva, tais como: Escola de Enfermeiros, Cursos de Técnicos de Laboratório etc.;

VIII - Desenvolver um campo de práticas, para os estudantes de medicina e outros técnicos, com base no Centro de Saúde do IMEP;

IX - Promover, dentro do âmbito do Hospital Escola, práticas de Medicina Preventiva.

c - Vinda dos consultores: de setembro de 1963 a junho de 1965 esteve dando assessoria a Enfermeira Consultora da OMS - Senhora Ernestina Nazario -. No período de 23 de julho a 05 de agosto de 1964 esteve aqui o Dr. Guillermo Restrepo - Professor de Medicina Preventiva, médico

Consultor da OPAS/OMS, com a tarefa de avaliar o programa de desenvolvimento do ensino.

d - Concessão de bolsas de estudo pela OMS:

I - À Dra. Maria Auxiliadora Freitas, médica sanitária do IMEP, instrutora da Faculdade de Medicina, para o curso de Especialização em Saúde Pública na Escuela de Salubridad de Santiago - Universidade do Chile;

II - Ao Dr. Ernesto de Pinho Pessoa, Instrutor da Faculdade de Medicina, para um curso de Estatística Médica, também na Escuela de Salubridad de Santiago - Universidade do Chile;

III - À Enfermeira Adalveniza Simão da Costa para um curso Básico de Saúde Pública para Enfermeiros, na School of Tropical Medicine - Department of Preventive Medicine - University of Puerto Rico - em San Juan - Porto Rico;

IV - À bibliotecária Vânia Holanda Farias, que frequentou um curso de Biblioteca Médica na Escola Inter-Americana de Biblioteconomia, na Universidade de Antioquia em Medellin - Colômbia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1997).

3 - Com a OPAS/OMS através do Projeto Brasil/59/OPAS/OMS – IMEP/63 de 08 de agosto de 1963, firmado para oferecer assistência técnica ao IMEP (ANEXO III).

4 - Com o Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1962 e 63, para investigação relativa ao Calazar, Doença de Chagas, Parasitoses em geral e treinamento técnico de profissionais de nível médio, da equipe de saúde.

5 - Com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, em 1967, com o objetivo de intensificar estudos, pesquisas e investigações no campo da Medicina Preventiva

e do Ensino Médico e ao mesmo tempo possibilitar condições satisfatórias para o treinamento dos alunos das diversas séries da Faculdade de Medicina e dos cursos realizados pelo IMEP, para médicos, engenheiros, dentistas, enfermeiros e outros profissionais de nível superior.

6 - Com a Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos anos de 1963 e 1964, para regular o emprego de recursos concedidos pela Coordenação do Instituto e aparelhar e desenvolver programas, serviços e trabalhos específicos, tais como:

a - Concessão de regime de tempo integral a professores, assistentes, monitores e pesquisadores;

b - Concessão de bolsas de auxiliar de professor a estudantes de medicina com a finalidade de proporcionar capacidade técnica que os habilitassem a atender profissionalmente, com objetividade e eficiência, as exigências das suas atividades;

c - Facilitar a participação de seus docentes e recém-formados nos cursos de pós-graduação e aperfeiçoamento.

6 - Cooperação da Comissão Central da UFC, desde 1964, para concessão de bolsas de iniciação científica, auxiliar de pesquisa e pesquisador auxiliar em programas específicos e pesquisas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

2.6. - ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA

2.6.1. - Ensino da Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina

O ensino teórico e prático, a partir de 1963, é ministrado ao longo do Curso Médico, da 1ª a 5ª séries obedecendo à seguinte distribuição:

- 1ª Série - Estatística - 60 horas
- 2ª Série - Antropologia Cultural e Educação Sanitária - 30 horas
- 3ª Série - Epidemiologia Geral - 30 horas

Higiene do Meio - 45 horas

- 4ª Série - Epidemiologia Especial - 30 horas

Higiene do Trabalho - 12 horas

- 5ª Série - Administração Sanitária - 30 horas
- 6ª Série - Bolsas de estudos para auxiliares de professores

Os programas, distribuídos acima, num total de 237 horas, eram organizados no início do ano letivo, tendo sempre em conta o progresso ocorrido em cada um dos campos da Medicina Preventiva e procurando-se reajustá-los progressivamente ao melhor desenvolvimento do ensino, com a intenção de torná-lo mais realista, mais prático e mais consentâneo com o estágio cultural dos alunos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

O conteúdo teórico específico das diversas disciplinas nomeadas acima estava dentro do padrão geral das mesmas, trazendo, em situações concretas e objetivas, questões mais específicas para a região. Era, porém, nas atividades práticas que o aprendizado se fazia de forma mais criativa, levando os estudantes a terem a devida noção do meio, das condições sociais, culturais e de saúde da comunidade, para depois refletirem e processarem, conjuntamente com os professores, sobre as constatações e observações contidas nos seus relatórios de atividade. Vejam-se as orientações da parte prática em cada uma das disciplinas do curso:

2.6.1.1. - Estatística

A sua parte prática consistia em exercícios em sala de aula e à sua integração nas demais disciplinas ao calcular índices e coeficientes, construir gráficos e tabelas para a epidemiologia e nas pesquisas desenvolvidas pelo Instituto. Era um importante elo na integração das outras cadeiras dadas em todos os cursos.

2.6.1.2 - Antropologia Cultural e Educação Sanitária:

A parte prática constava do planejamento e realização de uma pesquisa, com equipes de estudantes, sobre os hábitos e atitudes relacionados à saúde, terapia e assistência médica.

1 - Hábitos alimentares. Tabus alimentares. Implicação dos conceitos populares de alimentos “quentes”, “frios”, “reimosos”, “leves” e “pesados”.

2 - Atitudes em relação às formas de tratamento:

- Proporção de doenças para as quais a população local recorre à assistência médica ou a terapia popular.
- Proporção de aceitação de vários tipos de remédios e tratamento médico.
- Atitudes dominantes em relação à assistência médica.

3 - Receituário popular

Reuniões:

- Reuniões para discussão, em equipes, do material coletado, durante as várias fases da pesquisa.

2.6.1.3. - Epidemiologia Geral:

1 - As atividades práticas dos estudantes do 3º ano se caracterizavam pela visita domiciliar de uma família residente na área do IMEP, previamente estudada pelo docente.

2 - Inicialmente, cada estudante recebia instruções sobre o esquema de vacina (dose, tipo, idade em que devia ser aplicada); sistema de notificação de óbitos, doenças transmissíveis e nascimentos.

Tinha ainda nove horas/estudante junto a seção de Epidemiologia do Centro de Saúde do IMEP.

3 - Cada estudante “recebia” uma família para visitar durante o período discente com os seguintes objetivos:

- Conseguir a imunização específica dos grupos etários vulneráveis (0 a 4 anos e gestantes)
- Ministrando conhecimentos de Educação Sanitária
- Providenciar o atendimento médico-sanitário de doenças endêmicas na região, através do encaminhamento para o Centro de Saúde do IMEP, ou outros serviços especializados.
- Notificar à seção de Epidemiologia do Centro de Saúde do IMEP, casos de doenças transmissíveis, óbitos e nascimentos que ocorressem na família ou de que tomasse conhecimento.
- Comunicar ao arquivo do Centro de Saúde do IMEP, qualquer modificação dos dados da “Ficha Familiar”.

4 - Os estudantes, sob a orientação do docente, reuniam-se na sala de reuniões de grupo do IMEP, para discussão dos problemas relacionados com a família sob sua responsabilidade.

5 - O docente, durante o período letivo, avaliava o interesse demonstrado pelo aluno junto à família, servindo como critério para a nota de NTI (Nota de Trabalho

Individual - uma das formas obrigatórias, dentro do sistema de avaliação do discente, ao final da disciplina).

2.6.1.4. - Higiene do Meio:

Atividades Práticas - Os estudantes da 3ª série recebiam, paralelamente ao estudo sócio-econômico da família, um treinamento específico de saneamento geral. Para isso contavam com uma ficha onde constavam itens sobre tipo de habitação, disponibilidade e qualidade da água e destino do lixo e dos dejetos. Com estes dados, os estudantes, ao final do período letivo, apresentavam relatório relativo ao estado de saneamento da área piloto.

2.6.1.5. - Epidemiologia Especial:

1 - A programação prática da 4ª série era caracterizada pela “CLÍNICA DE FAMÍLIA” que consistia no atendimento em domicílio e no Centro de Saúde do IMEP. Inicialmente cada estudante visitava a família que lhe tinha sido destinada na 3ª série, onde fazia a atualização da Ficha de Família e, através dessa entrevista, selecionava os casos de doenças a serem encaminhados para atendimento médico (grifo do autor).

2 - Dinâmica de atendimento da Família:

- Os estudantes, sob a orientação do docente responsável, reuniam-se em equipes, para discussão problemas encontrados na família sob sua responsabilidade.
- Atendimento de famílias - Os estudantes, em horário previamente estabelecido, atendiam no ambulatório do Centro de Saúde do IMEP, às

famílias relacionadas para o atendimento, quando então se encarregavam de anotar na ficha individual os seguintes dados:

- queixa principal
- Anamnese
- Solicitação de exames complementares
- Encaminhamento de vacinas
- Prescrição de medicamentos
- Suspeita diagnóstica

(Os exames, as vacinas e alguns medicamentos eram feitos e distribuídos no Centro de Saúde do Instituto)

3 - As famílias assistidas pelos estudantes eram atendidas no Centro de Saúde do IMEP, dentro do esquema normal de atendimento médico-sanitário dos habitantes da área piloto.

4 - O docente, durante o período letivo, avaliava o interesse demonstrado pelo aluno junto à família, servindo como critério para a nota de NTI.

2.6.1.6. - Higiene do Trabalho:

Parte Prática - Visitas:

Nestas visitas era procurado observar as condições de trabalho dentro do exposto nas aulas teóricas:

1. Características do trabalho.
2. O ajuste profissional. Formas de trabalho.
3. O ajuste profissional. Diferenças individuais.
4. Condições e ambiente de trabalho. Ventilação.
5. Iluminação do local de trabalho.

6. Vocação, seleção e educação profissionais.
7. Fadiga e suas correções.
8. Acidentes do trabalho.
9. Prevenção dos acidentes.
10. Intoxicações profissionais.
11. Pneumoconioses.
12. O trabalho da mulher e do menor.

Visitavam-se:

- Fábrica de Louça São José
- Fábrica de Roupas Saronord
- Fábrica “SOMDA”- Sociedade de Minérios S.A.
- Fábrica Fortaleza

2.6.1.7. - Administração Sanitária:

Atividades Práticas:

1 - Seminários

- Os alunos da 5ª série realizavam seminários sobre os seguintes temas:
 - Organização de um Serviço de Saúde Rural, em base regional
 - Organização de um Serviço de Saúde Pública Estadual

2 - Visitas

- Ao Departamento Estadual de Saúde - Centro de Saúde N°1 da Secretaria de Saúde do Estado (era o Centro de Saúde de Referência).
- À Unidade Sanitária da FSESP em Maranguape
- Ao Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde N°1

2.6.1.8. - Atividades do 6º ano

Os estudantes do internato, 6º ano, faziam estágio de um mês no Centro de Saúde do IMEP. Por esta ocasião cada doutorando trabalhava como auxiliar direto de cada um dos médicos de família, auxiliando-o nas tarefas de educação sanitária, diagnóstico de casos, imunizações providências para tratamento de casos, visitas domiciliares para a realização de inquéritos epidemiológicos. Este estágio era feito em conjunto com o das clínicas médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1964).

2.6.2. - BOLSAS DE ESTUDOS PARA AUXILIARES DE PROFESSORES

O IMEP, com o propósito de dar aos estudantes de medicina oportunidade para estudar e conhecer os problemas de Saúde Pública, tanto do ponto de vista médico como administrativo, concedia bolsas de estudo, cujos requisitos de obtenção eram os seguintes:

1 - Habilitação

- Ser doutorando de medicina sem nenhuma outra atividade fora da Faculdade de Medicina.

2 - Número de vagas - seis (6)

3 - Prazo de duração - A duração da bolsa ia de janeiro a dezembro do ano em que era concedida.

4 - O estudante era obrigado a cumprir um plantão semanal no Centro de Saúde do IMEP, aonde exercia as seguintes atividades:

- Assistência médico-sanitária interna e externa à população residente na área do IMEP;

- Trabalhos junto à Chefia do Centro de Saúde, onde tomava conhecimento dos problemas administrativos e respondia pela Sub-Chefia do Centro;
- Desenvolvimento de um trabalho científico com tema relacionado à Saúde Pública.

5 - O estudante recebia uma ajuda pecuniária mensal.

6 - Ao final do estágio o estudante recebia um certificado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

A razão de ser do conteúdo e da experiência de levar o estudante de medicina a trabalhar na administração do C.S., fundamentava-se na constatação de que muitas vezes os médicos são levados a assumirem a administração de hospitais e centro de saúde e, ainda hoje, sofrerem críticas por não serem capacitados a exercer funções administrativas (ANEXO I - ENTREVISTA 2).

2.6.3. - Ensino da Medicina Preventiva na Faculdade de Farmácia

À época, a Universidade Federal do Ceará adotava uma maneira “nova” dentro de sua mentalidade educacional, frente a disciplinas idênticas lecionadas em unidades escolares diferentes. Assim, procurava reunir estas disciplinas em uma só unidade, permitindo com isso, aos corpos discentes e docentes, uma maior vivência dos problemas comuns, bem como melhor aproveitamento de recursos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Deve-se ressaltar ter sido a UFC uma das pioneiras nessa idéia que só depois seria oficializada em Decretos do Ministério da Educação e Cultura (MEC).

O ensino da Higiene e Saúde Pública, para o Curso de Farmácia, era ministrado na 4ª série, com 90 horas/aluno, incluindo aulas teóricas e práticas, dentro de um programa previamente elaborado, objetivando despertar no aluno o interesse pelos problemas

nacionais e pela profissão de Farmacêutico-Bioquímico, especializado em Laboratório de saúde pública.

As Unidades Didáticas durante o ano de 1967 foram:

a - Parte Teórica

- Unidade I -
 - Introdução ao Estudo da Higiene e da Saúde Pública
- Unidade II
 - Noções de Antropologia Cultural
- Unidade III
 - Educação Sanitária
- Unidade IV
 - Administração Sanitária
- Unidade V
 - Laboratório de Saúde Pública
- Unidade VI
 - Estatística Vital
- Unidade VII
 - Saneamento
- Unidade VIII
 - Higiene do Trabalho
- Unidade IX
 - Epidemiologia e Profilaxia

Da mesma forma que para o curso de medicina não se descreveu o conteúdo específico para cada uma das disciplinas, também não se vai pormenorizar aqui os desdobramentos de cada unidade de estudo ministrados para o Curso de Farmácia. Detalhar-se-á apenas a parte prática programada para aquele ano de 1967.

Parte Prática -

1 - Seminários

- Epidemiologia e Profilaxia da Poliomielite
- Epidemiologia e Profilaxia da Doença de Chagas
- Epidemiologia e Profilaxia da Esquistossomose

2 - Palestras

- Epidemiologia das Doenças Mentais
- Endemias Rurais no Nordeste

3 - Visitas

- Laboratório Central do Departamento Estadual de Saúde
- Indústria de Minérios S. A. (Silicose)
- Brasil Oiticica S.A.
- Colônia de Hansenianos Antônio Justa

4 - Treinamento em Laboratório

- Exames Parasitológicos de fezes para diagnóstico das enteroparasitoses
- Preparação de material para coleção de protozoários, helmintos e artrópodes
- Contagem de Tripanosomas em infecção experimental de camundongos
- Xeno-diagnóstico
- Exames bacterioscópicos de doença bacterianas
- Pesquisa de Plasmódio no sangue
- Coleta de caramujos, vetores da esquistossomose
- Infecção de cobaio com material rico em cercárias
- Infecção de caramujos
- Estudo da biologia dos vetores do *S. mansoni* (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

2.6.4. - Ensino da Medicina Preventiva na Faculdade de Odontologia

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará utilizava o Distrito Sanitário do IMEP, para ministrar a parte prática de sua Cadeira de Higiene e Odontologia Preventiva. Assim, para o ano de 1967, elaborou um programa de Odontologia Preventiva e Social a ser cumprido pelos alunos da 4ª série do curso de graduação.

O programa era realizado no IMEP e no Grupo Escolar Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, localizado na área de trabalho do Instituto.

Programa prático -

No Grupo Escolar Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

- Levantamento do índice de cárie dentária nas crianças de 06 a 14 anos
- $(C + E_i = \text{cárie} + \text{Extração indicada})$
- Realização de:
 - exames clínicos
 - restauração e amálgama
 - restauração e silicato
 - proteção pulpar
 - exodontia de dentes permanentes
 - exodontia de dentes decíduos
 - complementação do tratamento iniciado
- Aplicação tópica de flúor

No Instituto de Medicina Preventiva

- Realização de:
 - exames clínicos
 - exodontia de dentes permanentes

- exodontia de dentes decíduos
- complementação de tratamento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

2.6.5. - Ensino da Medicina Preventiva na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo

A partir do ano de 1962, a Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo recebia colaboração do IMEP, como área teórico-prática em Saúde Pública, para os cursos de graduação e de Auxiliares de Enfermagem.

As duas Instituições mantinham entrosamento satisfatório para o desenvolvimento dos programas, mediante uma participação mais efetiva da Escola de Enfermagem nos trabalhos do Centro de Saúde do IMEP, de vez que a Escola não pertencia a UFC.

O Distrito Sanitário do IMEP era dividido em cinco zonas de trabalho, sendo uma delas destinada ao ensino prático dos alunos de enfermagem.

O IMEP contava em seu quadro com pessoal especializado, o qual colaborava dentro dos seus objetivos, no ensino da Saúde Pública na Escola de Enfermagem. Na época todos os enfermeiros do Instituto tinham curso de especialização em Saúde Pública feitos na Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (ANEXO I - ENTREVISTA 2).

Desenvolvimento das Unidades Didáticas durante o ano de 1967

CURSO DE GRADUAÇÃO

1 - Parte Teórica

- Enfermagem de Saúde Pública
- Medicina Preventiva e Saúde Pública
- Estatística Sanitária
- Educação Sanitária

- Antropologia aplicada aos trabalhos de Saúde Pública
- Comunidade e liderança
- Investigação científica no trabalho de Saúde Pública
- Saneamento
- Patologia Social
- Administração Sanitária
- Práticas de Saúde Pública e Medicina Preventiva

2 - Parte prática

a - Apresentação do programa através de:

- Orientação sobre objetivos
 - Plano para o desenvolvimento
 - Conteúdo e atividades programadas
 - Orientação sobre medidas disciplinares e conduta de estudantes em relação às suas práticas.
- Orientação sobre a Instituição
 - O IMEP e seu Centro de Saúde
 - Apresentação ao Diretor, ao seu corpo técnico e administrativo
- Painel
 - Diretor do IMEP
 - Chefe do Centro de Saúde
 - Enfermeira supervisora do Centro de Saúde
 - Auxiliar de Enfermagem
 - Atendente
 - Auxiliar de Saneamento
 - Servente

- Professores de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina, Farmácia, Odontologia, Enfermagem e Escola de Serviço Social
- Treinamento no Centro de Saúde do IMEP
 - Trabalhar em equipe com estudantes de outras faculdades e com o pessoal do Centro de Saúde do IMEP
 - Relacionar a experiência do campo à instrução teórica
 - Proporcionar assistência global de enfermagem no Centro de Saúde, nas Escolas e no domicílio
 - Realizar entrevistas individuais e trabalhos com grupos
 - Estudar os fatores sócio-econômicos e culturais que afetam a família
 - Fazer análise das necessidades sanitárias das famílias
 - Desenvolver planos de enfermagem para atender às necessidades das famílias
 - Utilizar os recursos existentes na comunidade para solução dos problemas encontrados
 - Ensinar às famílias cuidados simples de enfermagem, através do método de demonstração
 - Manejar fichas e fazer registros
 - Programar atividades para a prática da supervisão
 - Participar nos trabalhos de equipe

3 - Horário

O curso era dado num total de 345 horas de ensino, assim distribuídas:

- Teórica - 115
- Prática - 188
- Clube de Revista - 28

- Visitas Educativas - 14

4 - Avaliação

O aproveitamento do estudante era avaliado através de provas escritas e práticas, entrevistas e discussões em grupo e estudo de famílias.

A avaliação do programa de ensino era feita ouvindo as sugestões oferecidas pelos alunos, pois pela própria experiência com a execução do mesmo, estavam em situação privilegiada para contribuir na complementação dos programas futuros (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

2.6.5.1. -CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Conteúdo do Programa preparado para 1967

■ Unidade I

- Conceitos de Saúde, Medicina preventiva e Saúde Pública

- Atividades práticas
 - Conhecimento da área

■ Unidade II

- Estrutura Funcional do Centro de Saúde do IMEP

- Organização de serviço
- Atividades práticas
 - Observação do trabalho de enfermagem no Centro de Saúde e na comunidade
 - Na clínica
 - No domicílio
 - Na comunidade
- Técnica de lavagem das mãos e preparo de sacos de papel

■ Unidade III

- A Auxiliar de Enfermagem como membro da equipe de Saúde

■ Unidade IV

- Trabalho de campo junto à família

■ Unidade V

- Programa de Assistência médico-sanitária à família
 - Objetivos
 - Programa para oferecer serviços à família
 - Plano do programa para parteira curiosa
- Práticas nas clínicas
- Revisão das técnicas de procedimentos conhecidos e ensino de novas técnicas e procedimentos no Centro de Saúde
- Nutrição e programas de Nutrição em Saúde Pública
 - Enfermidades carenciais
- Estatística e Bioestatística no Centro de Saúde do IMEP
- Educação Sanitária
- Assistência Médico-Sanitária ao adulto
- Laboratório
- Saneamento
- Serviço de enfermagem
- Clube de Mães no Centro de Saúde
- Investigação no Centro de Saúde
- Recursos disponíveis no Distrito Sanitário para o desenvolvimento dos programas de Saúde Pública no Centro de Saúde
- Programas com grupos da comunidade no Distrito Sanitário (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

2.6.6. - Ensino da Medicina Preventiva na Escola de Serviço Social, agregada à UFC

A Escola de Serviço Social incluía no seu currículo de graduação a disciplina de Medicina Social e Higiene, aplicada na 3ª série do seu curso de formação. A responsabilidade do ensino da disciplina, a partir do ano de 1964, foi entregue ao IMEP, que a ministrava, levando em consideração os objetivos da Escola:

1 - Dar, aos estudantes de Serviço Social, conhecimento das dimensões dos conceitos de saúde e doença e de seu significado sócio-econômico e cultural para o indivíduo e a sociedade;

2 - Despertar a convicção do direito que todo indivíduo tem a um estado de saúde física, mental e social e as responsabilidades profissionais do Assistente Social neste aspecto;

3 - Orientar o grupo em sua formação profissional, capacitando-o para o trabalho como membro de uma equipe de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

2.6.6.1. - PROGRAMA FEITO PARA O ANO DE 1967

Aulas teóricas

- Medicina Preventiva e saúde Pública
- Antropologia Cultural
- Medicina Social
- Epidemiologia
- Noções de Estatística Vital
- Educação Sanitária

- Higiene Materno Infantil
- Higiene do Meio
- Administração Sanitária
- Serviços Integrados de Saúde
- Organização e manejo de um Serviço Social em Saúde Pública

Atividades Práticas

- Levantamento de recursos sócio-econômicos
- Levantamento de recursos sócio-econômicos que afetam a saúde do indivíduo, da família e da comunidade
- Trabalho Social com uma família
- Trabalho Social com grupos da comunidade.

2.6.7. - CURSOS DE EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

As atividades de ensino não ficavam só nos cursos de graduação. Desenvolvia-se ali, dentro da filosofia da Medicina Preventiva, cursos de extensão e pós-graduação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

A partir de 1966, o trabalho referido menciona que funcionou o curso de especialização para farmacêuticos, em Hematologia e estavam programados para 1968 os de Parasitologia e Microbiologia.

Segue dizendo que trabalhava-se também num Plano de expansão de treinamento de pessoal e pesquisa no campo de Higiene, Medicina Preventiva e Saúde Pública. Uma de suas abrangências seria o estágio rural para alunos do 6º ano de medicina.

Continua afirmando que justificava-se este estágio pela constatação de ser grande o número de fatores a contribuir para a falta de médicos na zona rural e citavam-se alguns deles: baixo índice sociocultural e precárias condições econômicas no interior; ausência em

grande número de municípios de um serviço médico planejado; conhecimento, por parte dos estudantes de suas limitações individuais e dos benefícios que se poderia tirar do trabalho em equipe, e da incapacidade de aplicar nas áreas rurais os conhecimentos que aprenderam na escola, em grande parte, já nesta época, subordinados a aparelhos. Some-se a estes fatores, condicionadores da recusa do profissional médico a se fixar no interior, a atitude de outros médicos e professores de transmitir aos futuros colegas disposição idêntica de não ir para a zona rural.

Como se vê, esta realidade parece não ter mudado, ainda hoje, trinta anos depois.

Tendo como finalidade trabalhar na solução deste problema, a Faculdade de Medicina e o IMEP estavam idealizando a realização, no decorrer do internato (o 6º ano do curso médico), um estágio na zona rural. Criam ser uma forma de proporcionar aos estagiários situação real para aprendizagem, acesso aos problemas médico-sanitários das comunidades, que poderiam resultar em ambiente propício à ulterior fixação aí, na zona rural, de alguns alunos, depois de formados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Ao dar uma assistência mais de perto aos alunos, a Universidade, por meio do estágio rural, levaria a sua experiência e saber ao interior do Estado, elevando assim o nível técnico da região, além de estudar seus problemas e os meios possíveis de solução (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Os doutorandos, estando livres de obrigações curriculares outras, trabalhavam em regime de tempo integral no Internato, rodiziando nos serviços de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Obstetrícia. Neste período, dois meses seriam dedicados, também no sistema de rodízio, ao estágio rural, obrigando assim, todos os alunos da Faculdade de Medicina a trabalharem no interior do Estado, no seu último ano de graduação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967). A UFC, hoje, mantém o Centro Rural

Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC), desenvolvendo propostas semelhantes a esta.

Desta maneira, de dois em dois meses, 1/6 da turma de doutorandos iria para a área de treinamento.

Pensavam iniciar em Quixeramobim, visto como local possuidor de todas as condições necessárias para se constituir como “zona de operação”. O aluno teria oportunidade de treinar no Hospital da Cidade (dirigido na oportunidade pelo Dr. José de Pontes Neto um entusiasta da proposta), na Maternidade e nas Unidades da FSESP, existentes nos municípios de Quixadá e Quixeramobim (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Colocavam, no trabalho mencionado, como fundamental para o Plano ter êxito, a necessidade do estágio ser supervisionado pelo Coordenador Geral do Internato e a assistência de um coordenador itinerante e de um assessor de Medicina Preventiva.

Planejavam ainda, treinamento em nível de Pós-Graduação para Médicos (Residência em Clínica Geral ou Medicina de Família) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Considerava-se, no trabalho referido, que a maioria das residências médicas existentes no Brasil, naquele momento, eram maneiras de conduzir sistematicamente a uma especialização (internista, cirurgião, entre outras), ou mesmo a uma sub-especialização (cardiologia, neurologia, outras). A residência de Clínica Geral (não confundir com a de Clínica Médica, formadora de internistas), deveria, entretanto, se opor a esta especialização e teria como objetivo precípua a formação de um médico que representasse o encontro, na clínica diária, das técnicas preventivas com as curativas, e encarasse o doente em relação à família e a comunidade. Seria a volta do médico de família moderno, dominando uma técnica de trabalho com fundamentos antropológico, psicológico e social, aliados à profilaxia e à clínica. Seu campo de trabalho tanto poderia ser a Clínica de Família numa

grande cidade, como, e principalmente, as comunidades rurais, onde lideraria todas as ações sanitárias e praticaria uma medicina integral.

A residência em Clínica Geral se faria em Fortaleza e em Quixeramobim. Em Fortaleza o residente trabalharia no Centro de Saúde do IMEP, onde estagiaria nas seções de Assistência Médico-Sanitária, Epidemiologia e Imunização e Dispensário de Tuberculose. No período da noite daria plantão na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, a fim de obter experiência em obstetrícia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Em Quixeramobim, na qualidade de médico residente, deveria ficar 06 meses em treinamento na zona rural, onde ajudaria o coordenador local na supervisão dos estudantes em estágio. Tralharia na Maternidade local, no Hospital Distrital e nas Unidades Sanitárias da FSESP (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1967).

Ainda não havia a proposta do programa de Saúde da Família, como proposto pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 1995), mas já se pensava em formar profissionais assim, nesta forma de prestação de serviço à saúde, na década de 60, no IMEP.

2.7. - Atividades de pesquisa

No Relatório das Atividades no ano de 1963 e Programa para o ano de 1964, do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFC, elaborado pelo Dr. Joaquim Eduardo de Alencar, extrai-se que durante o ano de 1964, foi dado continuidade às pesquisas que vinham se realizando no IMEP.

Expõe o referido Relatório, terem sido estas pesquisas necessárias para melhor conhecimento das condições em que se desenvolviam os processos patológicos no seio das comunidades e a utilização desses conhecimentos para o ensino, bem como a observação,

por parte dos estudantes, dos métodos de pesquisa e ainda o treinamento de alguns deles como participantes das equipes de pesquisadores, engajados como bolsistas de iniciação científica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1994).

Segue o Relatório afirmando a pretensão de, naquele ano de 1964, ampliar o número de bolsas com os objetivos acima descritos, para serem utilizadas especialmente nos períodos de férias. A única dificuldade apontada era a escassez de chefes e auxiliares de pesquisas, necessários à multiplicidade de programas previstos.

Bradava ainda a carência também de pessoal habilitado nas práticas laboratoriais, especialmente patologistas, bioquímicos, parasitologistas, bacteriologistas; que havia escassez de estatísticos, levando a contratação de pessoal em tempo parcial, na maioria das vezes pertencentes a outras instituições, onde tinham obrigações e horários determinados.

O referido Relatório constata ser necessário melhorar, com urgência os equipamentos, aumentar o pessoal auxiliar e estabelecer o regime de tempo integral para um maior número de auxiliares no sentido de tornar a realização dos trabalhos de pesquisa cada vez mais eficientes. Para tanto careciam de um maior número de microscópios, centrifugadores, congeladores, estufas, arquivos para lâminas, móveis para coleções de museu, micrótomos, aparelhos de refrigeração de ar, projetores filmadores, projetores de cinema, animais de biotério, livros técnicos e coleções de revistas. Contavam para tal com a possibilidade da UNICEF (órgão da ONU) concordar em ajudá-los (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1994).

2.7.1 - Assuntos das pesquisas (desenvolvidas naquele momento)

1. Estudo da anemia ferropriva; anemia no Calazar e na ancilostomose.
2. Estudo das hemoglobinopatias.
3. Estudo sobre a distribuição e prevalência do Calazar no Nordeste.

4. Estudo sobre as condições sócio-econômicas no Distrito de Saúde do IMEP.
5. Pesquisas sobre fixação de complemento.
6. Estudos sobre reservatórios da Moléstia de Chagas.
7. Estudos sobre hábitos alimentares de triatomíneos.
8. Estudo sobre mortalidade e morbidade no Distrito de Saúde do IMEP (em geral)
9. Estudo sobre a incidência de amebíase e giardiose no Distrito de Saúde e seu tratamento.
10. Estudo sobre enterobacteriaceas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1994).

2.8. - OUTRAS ATIVIDADES DO CENTRO DE SAÚDE DO IMEP

Uma atividade desenvolvida pelo IMEP lhe dava grande prestígio com a comunidade, o Clube de Mães.

Em 1962, a cadeira de Puericultura da Faculdade de Medicina (já funcionava no IMEP), foi presenteada pela “Nestlé” com uma cozinha dietética, devidamente equipada, para usar durante as aulas práticas fazendo demonstrações e orientações às mães que freqüentavam o C.S., sobre maneiras diferentes de elaborar os alimentos (HOLANDA, 1967).

O Serviço de Enfermagem, observando o grande interesse e aproveitamento das mães, sentiu a necessidade de ampliar e estender estes ensinamentos e benefícios a um maior número de mulheres, usuárias dos diversos setores do Centro de Saúde. Sugeriu então a criação de um Clube de Mães. Idéia prontamente aceita e incentivada pelo então Diretor do IMEP, Prof. Dr. Joaquim Eduardo de Alencar (HOLANDA, 1967).

O referido Clube foi inaugurado no “Dia das Mães” daquele ano de 1962, funcionando inicialmente numa das salas no Centro de Saúde. Era supervisionado por uma das enfermeiras do Serviço (HOLANDA, 1967).

As sócias do Clube se distribuíam em todas as cinco zonas da área de trabalho do IMEP. Mantinham uma pequena contribuição mensal (Cr\$ 0,10 em 1967), que revertia-se em benefício das festas sociais, manutenção de cursos e do prédio onde funcionava (à época, funcionava numa casa pertencente à Reitoria na Rua Delmiro de Farias, 1.345 - nas cercanias do Centro de Saúde) (HOLANDA, 1967).

Tinha como finalidades:

- Congregar todas as mães residentes na área
- Instruí-las a respeito da prevenção de doenças e conservação da saúde
- Orientar sobre a utilização dos recursos da comunidade
- Promover cursos (de noções de nutrição e dietética, de corte e costura, de alfabetização, de arte culinária, primeiros socorros e decoração do lar)
- Recreação

Em 1964, foi criado sob a orientação do Chefe do Centro de Saúde, Dr. Graciliano Muniz, um trabalho entre as sócias do Clube de Mães, denominado Líderes de Quarteirão. Eram escolhidas entre as sócias mais dinâmicas e melhor entrosadas na comunidade.

Estas Líderes de Quarteirão tinham como funções:

- Notificação de nascimentos
- Notificação de casos de doenças transmissíveis
- Notificação de óbitos
- Encaminhamento de famílias para inscrição no Centro de Saúde(C.S.)
- Encaminhamento de gestantes para o pré-natal
- Encaminhamento de crianças para imunização
- Cooperação na distribuição de leite, milho e soja

- Cooperação na preparação e distribuição da merenda escolar
- Cooperação nas reuniões sociais

Para poder bem exercer as funções cada Líder recebia uma Pasta contendo:

- Bloco para notificação de nascimentos
- Bloco para notificação de óbitos
- Bloco para notificação de doenças transmissíveis
- Lista com o nome das doenças de notificação compulsória
- Agenda das reuniões mensais

Exercer a tarefa de ser Líder trazia as seguintes vantagens:

- Prioridade no atendimento médico e dentário
- Facilidade para a aquisição de medicamentos
- Inscrição prioritária para receber o leite, o milho e a soja
- Inscrição prioritária nos cursos promovidos pelo Clube
- Prêmio trimestral para as que mais notificações fizessem

As Líderes de Quarteirão funcionavam também como porta de entrada para os estudantes na comunidade. Estes quando iam visitar uma casa tinham a referência da Líder do local (ANEXO I - ENTREVISTA 2).

Nesta época o Clube contava com 35 Líderes de Quarteirão colaborando com o IMEP. O trabalho deles (alguns homens também eram líderes de quarteirão), apesar de ser uma experiência nova, pioneira (como tantas outras desenvolvidas pelo Instituto) e única no Estado, se desenvolvia de forma entusiástica pelos mesmos, e trouxe grande benefício tanto para a população como para o Serviço (HOLANDA, 1967).

2.9. – Programa Integrado de Educação e Saúde da Comunidade (PIESC)

Este Programa começou em 1981 quando o Dr. Sullivan Mota voltou do Rio de Janeiro, após terminar sua residência médica, procurou a Dra. Evanilda Pacheco e convocaram uma reunião com 20 líderes de quarteirão remanescentes do IMEP (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1986; ANEXO I - ENTREVISTA 5).

Era realizado por um grupo de líderes de quarteirão, agora já chamados de agentes de saúde, voluntárias treinadas pelo Ambulatório Integrado de Pediatria (AIP) tendo como objetivo a realização de um trabalho extramural, dentro da comunidade em que elas viviam, no bairro do Rodolfo Teófilo (antigo Porangabussu), de acordo com um programa preestabelecido e coordenado pelo AIP, com a população de maior risco, ou seja as gestantes e crianças menores de um ano; coordenado com um técnico do Hospital da Clínicas. A área piloto do IMEP, com algumas modificações era a sua área de atuação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1986; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1990).

Devido ao grande número de agentes de saúde participantes do Programa, o grupo foi dividido em cinco subgrupos, cada um com um chefe, que se reuniam em intervalos menores que o das reuniões mensais com o grupo todo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1986).

O Programa tinha como objetivos geral a prevenção e promoção de saúde comunitária e como específicos a diminuição da morbi-mortalidade materno infantil e a prevenção da desnutrição infantil. Para atingi-los desenvolviam ações educativas com as mulheres grávidas e que tinham crianças menores de um ano (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1990)

As atividades educativas do Programa se dirigiam principalmente às mulheres gestantes e nutrizas. Consistia em palestras com as gestantes objetivando que pelo menos 80% delas fizessem o pré-natal, se vacinassem contra o tétano, tivessem assistência durante o parto e a revisão no pós-parto para a prevenção câncer ginecológico. Às nutrizas se dava

orientação para cuidar do recém-nascido e dos menores de um ano, na intenção de que pelo menos 80% deles estivessem vacinados e com o peso normal ao completarem o primeiro ano de vida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1990).

Cada agente de saúde exercia o seu ofício com a população residente em sua quadra. Elas utilizavam como método de trabalho:

1. Visitas domiciliares às mães, aos recém-nascidos e aos latentes.
2. Reuniões com grupos de gestantes.
3. Reuniões com grupos de nutrizes.
4. Palestras educativas sobre saúde da mulher, aleitamento materno, etc.
5. Filmes educativos sobre verminoses, higiene corporal, saúde, vacinas, etc.

Nas visitas domiciliares às mães gestantes eram feitas:

- A notificação da gestante;
- Abertura da FAG (ficha de acompanhamento à gestante);
- O encaminhamento para o pré-natal e a vacinação antitetânica;
- O incentivo ao aleitamento materno, em 100% delas. (Essas visitas eram mensais e com elas atendiam ao objetivo da diminuição da morbimortalidade materno-infantil).

Após o parto tinham-se as visitas domiciliares às mães nutrizes quando eram feitas:

- A notificação do nascimento;
- A abertura da FAC (ficha de acompanhamento da criança), onde era registrado todas as vacinas e o tipo de alimentação da criança;
- O encaminhamento do recém-nascido para o ambulatório de Puericultura. Ainda nesta visita era dada orientação sobre cuidados com o recém-nascido e incentivo ao aleitamento materno exclusivo. (Com isto atendiam ao objetivo específico da diminuição da morbimortalidade infantil e prevenção da desnutrição infantil).
Essas visitas no primeiro mês após o parto eram semanais. Continuando, tinham

as visitas domiciliares aos lactentes para o acompanhamento da criança através da FAC. Nessas visitas continuavam a estimular o aleitamento materno; a vacinação; o desmame na época devida; a introdução gradativa de novos alimentos na dieta da criança salientando a sua importância sobre o crescimento e desenvolvimento normal da criança sadia. Além disso as mães eram orientadas sobre o gráfico de controle da curva ponderada da criança; assim elas mesmas ficavam atentas para os desvios que podiam ocorrer, evitando a desnutrição infantil. Essas visitas eram mensais (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1990).

Os recursos humanos do Programa em 1990 eram constituídos por:

Um técnico do Hospital das Clínicas - a coordenadora do PIESC;

Bolsista da pró-reitoria de extensão;

Senhoras da comunidade - as agentes de saúde;

Pessoal de apoio do ambulatório de pediatria e a colaboração do chefe do

Departamento de Saúde Comunitária;

Os recursos materiais advinham do lucro da cantina das agentes de saúde, que funcionava no AIP (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1990).

Como surgiu a cantina.

Ainda no IMEP, o Clube de Mães fez um bingo para montar uma pequena Farmácia Comunitária. Com o fim do Instituto ela se desfez, o dinheiro foi aplicado em Letras de Câmbio. Com a criação do PIESC discutiu-se em reunião com as líderes de quarteirão, agora já chamadas de agentes de saúde, e decidiu-se montar uma cantina (ANEXO I - ENTREVISTA 5).

A cantina funcionava no Departamento de Saúde Comunitária, tendo começado o seu exercício em 1982, sob a responsabilidade de uma agente de saúde e envolvendo sua família. Tinha como objetivo inicial a educação alimentar e servir ao pessoal de apoio da

AIP, oferecendo lanches nutritivos, naturais e saborosos de baixo custo e ao alcance também dos pacientes menos favorecidos que eram atendidos no ambulatório. Esta atividade era orientada e supervisionada pela coordenação do Programa (Dra. Evanilda Pacheco), contando com a colaboração da Dra. Auxiliadora Sousa e do Dr. Sullivan Mota (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1986).

O lucro da cantina era utilizado para a sua manutenção e benefícios ao grupo, tais como presentes no dia das mães e nos aniversários; lanches na reunião do Natal; confecção de parte das fardas dos agentes de saúde; colaboração nas despesas dos passeios (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1986).

2.10. – Alguns comentários

A Dra. Auxiliadora Souza no prefácio do livro *Agente de Saúde: Agente de Mudança? A Experiência do Ceará*, assim expõe: “O Programa Agentes de Saúde, como diz a autora, foi uma criação do Governo do Ceará, primeira providência do governador Tasso Jereissati, em 1987. No entanto, queremos salientar que este líder comunitário - agente de saúde, já existiu em 1962/1969, no então Instituto de Medicina Preventiva (IMEP) da Universidade Federal do Ceará. ... Lá, o modelo de liderança comunitária em saúde foi implantado, com sucesso, pelo Dr. Graciliano Muniz, médico da então FSESP e cedido a UFC, e tinha o nome de Líder de Quarteirão, que fazia parte da equipe, apoiada e supervisionada pelas enfermeiras do Centro de Saúde do Instituto. Estas eram voluntárias. O perfil era semelhante ao agente de saúde atual, ressaltando-se a sua disponibilidade de tempo. ... O sistema de referência e contra-referência funcionava muito bem. O modelo líder de quarteirão, com a extinção do IMEP, continuou com o nome de agente de saúde até o ano de 1985; daí então estava ligado ao Departamento de Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde.” (SILVA, 1997).

Mais uma vez a Dra. Maria Auxiliadora de Souza, em sua entrevista traz esclarecimentos em relação a este tema. Diz ela: “a participação ativa da comunidade se consubstanciava através dos líderes de quarteirão implantados por Dr. Graciliano Muniz, médico da Fundação SESP, que trabalhava pelo convênio com as instituições, na Universidade, foi chefe do Centro de Saúde e secretário de saúde de Fortaleza, trazendo a experiência dos (as) líderes de quarteirão do Estado do Pará”. Diz ainda: “Foi em 66, eu estava fazendo meu curso de especialização no Chile e ele estava como chefe do Centro de Saúde. Quando eu voltei o sistema estava implantado, o de líder de quarteirão. A líder de quarteirão tinha um perfil mais ou menos semelhante ao perfil que tem o agente de saúde, com uma única diferença, ela era voluntária ... com um prestígio muito grande no serviço traduzido em prestígio junto à equipe. Suas obrigações eram notificação sobre gravidez, nascimento, doenças transmissíveis e óbitos. A notificação era entregue ao médico que visitava a família juntamente com a líder de quarteirão nas próximas 3 a 4 horas, atendia na residência, se fosse o caso. Os pacientes trazidos pela líder de quarteirão tinham prioridade de atendimento, bem como seus familiares e também o acesso à farmácia era prioritário. Ela se sentia membro da equipe, participava das reuniões com os estudantes, todas eram do sexo feminino, ela conhecia tudo que estava acontecendo no seu quarteirão. Ainda hoje nós temos 3 agentes de saúde daquela época.” (ANEXO I - ENTREVISTA 2)

Dr. Gilmário Mourão Teixeira, um outro professor que deu aulas no IMEP, em sua entrevista se posiciona desta forma: “O projeto IMEP, sua concepção, era na direção de formar, desde os primeiros passos do aluno na Faculdade de Medicina, de formar um médico ligado à família. O Brasil deveria ter o estágio rural obrigatório, não apenas de hum mês. O Brasil é um dos poucos países da América Latina que não tem estágio rural obrigatório. Muitos países, eu posso citar exemplos como a Venezuela, o Peru, que são países em que o estágio rural é de hum ano ou até dois anos; obrigatório depois de formado. O médico recém-formado vai para o estágio porém com a supervisão da

Universidade, dando cobertura, porém não de forma aleatória, dentro de uma programação com estágio supervisionado, com a formação de médicos de família, seria um grande passo porque muitos deles certamente ficariam radicados aí nestas comunidades”. Para ele a solução não seria a criação de Faculdade de Medicina no interior, porque a experiência no Rio mostra que, a maioria dessas escolas são “as chamadas escolas de fim-de-semana” e com pouca qualidade; mesmo assim as elites é que fariam medicina nestas cidades do interior e não ajudaria a fixar o médico nestas regiões. A integração de vários cursos era um grande projeto no IMEP, a grande ambição “ eram idéias modernas e que despontavam para uma medicina social”. (ANEXO I - ENTREVISTA 6).

Noutro trecho da entrevista ele continua: “quem perdeu com a extinção do IMEP foi a população e havia ainda aqueles que não acreditavam nos objetivos e na filosofia do IMEP e isso não deixava de ser uma forma de oferecer resistência. Gostaria de ver resgatado a ênfase no trabalho de equipe que este grupo queria realizar o projeto que não era apenas um sonho. Um grupo que se esforçou ali com a idéia de que podia estabelecer as bases para a organização de um sistema de saúde, esse era o grande projeto, estabelecer as bases, os fundamentos, como esse sistema seria organizado, tentando se organizar e operar com uma unidade que é a célula mater de qualquer organização de saúde até hoje, que é o Distrito Sanitário”. (ANEXO I - ENTREVISTA 6).

Cabe dizer do IMEP ter sido ele uma rica experiência, um Instituto da UFC que principiou a fazer pesquisa, formar e estimular pesquisadores na área da saúde, da medicina em especial. Com a sua destruição, demorou pelo menos uns dez anos para que os Departamentos de Patologia e de Fisiologia/Farmacologia, como dito pelo Dr. Manassés Claudino Fonteles em sua entrevista, retomassem a pesquisa e a formação de pesquisadores no setor saúde da universidade. (ANEXO I - ENTREVISTA 8).

O Ceará em sua história, tem figuras abnegadas e pioneiras, como o Dr. Alencar no IMEP, como Rodolfo Teófilo, farmacêutico que sem recursos financeiros e ainda lutando

contra o poder público, que procurava de todas as formas dificultar o seu trabalho, ainda assim conseguiu obter sucesso no combate à varíola com a aplicação da vacina que ele próprio fabricava e aplicava, andando a pé ou no lombo de animais pelos rincões mais distantes do estado (BARBOSA, 1994; THEÓPHILO, 1997)

Outra lição importante a se aprender com o IMEP é constatar a veracidade da afirmação do já citado BARBOSA: "...é a capacidade do poder público gerar serviços de saúde eficientes, quando há vontade política para tal. Isto ocorreu no Ceará a partir da chamada Reforma Pelon, em 1933, estendendo-se nos anos 30, 40 e metade dos 50, propiciando um período áureo da saúde pública do estado".

CAPÍTULO III

A EXPERIÊNCIA DO IMEP FACE AOS RUMOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

3.1. - A Política de Saúde e o SUS

Não há contestação quanto à estreita relação entre o desenvolvimento econômico e social, particularmente entre as políticas econômicas e o bem estar do povo e seus indicadores de Saúde.

Até a década de 50 era amplamente aceita a teoria, elaborada em centros acadêmicos americanos, de que o desenvolvimento econômico era influenciado pela doença e a pobreza, devendo-se, pois, atuar prioritariamente sobre as doenças. A doença era encarada por essa concepção como um fato essencialmente biológico (HERMÓGENES et al., 1997).

Estudos posteriores evidenciaram o caráter histórico e social do processo saúde/doença. São incontestáveis as comprovações das diferenças entre as condições de saúde das populações causadas pelos diferentes estágios de desenvolvimento econômico, como também entre as classes sociais de uma mesma sociedade, num determinado tempo (HERMÓGENES et al., 1997).

Acrescente-se que o fim deste século se apresenta tragicamente ao conjunto dos trabalhadores, a uma cifra que pode alcançar 5/6 da humanidade. Dos seis bilhões de habitantes que comporão a humanidade no início do século XXI - hecatombes à parte - cinco bilhões estarão vivendo em países pobres ou absolutamente miseráveis (ALEM, 1993; MONTEIRO, 1994)

Os desafios colocados pela dominação do capital monopolista a esta imensa maioria da humanidade são enormes. Capitalismo monopolista que sobreviveu à tentativa

de construção de alternativas não-capitalistas, às lutas de libertação nacional anti-imperialistas (ALEM, 1993; MONTEIRO, 1994).

A chamada revolução técnico-científica esteve e está na base disso que constatamos. A automação, a robótica, a computadorização, a cibernética, responderam às necessidades de reprodução ampliada do capital. Só foram possíveis graças à monopolização; ampliaram enormemente a divisão técnica do trabalho e realimentaram o processo de concentração capitalista, em escala mundial (ALEM, 1993; MONTEIRO, 1994).

A nova revolução industrial (uma terceira revolução industrial?) alterou profundamente o perfil da sociedade onde logrou se instalar. A divisão social do trabalho vigente na Europa Ocidental, EUA, Canadá, Japão, Austrália... em nada se parece com aquela que vigia no começo do século e potencializou a tendência que às vésperas da 2ª Guerra Mundial se desenhava. O contingente numérico e as características da classe operária se modificaram radicalmente. Novos segmentos sociais surgiram - produtores de colarinho branco, massa imensa de prestadores de serviço, campesinato que se fez residual (ALEM, 1993; MONTEIRO, 1994).

Frente aos olhos de 5/6 da humanidade, gerou-se um outro mundo que concentra a renda mundial. O mundo da abundância, do desperdício. Só em restaurantes e supermercados dos EUA, gasta-se a cada ano US\$ 30 bilhões em Pepsi e Coca-Cola. Quase o dobro do PNB de Bengladesh, país que contando com aproximadamente 103 milhões de habitantes (estimativa 1987), foi de US\$ 16 bilhões em 1986. A África subsaariana, com 450 milhões de habitantes, tem menos de 1% da renda mundial - ou, o que é o mesmo, metade da renda concentrada pelos habitantes do Estado norte-americano do Texas. Pouco mais de 50% da população do planeta, ou seja, 3 bilhões de indivíduos, tem apenas 5,4% da renda mundial. Enquanto isso, 15% da população se locupleta com 80% do total (ALEM, 1993; MONTEIRO, 1994).

De modo a resumir as relações entre as políticas econômicas no Brasil e a ação estatal em saúde, consideraremos os seguintes períodos: (HERMÓGENES et al., 1997)

a) Fins do século XIX até 1930

Nesse período, nos países centrais (Inglaterra, França, Alemanha, Rússia, Estados Unidos, Japão), formam-se e consolidam-se os grandes conglomerados econômicos, ampliam-se os monopólios internacionais, acelera-se a industrialização e exportam-se capitais desses países para o desenvolvimento dos setores agrícola e de minérios dos países periféricos, para serem exportados para os primeiros.

O saneamento e o combate às doenças transmissíveis, particularmente febre amarela e malária, ganham prioridade, iniciando-se nas zonas portuárias de modo a garantir o fluxo regular de mercadorias para os países centrais.

b) 1930 a 1950

Com a depressão econômica da década de 30, a 2ª Guerra Mundial, o avanço do socialismo no leste europeu e ampliações da luta dos trabalhadores, ocorrem transformações no âmbito do capitalismo monopolista. As classes dominantes tentam incorporar segmentos do operariado. As práticas de saúde, além da manutenção das ações de combate das doenças transmissíveis, se dirigem com maior ênfase ao atendimento às necessidades individuais. Para fazer face à atenção médica individual, ambulatorial e hospitalar são construídos diversos hospitais e centros de saúde de caráter prioritariamente estatais no Brasil (Universidades, Clínicas de Saúde (F.SESP)).

c) de 1950 a 1990

Com o processo acelerado de industrialização e o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos, gerou-se um segmento operário que demandava atendimento. Consolida-se nesse período, o do “milagre brasileiro”, a atenção médica individual e uma grande dicotomia entre os serviços de saúde. Prioriza-se então a atenção médica para manter e reproduzir a força de trabalho, consolidando-se a previdência social

pública e assistência médica previdenciária, com acesso apenas aos que estavam inseridos no mercado de trabalho formal e a seus familiares. Ressalte-se o papel do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, prioritariamente destinado ao financiamento da construção e equipamento de hospitais privados, atendendo ao fisiologismo político e à consolidação do modelo mercantilista, com garantia de convênio com a medicina previdenciária. Os demais segmentos da população, sem condições de pagar, ficavam relegados às entidades filantrópicas e a serviços públicos estatais, específicos. Para estes, o Estado institui programas de extensão de cobertura, com serviços “simplificados” de saúde (serviços de baixo custo e com pouca resolutividade).

O final do período caracteriza-se pela preocupação do Estado em ampliar a cobertura dos serviços de saúde a amplas camadas da população. Estimulados pela Organização Mundial da Saúde e sua proposta “Saúde para todos no ano 2.000”, com base nos “Cuidados Primários à Saúde” (HERMÓGENES et al., 1997).

Paralelamente à criação de programas nesse sentido, no âmbito do Estado - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (BRASIL, 1976); Ações Integradas de Saúde (AIS) etc., surge na sociedade civil organizada, particularmente a partir das organizações sindicais e populares da área de saúde, o movimento pela “Reforma Sanitária Brasileira” (O CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – nacionalmente e no Ceará, cumprem papel relevante), culminando na Constituição de 1988, com a inserção do direito à saúde e da organização de um Sistema Único de Saúde, universal e equânime (BRASIL, 1988; HERMÓGENES et al., 1997).

Conquanto a Constituinte de 1988 tenha avançado, não apenas na questão da saúde, mas no conceito mais amplo da Seguridade Social, desde 1989 com a eleição e posse do novo Presidente inicia-se um processo que, em nome do SUS, busca destruí-lo. Desde as tentativas iniciais de cerceamento do controle social até o asfixiamento financeiro do

sistema e o incentivo à mercantilização da saúde com o apoio velado ao crescimento vertiginoso dos “planos de saúde” (BRASIL, 1988; HERMÓGENES et al., 1997).

O texto constitucional vigente, já lesado estrategicamente em vários artigos, tem, no capítulo da seguridade social, uma antítese ao modelo de desenvolvimento tendente a se consolidar no Brasil, na perspectiva dos atuais detentores do poder. Ele embute uma concepção de Estado responsável pela proteção social. Muda o conceito contributivo, diversifica as fontes, entrelaça previdência, saúde e assistência social, formando um sistema, substituindo o modelo de seguro social e incluindo os até então marginalizados da assistência, assegurando a universalidade e a solidariedade social (HERMÓGENES et al., 1997; BRASIL, 1988).

É importante destacar a ampliação das fontes de receita. Além da folha de salários, foram acrescentadas contribuições sobre o lucro e o faturamento das empresas. TODOS, direta ou indiretamente (consumo) contribuem. O SUS não é gratuito. É um direito de todos os cidadãos, não é doação dos governos (HERMÓGENES et al., 1997; BRASIL, 1988).

É de se realçar que, no atual contexto histórico, o SUS significa um grande avanço e uma conquista democrática da população brasileira.

3.2. - Resumo da história do SUS

A VIII Conferência Nacional de Saúde propõe o SUS em 1986. Em 1988 foi inscrito na Constituição os seus princípios. Em 1990 há a promulgação das leis complementares organizando o Sistema, leis 8080 e 8142 (Lei Orgânica da Saúde). Em 1993 o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) passa para o Ministério da Saúde (Lei 8689). Ainda em 1993 o Ministério da Saúde elabora um documento chamado A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI que

serve de base para uma Norma Operacional Básica do SUS (BRASIL, 1993b). Em 1994 é feita a regulamentação dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais e finalmente em 1995 começa a ser implantado, em alguns municípios, o que a Norma Operacional citada classifica de Gestão Semi-Plena. Com este tipo de gestão os municípios e/ou estados passam a receber recursos, não mais pelo que produzem de serviços mas pelo valor histórico que vinha sendo destinado ao município e/ou estado e pelo número de habitantes, tendo amplos poderes gerenciais sobre os recursos e devendo obedecer, para o seu uso, às deliberações emanadas do seu respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 1993a; BRASIL, 1993b; BRASIL, 1996a; BRASIL, 1996b).

A lógica ainda hoje persistente para financiamento das ações da assistência médica, tanto ambulatoriais como hospitalares, é por produção de serviços prestados. Até 1991 esta lógica funcionava apenas para o setor privado contratado, mas a partir deste ano (1991) foi colocada também para o setor público (NOB Nº1 de 1991), consolidando-se o privilegiamento da doença e não da saúde. É a lógica que saúde, hospital, é para dar lucro (econômico/financeiro), quando o ganho para a sociedade, para o país, para a cidadania deveria ser melhorar a qualidade de vida, aumentando a esperança de vida, diminuindo a mortalidade infantil, caminhando para que as pessoas não mais adoeçam por doenças imunopreveníveis, vacinando-as, fazendo o controle de vetores, oferecendo água de boa qualidade (clorada e fluorada), fazendo esgotos, oferecendo educação, dando condições para todos comerem e no momento de adoecer terem o tratamento efetivo e necessário.

Hoje os hospitais privados, contratados e conveniados, que atendem pacientes pagos pelo Serviço Público estão reduzindo leitos porque a tabela de remuneração é baixa, para grande parte dos procedimentos. Para piorar, a lógica do lucro imposta aos hospitais públicos, leva à visão míope de privatizar os seus já poucos leitos. Esses hospitais diminuem o número de leitos existentes para atender à população, financiadora e destinatária dos mesmos, e fazem instalações luxuosas no intuito de atender particular e

convênios. Quem tem convênio ou paga particular tem sempre vaga, quem não tem fica pelos corredores esperando a vez.

Daí porque para se poder criticar, a favor ou contra o SUS, deve-se ver como está a saúde, mesmo com os poucos recursos a ela destinados, em municípios onde a gestão Semi-Plena está em vigor.

Quem combate o SUS, qual alternativa oferece ou propõe para cuidar da saúde da imensa maioria da população que não tem, e, talvez, nunca terá, condições de pagar um “Plano de Saúde”? Para o povo brasileiro, nas questões de saúde, é o SUS ou a barbárie!

Não se deve esquecer porém a indispensável retomada da bandeira pela qualidade e eficiência do Serviço Público.

3.3. - A Saúde e o “mercado”

A visão da supremacia do mercado na auto-regulação da atividade econômica. As contradições inter-imperialistas, dos países centrais, e destes com os países subordinados, levam a crescentes dificuldades e enorme perversidade social. Os Estados Unidos, a Alemanha e o Japão, principalmente, comandam a busca do lucro dividindo o mundo em mercados a serem ocupados e explorados nas suas riquezas e mão de obra. A concentração de capital e renda chega a cifras assustadoras. Segundo a OIT (Organização Mundial do Trabalho) há, entre desempregados e subempregados, 820 milhões de trabalhadores. Os 358 multimilionários mais ricos do mundo detêm fortuna que corresponde aos rendimentos anuais de 45% da população mundial. O desemprego atinge em média 10% da população de todos os países. Bancos e grandes corporações utilizam-se da informática e do avanço das telecomunicações para acumular cada vez mais capital, completamente desvinculado da vida produtiva e das políticas sociais (HERMÓGENES, et al., 1997).

Neste quadro, a desregulamentação do setor financeiro, econômico e dos direitos sociais, transformou-se em pilar do novo modelo de desenvolvimento capitalista. O Estado passa a ser mínimo no planejamento e comando das políticas públicas e fortemente interventor ao elaborar planos que tenham como objetivo central o favorecimento de acumulação de capital pelas oligarquias financeiras, nacionais e internacionais, como também das grandes empresas transnacionais. Os serviços públicos de interesse social, neste contexto, são sufocados como despesas a cortar diante da sucção dos recursos para os encargos financeiros, gerados pela lógica do plano econômico e pela dependência externa; por outro lado, estão as exigências das grandes potências e empresas para a ocupação do espaço de mercado em vários setores (HERMÓGENES et al., 1997).

Em 1996 foram gastos, no país, R\$ 18 bilhões na rubrica custeio/investimento e R\$ 27 bilhões para a sustentação do capital financeiro. Em 1997, dos R\$ 431 bilhões do orçamento da União, 208 bilhões são vinculados à rolagem de títulos das dívidas interna e externa, ficando como orçamento real R\$ 223 bilhões, dos quais não menos que 40 bilhões serão usados (em dinheiro) para encargos financeiros da dívida pública interna, como também externa. Foram reduzidos os orçamentos da Educação e Saúde (HERMÓGENES, et al., 1997).

Determinados segmentos da sociedade, considerados improdutivos - particularmente os idosos, deficientes e crônicos de alto custo -, têm como resposta o desprezo e a omissão, constituindo-se em manchetes dramáticas nas primeiras páginas dos jornais (Clínica Santa Genoveva no Rio de Janeiro e renais crônicos em Caruaru).

A questão da saúde, particularmente, envolve um cotidiano de medo, indignação e sofrimento, que toca as pessoas muito de perto, ameaçando um direito elementar - A VIDA.

Contudo, o grau de organização já alcançado no setor saúde é um dos maiores, considerada a sua abrangência e diversidade. Além de entidades profissionais, formaram-se

entidades de gestores estaduais e municipais, organizações não governamentais representativas de usuários e a constituição de conselhos de controle social, em número próximo de 3 mil, só em nível municipal, 27 em nível estadual, além de milhares de distritais. Nesses conselhos 50% correspondem à participação de representantes da população usuária (HERMÓGENES et al., 1997).

Mas, a universalidade de direitos aos cidadãos antagoniza-se agudamente com o modelo de desenvolvimento ora em curso no país.

Na saúde o desenvolvimento da política não pode seguir a lógica das leis de mercado. A lucratividade não pode ser o objetivo fim. Lidar com a vida humana, com as vertentes sociais, emocional e biológica exige dedicação, qualificação, profissionalismo e grandes gastos. Nenhum instrumento técnico, por mais sofisticado e caro, pode ser negado a qualquer indivíduo sob risco de vida.

Não se pode deixar a população refém dos interesses de mercado.

O governo federal investe ofensivamente contra o direito universal à saúde, demarcando aí uma posição ideológica. Das diversas ações do plano orçamentário, de fluxo de caixa e das proposta de reforma, uma das principais é a asfixia financeira do SUS consubstanciada em: retenção de volumosos recursos devidos, além da estagnação orçamentária. Observando a curva de 1990 em diante, vemos uma brutal queda de R\$ 14 bilhões para R\$ 6 bilhões, com crescimento e estagnação aos níveis de 90 (R\$ 14 - 15 bilhões) em 95,96 e 97 - mesmo com a CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira) - , o que resulta num gasto "per capita" de US\$ 60/ ano, um dos menores do mundo. O orçamento para 1997 tem previsto R\$ 20 bilhões, R\$ 14 bilhões do Tesouro e R\$ 6 bilhões da CPMF (HERMÓGENES et al., 1997).

O INSS, grande arrecadador de recursos para a Seguridade Social, que repassava entre 25% e 30% do que arrecadava para financiar as ações desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), anteriormente e depois

para o Sistema Único de Saúde (SUS), reduziu inicialmente, para um pouco menos da metade e desde o final de 1994 não vem mais repassando nenhuma quantia. A redução de recursos para a saúde com a drástica diminuição da ação pública estatal em número de atendimentos e nos tipos de tratamentos oferecidos (quebra da integralidade de ação), privatizando boa parte do atendimento secundário, terciário e quaternário (HERMÓGENES et al., 1997).

A busca, por todos, gestores estatais, filantrópicos ou de organizações sociais, de outras fontes de recursos - planos privados, seguradoras, empresas e bancos - como já vem acontecendo, está determinando e determinará cada vez mais prioridade de clientela, num perverso processo seletivo (quebra da universalidade) (HERMÓGENES et al., 1997).

O repasse da gestão, por contrato de gestão para as chamadas organizações sociais, já acontecendo na Bahia, levará, inevitavelmente à indigência grandes parcelas da população. Este modo de gestão, apregoado aos quatro ventos pelos arautos da “modernidade”, conta com mercadores da proposta gozando de livre acesso para circular nas Secretarias de Saúde, com credenciais do poder central. O patrimônio público - equipamentos e recursos - será utilizado por grupos de perfis variados, tendo para fiscalizar um Estado que não fiscaliza nem regula as organizações contratadas (HERMÓGENES et al., 1997).

Os recursos humanos serão transformados em terceirizados, sem vínculo com o Estado, sem direitos, prestadores temporários de serviço. O Estado perderá a profissionalização de sua ação.

O papel dos Conselhos de Controle Social ficará cada vez mais esvaziado e sem importância.

Teremos uma assistência pobre para os pobres, que têm menos ou quase nenhum poder de barganha, e de qualidade para quem puder pagar os planos de saúde ou tratamentos milionários em determinadas clínicas de elite.

Para onde irá quem não alcançar o setor público e não puder pagar?

Afirmam ser esta crise uma crise do SUS. É o SUS que não funciona, não deu certo, deve mudar.

A crise na saúde pública não é por causa do modelo proposto pelo SUS.

O PEC (Projeto de Emenda Constitucional) N° 169, que estabelece vinculação constitucional de recursos para a saúde (mínimo de 10% do orçamento fiscal da União, dos Estados e dos Municípios e 30% da Seguridade Social), está pronto para ser votado pelo Congresso Nacional; pode ser a solução para um financiamento suficiente e definitivo para a setor. Movimento vem se alastrando pelo país, pressionando os parlamentares a votarem favoravelmente ao referido PEC.

3.4. - 1997 “ANO DA SAÚDE”

O documento lançado no dia 20 de março deste ano de 1997 pelo Presidente da República e pelo Ministro da Saúde constitui-se, antes de mais nada, de uma peça apenas de intenções, ou pseudo intenções, pois será impossível alcançar tais metas com os recursos do orçamento atual. (BRASIL, 1997b; HERMÓGENES et al., 1997).

Embora acate proposição feita pelos segmentos democráticos e de oposição ao atual governo há muito tempo, no sentido da descentralização, a transferência da atenção básica para 3.200 e da Gestão Plena para 700 municípios, constantes do documento citado, com o atual volume de recursos pressupõe as responsabilidades transferidas sem o correspondente volume de recursos necessários à implantação e manutenção de uma assistência integral.

Essa concepção encaixa-se com a proposta da cesta básica do Banco Mundial, recomendada em 1993 que, em resumo, propõe a privatização do setor mais lucrativo e a oferta de um elenco de serviços básicos para os pobres, fornecidos pelo Estado. Implantando esse modelo, os serviços de saúde mais complexos somente estarão

disponíveis para a população de maior poder aquisitivo, em condições de pagar um seguro ou um “plano de saúde”. Os excluídos, no Brasil, de fato passarão a fazer jus ao termo (HERMÓGENES et al., 1997).

Questiona-se, ainda dentre outros, os seguintes pontos da proposta:

1 - Considerados os 20 bilhões nominais do orçamento do Ministério da Saúde para 1997, mas tendo iniciado sua execução com “dívidas” do exercício anterior, contraídas com a rede privada de prestação de serviços, e comprometida em saldar outras com o FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador), as metas e ações prioritárias já estão irremediavelmente comprometidas;

2 - Ao assumir (pág. 4 do documento) que “mais de 10 milhões de brasileiros não têm acesso sequer ao atendimento básico”, o Governo assume não amparar a Constituição e também serem os recursos destinados ao setor insuficientes;

3 - Depois de vários anos negando a proposição da oposição e de setores da sociedade civil organizada, por um financiamento suficiente e estável para a saúde, o Governo admite, no documento, não destinar ao setor os recursos mínimos necessários e “estar” empenhado na discussão da emenda constitucional (PEC 169). Quer os gastos públicos elevados para 31,1 bilhões anuais a partir de 1998;

4 - Preconiza a quebra do preceito constitucional do Direito à Saúde ao explicitar que “diagnóstico” e tratamento de doenças complexas deveriam ser cobertos por “Planos de Saúde” (pág. 4 do documento);

5 - Embora em adiantado estado de implantação a privatização, encoberta pelos “contratos de gestão” e pelas “organizações sociais”, o assunto é tratado de forma apenas superficial, quando de fato é uma política, à revelia da Constituição e das Leis (pág. 6 do documento);

6 - Desqualifica o Poder Legislativo quando anuncia “grupo de estudos para apresentar, em 60 dias, regulamentação dos Planos de Saúde”, quando tramita no Congresso Nacional vários Pls (Projetos de Lei) sobre o assunto;

7 - A descentralização, melhor dizendo a extinção, da CEME, se traduz pela transferência de recursos para os municípios adquirirem um elenco mínimo de 44 produtos. Além de mais uma vez dirigir o sistema para a “cesta básica”, destruirá o segmento estatal de produção farmacêutica, já que com o lobby do setor privado multinacional, a maioria dos municípios deixará de adquirir medicamentos nos laboratórios nacionais estatais e/ou privados (BRASIL, 1997b; HERMÓGENES et al., 1997).

3.5. - A formação do médico e o mercado de trabalho

A formação dos médicos e dos demais profissionais de saúde está muito desvinculada da realidade e das exigências dos serviços e da população por eles atendida. Necessário se faz dirigi-la, em termos da orientação e do ordenamento para as necessidades, em consonância com a legislação, de acordo com o SUS (MONTEIRO, 1994).

O Artigo - 200, inciso III da Constituição e o Artigo - 6, inciso III da Lei 8.080 assim preconizam:

Art.200 - "Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

III - "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”;

Art.6 - "Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS” :

III - "a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde”.

(BRASIL, 1988; BRASIL, 1996a).

Estas determinações legais afirmam com clareza a competência do SUS sobre a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. É fundamental que os dirigentes se aperceberem de sua responsabilidade para com os profissionais, os recursos humanos, com sua formação e treinamento, na visão do pleno funcionamento do SUS (MONTEIRO, 1994).

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia é um exemplo concreto da possibilidade de ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde. Ela consegue controlar quantos cursos, em todo o país, formam anestesiológicos, determina a quantidade a serem formados anualmente e faz avaliações periódicas dos hospitais, dos profissionais que são formados e dos que os estão formando.

Caminha-se rumo ao século XXI nas comunicações, na informática, nos avanços tecnológicos, conquistas da humanidade, e retroage-se nas relações humanas, nas relações entre o capital e o trabalho. Tudo ao capital e à usura. Ao ser humano, quem sabe, uma bala na cabeça e uma cova rasa, como ganharam os sem terra em Eldorado dos Carajás.

Acrescente-se a esta realidade que a produção de bens de consumo, desde os mais sofisticados “chips” até os mais simples alimentos, passando pela cultura e o lazer, também obedece a esta “globalização”. São automóveis, marcas de refrigerantes, o cinema, os esportes, a produção literária, tudo hoje obedece a critérios definidos fora do país. Os valores nacionais e culturais do povo são esquecidos pela imposição glamurizada de outros costumes alienígenas (MONTEIRO, 1994).

Há contudo uma brutal contradição entre os ganhos para a população e os avanços tecnológicos e de aproximação dos seres humanos, com a linha de desenvolvimento proposta por estes donos do mundo, senhores do capital e da usura. Estes senhores vêm tornando a vida muito boa para uns poucos e indigente, sem dignidade e marginal, para a grande maioria. Estes senhores, principalmente após a queda do muro de Berlim, ficaram livres para impor suas técnicas e táticas de enxugamento de custos de produção e

comercialização, para aumentar os seus lucros. Passaram então a reduzir os direitos sociais dos trabalhadores, cortando benefícios conquistados em lutas travadas durante os últimos séculos, em que muitos perderam a própria vida; aumentando a carga horária de trabalho (horas extras); não concedendo reajuste, chegando mesmo a reduzir salários; aumentando o tempo de serviço para se ter direito a aposentadoria; terceirizando a mão de obra de forma infame como se vem fazendo com os Agentes de Saúde e as suas Associações; colocando máquinas que desempregam até 50 ou mais operários de uma só vez (em vez da máquina, da tecnologia reduzir o esforço do homem no trabalho, proporcionando-lhe maior tempo para o estudo, a família e o lazer), flexibilizando o contrato de trabalho. Com sua selvajaria e barbárie, o “mercado”, está submetendo os trabalhadores e a toda população ao desemprego, aos baixos salários, a não ter terra para trabalhar ou onde morar, a não ter como se alimentar suficientemente, à marginalidade.

Mesmo havendo um crescimento do mercado de trabalho para o médico generalista, com a implantação gradativa do PSF, ele ainda é pequeno e não determina a formação profissional, ainda totalmente orientada para a segmentação das especialidades. O ensino tem se orientado, prioritariamente, pela e para a prática em nível terciário.

A necessidade desta reflexão é de suma importância para se compreender o cenário onde estão inseridos os chamados Recursos Humanos, os trabalhadores em saúde. É preciso entender as dificuldades enfrentadas, até o momento, e as que se terá de enfrentar, a mentalidade e o compromisso dos atuais dirigentes do país. É necessário, também, compreender o que a política econômica, em implantação por estes dirigentes, de acordo com o modelo de desenvolvimento imposto ao país, de fora para dentro, vem acarretando, para quem trabalha e seus familiares. Quais são os reflexos para a saúde da população, para os serviços e os profissionais prestadores destes serviços, que este modo de tratar a economia do país está materializando.

Os meios de comunicação e a informática, através das informações por elas transportadas, os avanços tecnológicos multiplicando-se em grande velocidade, estão tornando as pessoas cada vez mais próximas umas das outras e consolidando o mundo como uma grande aldeia.

Neste ambiente, os Hospitais Universitários, os grandes centros formadores de profissionais de saúde, tanto de nível superior como de nível médio, têm sofrido de maneira muito acentuada.

No país, ultimamente, os governantes no poder e os meios de comunicação a seu serviço, tentam a tudo justificar, como adequação a conceitos “primeiromundistas”, abusando de termos como modernidade e “globalização”.

A iconização desses conceitos é uma maneira proposital de enganar, é uma clara mentira histórica. Globalizar é uma atividade humana quase atávica. O Império Romano globalizou tanto que grande parte das línguas faladas no mundo hoje são derivadas do Latim. O Cristianismo tem dois mil anos de “globalização”. E poder-se-ia citar inúmeros outros exemplos (BATISTA Jr., 1997).

No exercício da medicina, se é afetado diariamente pela mídia a mostrar aparelhos realizando exames cada vez mais sofisticados e complexos, como grandes avanços tecnológicos e conquistas do ser humano. Realmente são e ajudam a salvar preciosas vidas.

A tecnologia de ponta, como a ressonância magnética, tomografia computadorizada, videolaparoscopia, entre outras, é extremamente necessária para o diagnóstico precoce e para vidas preciosas serem salvas todos os dias. O que ela não pode nem deve ser é uma necessidade em si mesma, o meio mais rápido e lucrativo para os mercadores da saúde enriquecerem.

A própria medicina clínica vem relegando a segundo plano o diagnóstico feito com os dados da anamnese e pelo exame físico do paciente, ficando cada dia mais na dependência dos exames laboratoriais e dos aparelhos.

Deve-se refletir, contudo, a quais seres humanos estes avanços mais têm efetivamente beneficiado.

A tecnologia é a própria evolução do homem, mas tem que estar sob o seu comando, ao seu serviço. Ela não pode substituir o médico. É ele quem deve indicar, criteriosamente e quando houver precisão, a utilização cabível em cada caso, após o exame clínico e o diagnóstico provável estabelecido.

É obrigatório se ter a consciência crítica necessária e critérios objetivos para discernir quando se deve ou não fazer o uso das tecnologias. Deve-se usá-la de acordo com a circunstância, a realidade social e a cultura das pessoas, onde estiver inserida a realização do exercício profissional, de cidadão e de Homem. É fundamental ainda estar claro que o discernimento da opção para tratar determinada moléstia, nem sempre será apenas o tratamento do doente, mas também ações direcionadas ao meio ambiente físico e/ou social, conforme ela venha a se apresentar.

A "Lista de Procedimentos Médicos" (antiga Tabela da AMB - Associação Médica Brasileira), em processo de implantação, a própria Tabela do antigo INAMPS - hoje do SUS e a dos seguros privados, ao estipular valores de honorários médicos, não separa o efetivo trabalho profissional do das máquinas e aparelhos, valorizando e remunerando melhor o esforço das engrenagens sem vida destes em detrimento do suor e do esforço desenvolvido pelas ligações sinápticas cerebrais quando se efetiva a arte do exame clínico, inspecionando, palpando e auscultando.

A tabela de remuneração do SUS, como se disse anteriormente é aviltante e incompatível, proporcionando justificativa para que alguns cobrem "por fora", para a privatização dos leitos públicos (constroem-se hospitais com dinheiro do povo, mas na hora de ele ser atendido privilegia-se quem tem convênio ou quem paga particular), para a proposição das chamadas "organizações sociais", entre outras.

O exercício diário da medicina, nos hospitais e postos de saúde espalhados pelo Brasil, onde se trava contato com pessoas apresentando mazelas advindas em consequência basicamente da desnutrição, das péssimas condições de moradia, da indigência e da miséria absoluta, é a realidade onde se tem de atuar. Para tratá-las, além de emprego e salário compatível para o povo poder se alimentar convenientemente, bem como saneamento básico, o arsenal de medicamentos e exames necessários para resolver a maioria delas é pouco sofisticado.

A formação do médico deve levar em consideração o mercado de trabalho, mas deve mais do que nunca estar submetida às necessidades do sistema de saúde, em implantação no país e voltar-se para as necessidades da população.

A inserção dos médicos neste mercado de trabalho, já descrito anteriormente, onde há hegemonia flagrante da medicina curativa, onde o mercado determina o que vai dar mais lucro, a luta diária pela sobrevivência, os condicionantes desta conjuntura ocupacional na sua formação, levam os mesmos e a todos os profissionais da área a um distanciamento cada vez maior de pensar a saúde como um processo com determinantes não apenas biológicos, mas também de ordem social (do trabalho, das relações familiares, culturais etc.), e do meio ambiente físico (água, ar etc.). Leva-os a não conseguirem se preocupar com a legislação específica, com as questões éticas, com a Saúde Pública, mas apenas com o doente que estão tratando no momento. Alguns se preocupam menos ainda, o fazem apenas com a doença, com os aparelhos a usar, se o indivíduo é ou não usuário de algum convênio ou caixa beneficente, se pode pagar.

A sobrevivência obriga a se trabalhar mais de sessenta horas semanais, levando à dificuldade de se pensar e aprofundar onde se está trabalhando, a quem está servindo este trabalho, quem está lucrando com ele. Apenas se pensa no dia de hoje, o amanhã e a família ficam esquecidos.

Fica cada vez mais difícil construir uma relação de respeito mútuo entre os profissionais e a população, de vez que ela recebe um atendimento, a maioria das vezes, incompleto. No caso, não há culpa dos profissionais, mas sim das péssimas e precárias condições em que trabalham, e também em consequência da insuficiente remuneração que amargam.

Reconstruir esta relação é um objetivo a ser perseguido pelo médico e por todos os profissionais. Cabe à sociedade cobrar e fazer valer seu direito como senhora da história e financiadora do sistema e dos governos. Aos gestores do Sistema cabe garantir as condições de trabalho necessárias e suficientes para a consecução plena desse objetivo.

Apesar de tudo, a própria profissão de quem exerce o seu mister na área, os médicos em especial, compreende, de uma forma ou de outra, esta relação. Daí o grande número de vereadores, prefeitos, deputados, governadores, senadores e até mesmo presidente da república, médicos ou trabalhadores da saúde.

Estes fatos citados mostram porque o modelo de prestação de serviços e a forma de encarar as demais ações de saúde, como saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica, entre outras, segue o modelo hegemônico de ensinar e formar profissionais para uma medicina apenas curativa e segmentada.

O Artigo 196 da Constituição Federal dizendo:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

colocado pelo movimento sanitário tanto na Constituição, como na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142), cujo fundamento maior está no Artigo acima escrito, dele derivando, filosófica e doutrinariamente, os demais, é uma batalha ganha na direção de que a **dicotomia Medicina Preventiva X Medicina Curativa é falsa.**

Cabe aqui repetir o Dr. Joaquim Eduardo Alencar, ... **é necessário ensinar ao estudante de medicina não apenas os processos biológicos das doenças, mas dar aos mesmos a visão dos seus determinantes sociais, principalmente em se tratando do Ceará, inclusive o Brasil.**

3.6. - Saúde da Família: Um Novo Modelo de Atenção?

Historicamente, até chegar ao SUS na Constituição e à Norma Operacional Básica (NOB) N°1/96 do SUS, com a definição do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como modelo assistencial, proposto para todo o país, muitas outras propostas foram tentadas, como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), no entanto estiolaram-se na inconsistência do compromisso dos dirigentes do país e da saúde, em particular, com a cidadania, com a pátria, com a nacionalidade e os valores da solidariedade e do humanismo. Trilham sua rota de vida na contramão do caminho seguido pelo Dr. Alencar e seus colaboradores (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1976).

Propostas de padrões de organização de serviços de vários tipos e maneiras diferentes, de novos modelos de assistência à saúde vêm sendo feitas ao longo do tempo. A tentativa atual de mudança do modelo assistencial contida na referida NOB N°1/96 do SUS, é capaz, como tantas outras anteriormente postas em prática, de garantir a coexistência das produções privada e pública de serviços por meio de uma espécie de distribuição da clientela e do tipo de serviços a serem produzidos (BRASIL, 1997a).

Entre os fatores que explicam a emergência desses projetos originários da Medicina Comunitária PSF e PACS inclusive, encontra-se: a necessidade de extensão de cobertura de saúde vista como resultante de condições estruturais, numa situação real de crise (variavelmente definida) no setor de assistência à saúde, médica em especial. Na verdade

esses projetos podem ser vistos, portanto, como acomodações necessárias no setor de saúde, levando a crer na possibilidade de sua viabilização. Note-se que esses modelos de prestação de serviços destinam-se basicamente às populações rurais e às usualmente designadas "populações marginais" dos centros urbanos. Contudo, alguns têm a visão de só se poder logrará-la através de modalidades menos onerosas de assistência à saúde. Por isso ao trabalharem a sua implantação não garantem que todos os pressupostos contidos no Artigo 196 da Constituição Federal, como a universalidade e a integralidade, entre outros, venham a se efetivar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1976; HERMÓGENES et al., 1997).

É necessário constatar o fato de, mesmo não sendo raras as experiências de PSF e PACS exitosas durante o período (relativamente curto, diga-se de passagem) em que foram adotadas, é de se ressaltar, em vários casos, a descontinuidade das experiências em virtude da mudança política nas gestões municipais. Por outro lado, parece haver maior facilidade para a implantação desses projetos, como projetos demonstrativos e pedagógicos, do que para sua integração efetiva ao Sistema, ao SUS.

Além de eventuais resistências baseadas em interesses estabelecidos na própria área de prestação de serviços de saúde, aponta-se como obstáculo significativo à implantação definitiva da proposta em sua integralidade, as implicações político-sociais da orientação dos gerentes municipais. Frente a essas dificuldades, admite-se que a viabilidade do projeto, bem como o seu teor, ficam em grande parte na dependência de condições locais e conjunturais (HERMÓGENES et al., 1997).

As dificuldades para a concretização do projeto não devem conduzir à negação da proposta. Ele abre também um campo de possibilidades que devem ser localizadas, definidas e aproveitadas. Esse aproveitamento pode visar a obtenção de efeitos parciais imediatos na organização dos serviços, tais como a efetiva extensão de cobertura, a racionalização dos serviços, o aumento de recursos humanos no setor. Por outro lado,

pode-se tentar também, através dessa abertura a busca de novas formas de articulação da prática de saúde na estrutura social. É indispensável a participação comunitária ser encarada como via para uma nova forma de inserção dos serviços de saúde no movimento mais amplo das práticas sociais (HERMÓGENES et al., 1997).

É forçoso constatar-se: Constituição e Lei para saúde não bastam. É indispensável que se mobilize a sociedade para, entre outras ações, participar dos Conselhos de Saúde e exigir dos governantes de cada momento, não importa quais (eles passam e o povo e os servidores ficam), o atendimento de suas necessidades de saúde: emprego, salário decente, lazer, moradia com saneamento básico, reforma agrária que mantenha o homem no campo, profissionais de saúde compromissados com os serviços, competentes e bem remunerados, postos e centros com boas instalações físicas. O descompromisso das autoridades e o desvio das verbas da saúde para o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), para pagar os juros da dívida (tanto interna como externa), sinaliza que os recursos existem, mas falta é realmente considerar saúde como uma das prioridades do país.

Cabe aqui repetir o Dr. Joaquim Eduardo Alencar, ... **é necessário ensinar ao estudante de medicina não apenas os processos biológicos das doenças, mas dar aos mesmos a visão dos seus determinantes sociais, principalmente em se tratando do Ceará, e inclusive o Brasil.**

Com a gradativa transferência da gestão para a esfera municipal as responsabilidades vêm sendo assumidas, na maioria das vezes, com o aumento dos investimentos na área, inclusive com dispêndio de verbas do próprio município, tendo trazido como conseqüência imediata o incremento do número de postos de trabalho em saúde.

O processo de municipalização que vem se desenvolvendo no país e no Estado do Ceará e com as medidas tomadas para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF); propõe-se, segundo a sua própria definição, a desenvolver ações de promoção e

proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, tendo como objetivo melhorar o estado de saúde da população através dessas ações e da identificação precoce e tratamento das doenças, onde os profissionais devem morar, ou permanecer a maior parte do seu tempo, nas localidades mais ermas e estar sempre à disposição da população, está levando os municípios a procurar no mercado de trabalho este tipo de médico, bem como os demais profissionais da área, no sentido da composição das equipes (compostas basicamente por médico e enfermeiro) (CEARÁ, 1995b e MONTEIRO, 1996).

Há entretanto distorções, às vezes enormes, entre o que está posto na proposta e na sua efetiva implantação.

Este Programa está sendo proposto no Ceará na tentativa de mudar o modelo assistencial atualmente existente. Este novo modelo de atenção está sendo chamado de **Saúde da Família** (CEARÁ, 1995b).

A proposição traz questionamentos e está baseada corretamente em princípios contidos na legislação do SUS, tais como: universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária (CEARÁ, 1995b; MONTEIRO, 1996).

O intento, em sua justificativa, faz uma análise em muitos aspectos semelhante à que foi feita anteriormente. Em seus pressupostos intenta rever a prática hoje existente que, segundo afirma, tem suas ações voltadas para a cura das doenças e a recuperação da saúde, dando pouca ênfase à promoção da saúde e à prevenção das doenças (CEARÁ, 1995b; MONTEIRO, 1996).

A alternativa apresentada pelo modelo de Saúde da Família crítica, de forma apropriada, o modelo vigente como:

- concentrador da atenção no doente e não na pessoa saudável
- de predomínio do poder médico
- centrando no hospital a organização dos serviços

- verticalizado e autoritário, por desconhecer as especificidades e autonomia locais
- atuando prioritariamente sobre a demanda espontânea
- segmentador da atenção para partes do corpo humano, privilegiando a atuação dentro das especialidades médicas, deixando de ver o indivíduo como um todo
- desconhecedor, por não compreender e não se informar, acerca dos fatores sócio-econômicos e culturais que determinam o processo saúde/doença
- esgotado progressivamente na sua eficácia e eficiência
- incapaz de evitar a medicalização e a desumanização da sua prática

O projeto traz delineado os seguintes pressupostos:

- dar prioridade à promoção e proteção da saúde,
- reconhecer a família em seus espaços de vivência e a sua co-responsabilidade na defesa da saúde,
- resgatar o conceito de cidadania e de que saúde é um direito e um processo de conquista e libertação e não uma forma de dominação e submissão,
- humanizar a prática de saúde e adstringir e vincular nominalmente as famílias a determinados profissionais/serviços,
- mapear espacialmente as áreas mais ou menos homogêneas de condições de vida, por níveis de risco,
- identificar famílias ou grupos populacionais de maior risco,
- promover a oferta programada da atenção para os grupos/famílias mais expostas ao risco de adoecer ou morrer,
- reconhecer a necessidade de se trabalhar com equipes multiprofissionais

- romper com a visão puramente biologicista para a explicação dos nexos causais do processo saúde/doença e identificar nexos causais em fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais,
- buscar o estabelecimento de parcerias e de ação intersetorial para enfrentamento de problemas que extrapolem a capacidade do setor de resolvê-los,
- desenvolver a prática holística da atenção, compreendendo o ser humano como um todo e não como um conjunto segmentado e desagregado de sua realidade socioeconômica e cultural,
- desenvolver um sistema de informação que consiga captar ou mesmo prever, com relativa rapidez e veracidade, os problemas de saúde prioritários, o que possibilita uma intervenção precoce e programada,
- estabelecer um sistema de referência e contra-referência, que permita o acesso a níveis de atenção de complexidade crescente, de acordo com a necessidade/gravidade do problema (CEARÁ, 1995b).

Este modelo, embora priorize as ações de promoção e proteção à saúde, não pode descuidar dos outros níveis de prevenção, desenvolvendo um processo de “oferta organizada da atenção, em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários” (CEARÁ, 1995b; MONTEIRO, 1996).

Um prospecto que faz a divulgação do modelo detalha de maneira didática a propositura:

1 - MISSÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE

Perseguir a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população através de:

⇒ Formulação e coordenação da política estadual de saúde;

⇒ Apoio à organização dos sistemas locais de saúde;

- ⇒ Acompanhamento e avaliação da situação e da prestação de serviços;
- ⇒ Garantia de oferta de serviços terciários de nível regional e estadual;
- ⇒ Desenvolvimento de recursos humanos voltados para a área da saúde;
- ⇒ Apropriação de novas tecnologias e métodos através do desenvolvimento de pesquisas.

2 - METAS

- 2.1. Reduzir a mortalidade infantil para 40 por 1.000 nascidos vivos.
- 2.3. Reduzir a mortalidade materna para 107 por 100.000 nascidos vivos.
- 2.3. Controlar as doenças transmissíveis, com prioridade para as de veiculação hídrica.
- 2.4. Reduzir os anos de vida potencialmente perdidos por causas externas e doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares e neoplasias)

3 - PRINCÍPIOS POLÍTICOS

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade
- Participação Comunitária

4 - VIGILÂNCIA À SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1. Objetivo

Melhorar a qualidade de vida e de saúde das famílias, a partir da construção de um novo modelo de atenção direcionado para a promoção da saúde.

4.2. Princípios Organizativos

1. Orientação por problema
2. Intersetorialidade

3. Planejamento e programação local

4. Autoridade sanitária local

5. Co-responsabilidade

6. Hierarquização

7. Intercomplementariedade

8. Integralidade

9. Adscrição

5 - AÇÕES ESTRATÉGICAS

5.1. Cooperação Técnica aos Municípios para organização dos Sistemas Locais de Saúde, na visão da vigilância à Saúde da Família.

5.2. Vigilância à Saúde de Família.

5.3. Inversão do Modelo de atenção à Saúde Bucal.

5.4. Inversão do modelo de atenção à Saúde Mental.

5.5. Desenvolvimento do Centro Estadual de Epidemiologia.

5.6. Reorganização da Assistência Farmacêutica

5.7. Formação, capacitação e atualização de Recursos Humanos pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

- Curso de Gerente de Silos.
- Intercâmbio com a Universidade para adequação do currículo para saúde.
- Formação das Equipes da Saúde da Família.
- Capacitação de técnicos para o processo de cooperação aos municípios

(ANDRADE, et al., 1995).

As intenções, as análises e as propostas levam a se torcer e procurar ajudar para que tenha pleno êxito o modelo em tela. Elas recuperam o espírito do IMEP, com certeza. Entre

alguns aspectos, há que se notar a experiência executada com os “líderes de quarteirão”, da época, hoje consubstanciados na prática dos agentes de saúde (MONTEIRO, 1996).

Com certeza a sua aceitação e implantação pelos profissionais e a população, será de grande valia para a saúde pública e para se recuperar uma proposta de formação de profissionais dentro do estilo e da forma pensada e desenvolvida pelo IMEP (MONTEIRO, 1996).

No sentido de refletir sobre esta alternativa de modelo assistencial e procurando ver os erros que foram cometidos em tentativas anteriores, como o Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) do Ministério da Saúde (MS), é fundamental que sejam corrigidas questões de percurso como a do não pagamento dos direitos trabalhistas para os profissionais. No caso dos agentes de saúde a forma terceirizada de pagamento, através de associação de moradores é temerária. Tanto pelo viés meramente trabalhista como pela possibilidade concreta de vir a ser utilizado para fins eleitoreiros (MONTEIRO, 1996; BRASIL, 1976).

Como foi dito anteriormente, citando a Constituição Federal e a Lei 8.080/90, o SUS tem a prerrogativa de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Quem deve definir esta política, a nível de estado, é o gestor estadual do SUS, juntamente com o seu conselho de saúde. Para tanto deveria discutir com os principais órgãos formadores, as Universidades. (BRASIL, 1996a; MONTEIRO, 1995).

Mais que nunca impõe-se resgatar o espírito do IMEP, na perspectiva da integração da formação profissional.

Mais que nunca é inevitável a ordenação e o planejamento conjunto entre as autoridades competentes e a comunidade organizada. A própria proposta de desenvolvimento do novo modelo assistencial carece disso.

Aqui quer se chamar a atenção para a discussão mais aprofundada da questão. Por alguns dados e questionamentos para se refletir sobre a realidade do momento e tomar um

posicionamento crítico, em direção à consolidação e desenvolvimento de um modelo assistencial, colocado à serviço e permitindo a participação da população. É ainda de grande pertinência discutir com os usuários e também com os profissionais, o que se está querendo com esse processo de implantação de novo modelo e como as idéias e formulações estão ocorrendo na vida real. É imperioso não se fracassar mais uma vez e se atribuir este fracasso à falta de compromisso dos trabalhadores em saúde e aos médicos em especial (MONTEIRO, 1996).

Não é de hoje este tipo de acontecimento ocorrer. A existência e destruição do IMEP são provas vivas, na história contemporânea do Ceará.

Alguns debates sobre o tema têm sido levado a efeito até agora, mas urge a ampliação das discussões. A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 regula vários procedimentos ao qual o modelo se propõe.

É oportuno ressaltar o trabalho valioso dos agentes de saúde, do PACS, vindos da própria comunidade e mantendo os seus valores, no seu trabalho educativo, pondo em prática medidas simples e eficientes mas capazes de salvar vidas. Coletam ainda dados de suma importância para o funcionamento e planejamento do sistema. Participam porém, de um programa vertical, com coordenação paralela (MONTEIRO, 1996).

Durante o I Encontro dos Profissionais integrantes do Programa Saúde da Família em março do ano de 1996, constatou-se vir a implantação do Programa sendo feita de forma desordenada e sem planejamento, fugindo muitas vezes das diretrizes estabelecidas a nível nacional e estadual. Há deficiência de profissionais, falta de integração entre os que estão no programa e nas unidades do SUS, sobrecarga de trabalho, constatando-se em muitos municípios número superior de famílias por equipe ao estabelecido pelo programa (uma equipe para cada 800/1.000 famílias – a mesma proporção trabalhada no Distrito Sanitário do IMEP). As condições de trabalho são no geral precárias, ficando muitas vezes

o profissional sem transporte para o seu deslocamento, atendendo em péssimas condições, prejudicando a qualidade do atendimento (MONTEIRO, 1996).

Os profissionais não gozam dos mínimos direitos trabalhistas, ficando a mercê das autoridades municipais, levando a demissões arbitrárias, alta rotatividade, comprometendo mais uma vez a qualidade do serviço prestado.

Pelo envolvimento político, quase obrigatório, onde há mudança de facção ou grupo no poder municipal (geralmente acontece, é quando a oposição vira situação), são demitidas as equipes, salários atrasados não são pagos etc. Emblemático foi a "passeata das malas", ocorrida em determinado município do Estado. O grupo opositor, logo após ganhar as eleições, promoveu passeata, onde seus integrantes carregavam malas, para exemplificar o que iria acontecer com os profissionais da administração findante. Seriam demitidos, teriam de arrumar as malas e ir embora da cidade.

Muitos dos médicos que trabalham nas equipes estão vindo de outros estados atraídos pelas propostas do trabalho, pela remuneração, pelas vantagens (como moradia, alimentação, combustível etc.) e perspectivas oferecidas (alguns já voltaram para casa por terem sido enganados, principalmente em relação ao pagamento: atrasou ou então não foi pago).

Alguns outros são recém formados; mas há os entusiasmados com a formulação do programa, mesmo já estando formados há vários anos.

Está ocorrendo porém desrespeito ao acordado entre os médicos e as secretarias de saúde como:

- atraso no pagamento dos salários (já houve até greve, com duração de quase dois meses, por este motivo);
- não cumprimento de regras estabelecidas nos acordos, a maioria das vezes verbais, e das vantagens prometidas;

- não pagamento dos profissionais, pura e simplesmente (MONTEIRO, 1996).

A formação dos profissionais está muito desvinculada da realidade e das exigências dos serviços de saúde e da população por eles atendida. Necessário se faz que seja dirigida, em termos da orientação e da ordenação, para as necessidades e em consonância com a legislação, de acordo com o SUS (MONTEIRO, 1996).

Estruturas, como o IMEP, são exemplos de como a formação de profissionais da área pode se dar de forma integrada e para as necessidades do Sistema. O anti-exemplo é a abertura indiscriminada de Faculdades, os cursos de finais de semana, promovidos por Universidades privadas de outros estados, onde a desvinculação é total e o objetivo maior é ganhar dinheiro.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à garantia do referenciamento da população assistida no nível primário, pelo programa, para níveis de maior complexidade. Constata-se que os profissionais do PSF, quando se defrontam com problemas mais complexos, sentem-se sem condições de resolvê-los pela incipiência de um sistema de referência e contra referência.

O governo do Estado do Ceará vem estimulando a formação de "Consórcio de Municípios" para garantir a contra-referência de consultas e outros procedimentos especializados. O consórcio é uma saída interessante, mas tira a responsabilidade do gestor estadual caracterizada no Artigo 17 inciso IX, da Lei 8.080 (a Lei Orgânica do SUS) - "identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional" (BRASIL, 1996a).

No tocante à formação de recursos humanos e à sua ordenação, é imperioso que a direção estadual do SUS faça o levantamento completo do número, da distribuição espacial e de quem está formando os profissionais que irão entrar no mercado de trabalho. Indispensável também saber das carências e dos excessos, onde houver, para poder melhor

discutir e deliberar quando da solicitação de aberturas ou fechamento, se for o caso, de escolas ou cursos na área.

Neste ponto deve-se ressaltar a pertinência de experiências, onde os médicos além de trabalharem nas comunidades também dão plantões no Hospital da sede do município. Isto vai possibilitar um maior entrosamento entre os profissionais, facilitando o processo de referência/contra-referência, levando à educação continuada em serviço, permitindo ao profissional acompanhar doentes, por ele mesmo encaminhados, e também sair da rotina das patologias simples e repetitivas, no trabalho diário dentro da comunidade (MONTEIRO, 1996).

Há a necessidade do PSF não ter a perspectiva de competir com o trabalho desenvolvido no Hospital municipal ou regional, mas de se integrar e contribuir para melhor atender à população. A atenção primária não substitui a secundária, complementa-se com ela. Atenção primária sem a garantia da referência e da contra-referência é descumprir o Artigo 196 da Constituição Federal (quando preceitua igualdade e integralidade), e volta-se a insistir no conceito: **é fazer saúde pobre para pobre.**

Quem propõe equipes incompletas, excluindo uma das categorias de profissionais da equipe básica do PSF, por serem mais ou menos difíceis de encontrar no mercado de trabalho incorrem no mesmo erro, age dentro deste propósito. Cada profissional, não importa a sua formação, é importante para o desenvolvimento da atenção e da prestação de serviço à população, integral e com qualidade. Fazer equipes pela metade para gastar menos é desrespeitar a Lei e a Constituição, é, pior ainda, considerar a implantação da “ficção”(?) de Aldous Ruxley - *Admirável Mundo Novo* - como bem quer o governo federal, uma realidade inexorável. É trabalhar, volta-se a insistir e bater na mesma tecla, fazendo **saúde pobre para os pobres** (HUXLEY, 1980).

Os princípios políticos do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária, significam que o modelo não pode prover profissionais

qualificados com condições de trabalho, exames laboratoriais, tomografia computadorizada etc., para uns e para outros não.

Mais uma idéia boa pode não dar certo, não funcionar, por falta da discussão e do debate, por precipitação de quem quer colher o fruto imediato de números, índices e estatísticas, usando-os para outros fins, que não a melhoria da saúde da população.

A efetiva implantação do SUS depende da participação de todos os profissionais de saúde, inclusive e principalmente dos médicos, da união dos esforços e das lutas desses profissionais com as organizações dos usuários. A participação da categoria médica nos Conselhos e Conferências de saúde, através das suas representações, é fundamental para a superação de obstáculos e para a consolidação do SUS (MONTEIRO, 1996).

O Programa Saúde da Família não pode nem deve ser apenas uma simplificação das formas de atenção à saúde. As distorções precisam ser corrigidas e o programa precisa deixar de ser uma proposta vertical, para se integrar aos princípios fundamentais do SUS de integralidade e universalidade. As regulamentações contidas na NOB Nº 1 de 1996 podem vir a permitir que assim aconteça (BRASIL, 1997a).

Não se deve porém concordar com as distorções, às vezes propositais, nem esperar passivamente os fatos acontecerem. É hora de se posicionar, exigir o aprofundamento do debate, o cumprimento das leis e das conquistas da cidadania, procurar corrigir os defeitos, expurgar as falhas visíveis, públicas e notórias no decorrer da implantação do programa e caminhar no rumo apontado pelas soluções discutidas coletivamente, inicialmente nos Conselhos e Conferências de Saúde, para impedir a consolidação das idéias e práticas, que alguns tentam de forma camuflada ou descaradamente implantar na contramão do SUS, ao arrepio da lei, maltratando perversamente os cidadãos.

Fica uma pergunta, se saúde, direitos e dignidade são moeda de pouco valor nessa sociedade, como se poderá, num pensamento predominantemente de mercado, implantar um sistema cujo princípio é atender à vontade pública?

A melhor forma de respeitar a dignidade dos que trabalham no Sistema Único de Saúde é empunhado a bandeira da valorização da saúde pública, remunerando e dando condições de trabalho adequadas para quem nele trabalha. A perspectiva da profissionalização de recursos humanos, no setor público, é incompatível com qualquer forma de contratação que não seja através de concurso público, como vem acontecendo na implantação do PSF e do PACS, onde se transfere a responsabilidade da contratação para entidades não governamentais ou utiliza-se das contratações por tempo determinado autorizadas pelo poder legislativo. Não sendo assim, nunca será um programa, dir-se-ia melhor, uma política permanente, será sempre fluido, imediatista (HERMÓGENES et al., 1997).

Estas alternativas “modernas” de gestão, que se contrapõem aos princípios fundamentais do SUS, são toleradas e até defendidas por alguns de seus atuais dirigentes.

As deficiências do setor deixam espaço para as “flexibilizações”, que abrem as portas dos serviços públicos à terceirização, levando ao surgimento de falsas cooperativas, como as que têm aparecido no Rio de Janeiro e São Paulo, significando, na prática, a transferência da estrutura pública para exploração pelo setor privado - nelas representado por amigos dos detentores das prefeituras e governos estaduais - facilitando a perda de direitos pelos trabalhadores, a instituição de contratos temporários no serviço público e ao ingresso sem concurso e, como conseqüência, ao clientelismo, ao fisiologismo e às demissões arbitrárias (HERMÓGENES et al., 1997).

A Norma Operacional Básica - NOB - 01/96, do SUS, nada fala sobre os recursos humanos, os profissionais, quem fez, faz e continuará o trabalho, mas diz muito sobre gestão, financiamento, modelo assistencial. Quer dizer, as fórmulas e os processos estão prontos, se não forem postos em prática os trabalhadores serão os culpados. No seu item 4, a citada Norma não deixa claro o papel complementar da rede privada, abrindo espaços para a completa privatização da rede pública, possibilitando a terceirização via falsas

cooperativas e a contratação de profissionais por associações não prestadoras de serviço, entre outras. Contratos de gestão, organizações Sociais, “publicização”, criam um modelo de aberração jurídica, um híbrido, nem público nem privado.

3.7. - Pelo Renascimento da experiência do IMEP

No Ceará tem-se uma Universidade Federal, mais de uma Estadual e uma Particular, formando recursos humanos de saúde de nível superior, nas várias áreas. Escolas de segundo grau formando profissionais de nível médio e a vida profissionalizando os de nível elementar. Há ainda a Escola de Saúde Pública, ligada a Secretaria de Saúde do Estado (SESA) ministrando vários cursos de pós graduação.

Os trabalhadores de saúde, os médicos em especial, estão sendo formados mais fora da Universidade, nos Hospitais (cada um com uma orientação diferente da outra, e com objetivos diferentes, dependendo da linha da direção e dos médicos assistentes das diversas clínicas) e agora também na Escola de Saúde Pública.

No primeiro semestre de medicina, o estudante tem uma cadeira, a qual poderia se dizer ser “imepiana”, chamada Fundamentos da Prática e da Assistência Médica, dada pelo NESC, que vai se encontrar outra vez com os estudantes, não só de medicina mas de toda a área da saúde, no último ano, quando do CRUTAC.

3.7.1. - O CRUTAC

É necessário dar uma rápida explicação sobre o referido CRUTAC. Foi criado pela UFC, em 1972, através da Resolução Nº 259 de 28 de dezembro de 1972, o estágio denominado Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária.

Atingia inicialmente diferentes áreas do saber da Universidade – educação, agronomia, engenharia, sociologia, psicologia, medicina, odontologia, entre outras. Fatores múltiplos fizeram que este estágio, há já vários anos, se restringisse aos cursos da área de saúde: medicina, odontologia, farmácia e enfermagem. Sua articulação manteve-se junto à Pró Reitoria de Extensão, através da Ação Comunitária.

Tem como objetivos:

- “a - propiciar ao aluno realizar atividades de extensão na área de saúde de forma interdisciplinar e multiprofissional que integrem a Universidade com os Serviços de Saúde e a Comunidade local;
- b - transformar o aluno num agente capaz de colaborar na implantação do Sistema Único de Saúde a nível municipal, integrando as atividades preventivas e curativas nos diferentes níveis de gerenciamento local;
- c - possibilitar à UFC obter subsídios necessários à permanente atualização do seu programa curricular, a fim de formar um profissional apto a responder às mudanças contínuas na comunidade local e regional;
- d – abrir um canal de comunicação entre a UFC e os municípios de forma assessorá-los nas questões emergenciais na área da saúde”.

O estágio CRUTAC é obrigatório e tem a duração de cinco semanas.

3.7.2. - O NESC

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), é um órgão Interinstitucional, de caráter multiprofissional, criado através da Resolução N°4/88 de 17 de agosto de 1988 da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS). Vinculado ao Centro de Ciências da Saúde tem como principal objetivo, desde a sua criação, congrega instituições de ensino e

serviço, para conjuntamente, desenvolverem tarefas e estratégias na perspectiva de implantação da “Reforma Sanitária”. Com esse intuito tem se proposto a desempenhar atividades de ensino, pesquisa, extensão e assessoria direcionadas com prioridade para o desenvolvimento dos serviços de saúde (CEARÁ, 1988).

Eis a apresentação do “Relatório de Atividades 1996”:

“Criado há nove anos, com a missão de contribuir para a construção do Sistema Único de Saúde no Ceará, o NESC firma-se, no ano de 1996, pelas suas realizações, pelos desafios encarados, e sobretudo pelas perspectivas abertas, como importante instrumento da UFC na âmbito da saúde pública.

Engaja-se na política de abertura à comunidade estabelecida pela atual administração do Magnífico Reitor Prof. Roberto Cláudio da Frota Bezerra, frente a difícil situação em que se encontra a Universidade Pública, no contexto da globalização e sob a referência do neoliberalismo.

Assim, realizamos oficinas de atualização para Secretários Municipais de Saúde, demandadas pelo seu Conselho Estadual (CONSEMS), prestamos assessoria a vários municípios, inclusive o de Fortaleza, e iniciamos uma política de fortalecimento do controle social no SUS, através de oficinas de trabalho para dirigentes sindicais. Na UFC mesmo, apoiamos, de forma decisiva, a reestruturação do Departamento de Medicina Comunitária, estabelecemos relações com a Pró Reitoria de Extensão e reforçamos nosso vínculo com o Centro de Ciências da Saúde” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1996b).

Como dito anteriormente, o NESC coordena e ministra a disciplina, do Departamento de Medicina Clínica, Fundamentos da Prática e da Assistência Médica, obrigatória para o curso de medicina da UFC. O Núcleo tem como objetivo geral da cadeira mostrar ao estudante, recém ingresso na Universidade, a oportunidade de desenvolver uma visão crítica das práticas de saúde, a partir de uma análise social e

histórica. Tenta explicitar o potencial do trabalho médico, ao ser realizado sob a ótica da compreensão dos problemas de saúde, fundados nos determinantes sociais, políticos, culturais e econômicos. Ensina ainda os princípios do SUS e discute a implantação da Reforma Sanitária.

3.7.3. - A Escola de Saúde Pública (ESP/CE)

No “Plano Estratégico 1995 - 1998 é descrita dessa maneira a sua missão:

“É missão da ESP/CE contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população do Ceará, através do apoio às ações da área de saúde e do desenvolvimento de recursos humanos, tecnológicos e gerenciais do setor saúde. Para tanto, a ESP/CE atuará como articuladora do sistema de saúde com órgãos de educação profissional, pesquisa e divulgação, no sentido de favorecer o contínuo aperfeiçoamento de conceitos, métodos, instrumentos e práticas na área da saúde pública” (CEARÁ, 1995a).

Na definição de seus Programas Estratégicos a ESP/CE, um dos pontos tomados em consideração, refere-se às expectativas, dos clientes e parceiros em potencial, quanto aos produtos e serviços a serem oferecidos pela Escola. Considerou também as prioridades da SESA, orientadas pelas grandes metas do Governo Estadual na área, além de demandas de outros órgãos e instituições.

Programa 1. Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde (Melhoria da Gestão do Sistema Único de Saúde nos Diversos Níveis)

Projeto 1. Melhoria da capacidade gerencial a nível de SILOS (Sistema Local de Saúde)

Projeto 2. Capacitação gerencial do nível central da Secretaria Estadual

Projeto 3. Gestão da Qualidade Total em Centros de Referência Estadual

Projeto 4. Difusão de experiências e avanços na construção dos SILOS

Programa 2. Recursos Humanos para um Novo Modelo Assistencial

Projeto 1. Difusão do novo modelo assistencial a ser implantado pelo SUS/Ceará

Projeto 2. Capacitação das Equipes do SILOS

Projeto 3. Residência Médica

Projeto 4. Articulação com os Órgãos Formadores: Reforma do Ensino das Profissões de Saúde

Programa 3. Saúde, Estado e Direitos da Cidadania

Projeto 1. Estudo dos mecanismos governamentais na área da saúde

Projeto 2. Estudo dos mecanismos de participação e representação social

Projeto 3. Pesquisas em Economia da Saúde Pública no Estado do Ceará

Projeto 4. Estudos da Cultura Organizacional

Projeto 5. Pesquisa de Identidade Profissional

Programa 4. Sistema de Informação e Avaliação em Saúde

Projeto 1. Desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde

Projeto 2. Capacitação para a operacionalização do Sistema de Informação

Projeto 3. Difusão da cultura de uso da informação e da pesquisa em serviço

Programa 5. Desenvolvimento Institucional da Escola de Saúde Pública do Ceará

Projeto 1. Desenvolvimento da Equipe Técnica da ESP

Projeto 2. Desenvolvimento de Instrumentos Estratégicos para as Atividades da ESP

Projeto 3. Implantação do Centro de Documentação da ESP

Projeto 4. Cooperações Técnicas Nacionais e Internacionais

Projeto 5. Desenvolvimento de Métodos e Instrumentos Gerenciais

Projeto 6. “Marketing” Institucional (CEARÁ, 1995a).

A ESP/CE se configurou em iniciativa oportuna e extremamente necessária, para o desenvolvimento do Sistema SUS no Ceará. Pode-se dizer que seja uma realização mais que louvável, profundamente meritória. A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) ao concretizar seu funcionamento demonstrou arrojo e comprometimento com a saúde pública.

Uma realidade de tão grande importância para os profissionais de saúde e para o SUS, como é a Escola de Saúde Pública (ESP), deveria ter suas metas e prioridades discutidas com o Conselho Estadual de Saúde (CESAU).

3.7.4 - Departamento de Saúde Comunitária

O Departamento de Saúde Comunitária leciona as disciplinas Estatística Vital e Demográfica, Medicina Social I, II e III (Medicina Preventiva), Saúde Pública, Epidemiologia Especial e Clínica de Doenças Infecciosas para os cursos de medicina, de enfermagem e de farmácia, segundo o Programa de Disciplinas conseguido no Departamento em referência.

Desenvolve ainda o mestrado em Saúde Pública, concentração em Epidemiologia.

- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução desse trabalho analisa e aponta a perspectiva para uma discussão, conjunta e democrática, no sentido do desenvolvimento e da unificação de propósitos e ações para a concretização de uma proposta de modelo assistencial integrado com a formação profissional.

A seguir, afirma-se que, em sua curta existência o IMEP criou um Distrito Sanitário, o primeiro no Ceará, circundando geograficamente a Faculdade de Medicina, em Porangabussu, integrando em seu seio, professores das Faculdades de Medicina (de várias cadeiras e Departamentos), Farmácia, Antropologia, Serviço Social (agregada à UFCe), Enfermagem (não pertencente à Universidade Federal do Ceará), profissionais da SUCAM e da FSESP, dentre outros, como consultores da OPAS/OMS. Levando e apoiando os estudantes dentro da sua estrutura de ensino/serviço/integração com a comunidade, desde o primeiro até o último ano.

Os alunos integravam-se, em todo o decorrer do curso, com as condições de vida semelhante a dos seus futuros pacientes e da maioria da população mais pobre, com uma realidade muito próxima do que iriam enfrentar quando se formassem. Andavam em ruas sem calçamento, com esgotos fluindo pelo meio, conviviam com as condições de pouca higiene das moradias, tomavam conhecimento do cotidiano mais simples da profissão, como atender pessoas afetadas por verminoses, diarreias, amigdalites, pneumonias, dismenorréias e não somente as complicações raras (também muito válidas de serem aprendidas), que se viam e se vêem no Hospital das Clínicas e outros Hospitais de ensino.

Segue mostrando a necessidade dos alunos terem, curricularmente, uma formação geral como médico e noções de como ver o ser humano de forma integral e inserido no ambiente físico e na sociedade, determinantes importantes no processo saúde/doença.

Constata ser, este tipo de formação básica, de crucial importância, pois o mesmo dá a oportunidade de se ter a devida e correta dimensão para se tratar as pessoas, os seres humanos e não apenas as doenças, ao contrário da maneira clássica como os livros e os compêndios, em sua maioria estrangeiros, ensinam. Mostra a doença como um acontecimento na vida de uma pessoa, sentindo e acompanhando o doente, e não apenas o “caso clínico”, dentro de um contexto bio-psico-social.

O momento atual vivido pela saúde pública no Brasil expressa-se pela busca de fórmulas e maneira para se implantar, apesar das imensas dificuldades, com inimigos disfarçados e francos, inclusive dentro do próprio governo, um sistema de saúde proposto como universal e igualitário e com participação da sociedade na definição das políticas. É ainda o instante, em razão mesmo de sua implantação, onde se busca mudar o modelo assistencial.

Verifica que há ainda queixas generalizadas por parte dos gestores municipais, que concentram-se na dificuldade de recrutar profissionais de saúde, os médicos em especial, alegando não terem os mesmos compromisso com o povo, de serem desvinculados da realidade. Afirmam, estes dirigentes, que estes profissionais quando se dispõem a ir para o interior, o fazem apenas de forma transitória e temporária e com exclusiva motivação financeira, para logo em seguida voltarem à cidade grande, a Capital, fazer residência médica.

Urge uma reflexão sobre como manter pessoas de classe média, em sua maioria nascidas e criadas na cidade grande, ou onde viveram pelo menos os últimos dez anos, cativas de determinadas facilidades proporcionadoras de uma relativa qualidade de vida, no interior, em comunidades extremamente carentes, onde nem grande parte dos que nasceram e se criaram lá permanecem muito tempo, aproveitando a primeira oportunidade para virem morar nas periferias da cidade grande, com raras exceções. Portanto, fixar

médicos no interior merece uma maior preocupação e estudo por parte dos gestores, das Universidades, como formadoras, e das entidades representativas da categoria.

Senão, ao refletir sobre citação de documento da FEPAFEN (Federação Pan-americana de Associações das Faculdades de Medicina) à página 36 desta tese, que propõe... “uma medicina integral, de família e comunidade e de equipe, consoante à patologia regional, e que leve em conta a organização social da comunidade e o papel de liderança do médico”..., além do INFORME FINAL da *IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina* realizada no Rio de Janeiro de 07 a 12 de novembro de 1976, quando o IMEP ainda existia, e que contou com a presença de representantes e observadores de Escolas da Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, México, Porto Rico e Venezuela, e funcionários da OPAS/OMS, que contém, entre outros, estes conceitos e conclusões sobre atenção primária e recursos humanos:

Este primer nivel de atención de la salud, aunque se caracterice por utilizar una tecnología médico-sanitaria simple, es, en si, muy complejo por lá intrincada causalidad social que generan sus problemas y la conseguinte variedad de acciones directas e indirectas necesarias para resolverlos.

Asimismo, debe considerarse requisito fundamental de la organización de un nivel primario de atención su integración dentro de un sistema escalonado de servicios de salud, com unidad de conducción, que sirva de apoyo a sua labor, asi como de adecuada referencia para los problemas que rebasen la capacidad resolutiva del primer nivel.

Es necesario tener en cuenta que el desarrollo del nivel primario no debe surgir como “remiendo” precario a los vicios del sistema de atención vigente, sino como dinamizador de su reforma, por la necesidad de modificaciones que provocarán las nuevas demandas emergentes.

Dentro de las prioridades de acción, aparecen como generalizables para la Región las actividades preventivo-curativas de los programas de atención maternoinfantil, la atención de patologías infecciosas, variables según regiones, las urgencias médico-quirúrgicas más frecuentes, el saneamiento del ambiente y la educación para la salud.

El profesional médico apropiado para el nivel primario de atención en cualquier medio, puede caracterizarse como un generalista adiestrado en la solución de los problemas complejos que plantea la íntima relación de los aspectos clínicos con la ecología natural y social propia de cada grupo humano. Su variedad de conocimientos y destrezas, así como el tipo de motivación y actitud que requiere el nivel, obligan a proveer programas especiales de capacitación para el mismo.

Se considera muy recomendable la integración de la docencia en todos los niveles del sistema de atención, tanto por su función educativa como por su efecto estimulante sobre los servicios. Ello seguramente redundará también en influencias significativas para una revisión de los currículos tradicionales de las distintas profesiones y oficios de la salud.

En el caso particular del personal que se desempeñará en el nivel primario, es fundamental que reciba su capacitación en la misma área donde habrá de realizar su tarea o en medios similares, evitando las distorsiones observables por su preparación en niveles de mayor complejidad tecnológica y problemática diferente. En todas sus categorías debe asegurarse un proceso programado de educación continua después de su incorporación al servicio.

Este **INFORME FINAL**, transcrito na íntegra, se faz necessário, visto que em sua abordagem está contida toda uma síntese das precauções a serem tomadas ao se desenvolver uma estratégia de modelo assistencial para implantação do SUS, como são o

PSF e o PACS, explicitamente propostos na NOB N°1 de 1996, como novo modelo assistencial. Estas recomendações consensuadas neste INFORME, escrito há 21 anos atrás, são como que um “grito de alerta” a todos os que se propõem ou estão desenvolvendo um trabalho que leve ao pleno atendimento do que a sociedade conseguiu escrever no artigo 196 da Constituição. É uma forma de tentar-se mostrar não serem as soluções da chamada “medicina simplificada”, dos “médicos de pés descalços” das propostas de equipes incompletas para o PSF, a maneira mais correta de levar saúde à população, nem de cumprir, volta-se a repetir, o que a sociedade conquistou na preceituação do artigo 196 da Constituição (BRASIL, 1988; BRASIL, 1997a).

Em sua entrevista, a Dra. Maria Auxiliadora de Souza informa que ... “No distrito sanitário habitava 5% da população de Fortaleza, distribuído em 5 zonas numeradas de 1 a 5; cada zona constituída de 700 a 1000 famílias (ANEXO II - 3). Para cada uma tinha uma equipe de saúde: um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de saneamento e as agentes de saúde que naquela época eram chamadas de líderes de quarteirão. A família era numerada e tinha dia estabelecido para a visita ao centro de saúde de acordo com a região que pertencia e sabiam antecipadamente quantas seriam atendidas. As que não freqüentavam no dia estabelecido então a equipe se preocupava e fazia a visita. Este trabalho era feito pela enfermeira e a auxiliar de enfermagem ficava auxiliando o médico no centro de saúde” (ANEXO I - ENTREVISTA 2).

O tipo de organização da prestação de serviços de saúde em: distrito, zona, 700 a 1000 famílias por equipe de saúde, equipe esta composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de saneamento e uma líder de quarteirão; família numerada, consulta agendada, muito se assemelha com o que se tenta fazer hoje com o PSF.

Estas reflexões mostram a ligação que existe entre a discussão, posta na ordem do dia, sobre a formação dos profissionais de saúde e o novo modelo assistencial. Vê-se que

esta problemática não tem nada de nova, muito menos ainda o seu encaminhamento. Mostra ainda que o Ceará com o IMEP, foi um pioneiro no encaminhamento de soluções tidas como novas ainda hoje, mas que durante a sua existência eram encaminhadas com sucesso.

Consultando-se relatórios da OMS/OPAS, como o que se encontra no ANEXO III, datado de 15 de maio de 1964, vê-se o entusiasmo e o apoio dado ao trabalho desenvolvido pelo IMEP e ao seu idealizador e primeiro diretor, o Dr. Joaquim Eduardo Alencar, além da Dra. Maria Auxiliadora, então chefe do Centro de Saúde do Instituto.

De conformidade com este Relatório, se vê que o IMEP mostrava a sua desenvoltura e o seu desenvolvimento num trabalho plenamente satisfatório, segundo a avaliação da OPAS/OMS. Estruturas internacionais estas que se preparavam, à época, para continuar investindo e se envolvendo ainda mais com o Instituto. Em vários outros documentos, contidos nos Anexos, isto fica patente.

Pergunta-se, por que então foi destruído?

Por que, como diz o Dr. Júlio Maria de Araújo Lima à sua entrevista, "...o trabalho do IMEP incomodava na época... nós vivíamos um estado de exceção e muita gente que não gostava do IMEP, passou a fazer um trabalho junto às autoridades... minando as atividades do IMEP, como atividades que envolvia lideranças a coisa não era bem vista...houve todo um trabalho para retirar o IMEP de lá, porque o prédio não era nosso, trocaram o administrador...pressões; o IMEP deixou de ter facilidades para estabelecer convênios; Dr. Alencar foi perseguido...existia uma coisa, parte da filosofia do IMEP, no meu entendimento, é que o IMEP geraria, fatalmente a Escola de Saúde Pública e isso também incomodava..." (ANEXO I – ENTREVISTA 7);

Por que, segundo Dra. Maria Zélia Rouquayrol em sua entrevista, "...o Dr. Murilo Martins na hematologia deu um vulto muito grande ao IMEP, a ponto de crescer os olhos de invejosos, quando chegou a revolução de 1964."; ou por que, conforme o Dr. Manassés Claudino Fonteles, "...pessoas que tinham inveja do que se fazia ali; havia o senso de se

cultivar a excelência...” “...a Universidade falhou pois as pessoas que deram continuidade ao IMEP, depois que Dr. Joaquim Eduardo de Alencar foi preso e deixou o país, e que deveriam tê-lo mantido não tiveram a força política ou desejo científico de fazê-lo...”

(ANEXO I – ENTREVISTA 12; ENTREVISTA 8).

São questões que permanecem.

Por outro lado, olhar criticamente o passado recente, no caso específico do IMEP, revela a atualidade da temática da medicina preventiva e da saúde pública no Brasil, bem como a necessidade da redefinição da formação do médico e dos demais profissionais da área, nos moldes encaminhado pelo IMEP.

Mantém-se o processo de reflexão e chega-se em algumas entrevistas, umas constatando ou desejando, outras propondo soluções para a necessidade do renascimento de algo semelhante ao IMEP:

Dr. Manassés Claudino Fonteles, “...Gostaria de ver resgatado o conceito de instituto. Estas experiências de instituto tanto internacional como nacionalmente, as que sobreviveram, são modelos hoje. Tem-se como exemplos os Institutos Butantã, Oswaldo Cruz e Biológico. A UFC começou correta, depois fragmentou-os nos departamentos. O instituto aglutinava e os departamentos desaglutinaram, na época, vem aí a grande crítica. Com grande entusiasmo gostaria de ver a UFC recompor os institutos. Como estudante, havia um senso de corpo....de união, éramos pobres, mas éramos unidos... deveria ser premiada a competência”. “...Quando o IMEP acabou, vieram os departamentos, a fragmentação e o enfraquecimento; demorou mais de 10 anos até que a farmacologia viesse a se tornar o grande líder da ciência na faculdade de medicina. O trabalho que era feito pelo IMEP e um pouco pela patologia teve um declínio e aí despontou a farmacologia. O IMEP pesquisava e publicava muito na revista “O Hospital”, na Revista Brasileira de Malariologia e na Medicina Tropical, nos arquivos de Manguinhos e várias

outras revistas. Tinha estrutura laboratorial de bioquímica, imunologia, microbiologia e para fazer fotografia.” (ANEXO I – ENTREVISTA 8);

Dr. Gilmário Mourão Teixeira, assim se reporta em sua entrevista: “Eu acho que é um avanço e até uma retomada (do IMEP) nesse momento seria de suma importância, porque desde cedo se estabelece essa relação do aluno não só com o paciente (relação paciente x médico), mas uma relação família x médico; grupo social x médico, porque é uma relação muito mais importante, mais extrema, muito mais universal, do que uma simples relação individual paciente x médico.” (ANEXO I – ENTREVISTA 6);

Dra. Maria Zélia Rouquayrol, assim se coloca em determinado trecho de sua entrevista: “... nota-se que a idéia do Dr. Alencar não morreu. Já está havendo integração do NESC com o Departamento de Saúde Comunitária, retomando a idéia do Dr. Alencar de integração e de interdisciplinariedade.” “...O NESC deve vir para cá, para o departamento. Há uma disposição de se unir a Escola de Saúde Pública o NESC e o Departamento. A Escola de Saúde Pública é guindaste do Ceará para projetar no Brasil a Saúde Pública porque o nosso departamento não tem força e a escola tem forças para isso.” (ANEXO I – ENTREVISTA 12);

Dr. Júlio Maria de Araújo Lima afirma em sua entrevista, “...O IMEP serviu de embrião da Escola de Saúde Pública. O CRUTAC, para mim, hoje, eu considero o CRUTAC uma farsa porque naquele tempo o professor também ia participar...hoje no que é que se resume o CRUTAC, você vai no hospital do Dr. Fulano, lá do interior...e vai fazer trabalho médico sem nenhuma orientação...” “...O estudante perdeu com a extinção do IMEP, a comunidade e os professores também”. “...Quem lucrou com a extinção do IMEP foram os inescrupulosos. O curso de saúde pública, junto com o IMEP seria o embrião da Escola de Saúde Pública. O IMEP era da Universidade. O ensino integrado era fundamental. A Escola de Saúde Pública devia fazer convênio com a Universidade”. (ANEXO I – ENTREVISTA 7);

O Dr. Walter de Moura Cantídio discorre desta maneira em sua entrevista:

“...A Escola de Saúde Pública do Estado vai terminar sendo uma continuação do IMEP, sem querer. Com a extinção do IMEP houve uma lacuna: a parte epidemiológica das matérias ficou esquecida. A Faculdade de Medicina deveria procurar uma integração com a Escola de Saúde Pública para uma complementação porque sai um médico sem muita visão de saúde pública. Na época do IMEP havia uma integração com vários cursos, com o pessoal da parasitologia, imunologia, da clínica, pediatria e o estudo de certas doenças como o calazar. Deve ser retomado, não podem ser isoladas duas escolas tratando da mesma coisa”... (ANEXO I – ENTREVISTA 3);

O Dr. Ernesto Pinho Pessoa, no decorrer de sua entrevista diz: “Houve um curso de especialização em saúde pública em 1978, depois foi feito convênio com a Fundação Osvaldo Cruz. Várias pessoas fizeram esse curso. Então criaram o NESC, sem levar em conta a experiência anterior e posteriormente a Escola de Saúde Pública, vinculada politicamente ao Governo do Estado. No IMEP havia a integração. Realizava-se exame anatomopatológico, tratavam-se doenças infecciosas com Dr. Valdemar Benevides e Dr. Cajati, trabalhava-se muito, de forma integrada, sem horário, com dedicação, o objetivo principal não era o dinheiro. O NESC, apesar de funcionar no mesmo prédio do Departamento de Medicina Preventiva não tinha nenhuma integração. Vale ressaltar que quem dispunha de recursos financeiros era o NESC e o Departamento, não tinha nenhum recurso, não havia colaboração nem com os professores. Atualmente, com a vinda de professores novos está havendo um início de aproximação com o Prof. Ricardo Pontes, da Dra. Lígia Kerr Pontes e da Dra. Zélia Rouquayrol. A maioria dos professores da medicina social tinha se aposentado e este pessoal novo deu uma revitalizada no departamento, começando o mestrado, cuja aula inaugural foi com a Dra. Auxiliadora. Há uma tentativa de integração. Hoje quando o aluno de medicina termina não tem condições de ir para o

interior e exercer a profissão, porque não tem a prática, sai com muita teoria e pouca prática, e mais de hospital, mais especializada” (ANEXO I – ENTREVISTA 4).

Chega-se nesse ponto, depois de trazer estas várias maneiras de encarar o IMEP, os seus desdobramentos e as possíveis maneiras de uma sua retomada, sempre visando a formação de profissionais dentro de uma realidade de mudança de modelo assistencial em que o conflito principal que se coloca é trabalhar de maneira a atender e prestar um serviço integral e com qualidade, como está consubstanciado na Constituição Brasileira depois de muita luta e mobilização da sociedade e das entidades de profissionais de saúde, ou fazer saúde pobre para pobre como querem os dirigentes do país.

Assim e citando frase grifada da página 37 deste trabalho, retirada das “Discussões técnicas da XXII Reunião do Conselho Diretivo da OPAS”, em 1974, que diz ... *“la universidad es la institución más apropiada para estudiar las maneras de prestación de servicios y los métodos para que sean accesibles con el objeto de que se desarrollen los planes mejores o más efectivos para la organización y la prestación de la atención médica.”*..., tem-se a visão de que a experiência do IMEP de integração, interdisciplinariedade, distrito, saúde da família, trabalho em equipe, líder de quarteirão (agente de saúde), pesquisa, efervescer de idéias só É possível dentro de uma estrutura como a Universidade. Na Escola de Saúde Pública, apesar de sua grande importância para o desenvolvimento da saúde pública no estado, como já se disse anteriormente, não seria possível pela sua vinculação umbilical com o governo do estado e com a Secretaria de Saúde (... “como de resto todo o Plano Estratégico, serão submetidos à Secretaria de Saúde”... (CEARÁ, 1995a), ou ... “em sintonia com as prioridades governamentais no plano de saúde”... (CEARÁ, 1995a), uma prestadora de serviço e além de tudo a gerenciadora do SUS no estado.

A ESP, executa a política de saúde do governo, qualquer que seja ele. Hoje a política é o PSF, gerenciamento de sistemas locais de saúde, agentes de saúde, entre outros.

A Universidade tem de lidar com a formação dos estudantes dentro de uma perspectiva universal, mais abrangente. Não pode ficar restrita a formar profissionais para o PSF, sua responsabilidade é maior. Ela tem de graduar, por exemplo o médico. O médico tem de ser formado com uma visão dos problemas de saúde da comunidade das cidades e do interior, da legislação sanitária do país etc. Deve ter uma formação integrada e integral, não fragmentada, deve se formar médico com capacidade de ir exercer o seu mister tanto no PSF como num hospital, de ir fazer residência de clínica médica, de pediatria, de cardiologia, de neurocirurgia, de medicina geral comunitária ou qualquer uma das demais que desejar. A Universidade, no exemplo em tela, tem de formar médico que tenha conhecimentos da realidade, dos problemas de saúde da cidade e do campo; se ele vai para o PSF ou fazer residência é uma outra discussão. É a discussão que se põs sobre a ordenação da formação de recursos humanos, em conformidade com o que prevê a legislação e a Constituição Brasileira.

Volta-se a afirmar, a Universidade deve educar o estudante como enfermeiro, farmacêutico, médico, odontologista, para ser um profissional com conhecimento da realidade e capaz de se inserir dentro das várias opções que lhe são apresentadas para trabalhar, com a consciência maior sobre ter de empregar seus esforços como profissional em benefício da saúde da comunidade e não determinado pura e simplesmente pelos valores do mercado ou submetido aos equipamentos ou aos proprietários dos mesmos.

O NESC, com a criação da Escola de Saúde Pública, poderia avançar no processo de integração com o Departamento, bem como levar a cadeira de Fundamentos da Prática e da Assistência Médica e o CRUTAC, ou ainda ser a estrutura da Universidade semelhante ao IMEP.

Como formar profissionais dentro de uma perspectiva concreta de mudança de modelo assistencial fora da Universidade? Por que não ver as experiências anteriores,

como a do IMEP, que partindo da Universidade Federal, trabalhava e integrava-se com Escolas fora dela?

Como disse Dra. Zilmar Fontenele e Silva “Agora, que o trabalho era bonito, era. E que funcionava, funcionava” (ANEXO I – ENTREVISTA 10).

Para encerrar, como no princípio deste trabalho e também no formato de poesia, constato as minhas limitações:

ao conjugar os verbos

na vida

alguns há

que são presente

outros futuro

tem porém

os presos ao passado

são perfeito

ou até mais que perfeito

eu

transitando e convivendo

com todos eles

me conjugo imperfeito

27 08 97

chico monteiro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEM, S.F. “EPPUR SE MUOVE” - O Tempo, A história. Debates Reg. História, Pesquisa e Ensino. n.1, p.1 - 27, 1993.
- ANDRADE, F. M., JEREISSATI, T. R., SOUZA, A . Q. et al. Saúde da família um novo modelo de atenção. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 1995. (Folder).
- AROUCA, A.S. da S. O dilema preventivista, contribuição para a compreensão da medicina preventiva, Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- AS MISERICÓRDIAS: Ontem, hoje e amanhã. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS MISERICÓRDIAS, 2, Caldas da Rainha, 1986. Notícias, comunicações e imagens... Lisboa, 1986.
- BARBOSA, J.P. História da saúde pública do Ceará: da Colônia a Vargas. Fortaleza: Edições UFC, 1994.
- BATISTA Jr., P.N. “Globalização” e administração tributária. Princípios, v. 46, p. 6 - 15, ago./out. 1997.
- BERLINGUER, G. Medicina e Política. Tradução por Pe. Bruno Giuliani. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1978. 199p.
- BRAGA, J.C.S., PAULA, S.G. de. Saúde e previdência: estudos de política social. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1986. 224p.
- BRASIL, Constituição (1988) Constituição: República Federativa do Brasil. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 1988. p. 127 – 128.

BRASIL, Decreto nº 78.307 de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Brasília, 1976. Mimeografado.

BRASIL. Leis etc. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. In: MUNICIPALIZAÇÃO da Saúde: a opção do Ceará, 3. ed. Fortaleza, 1996a. p. 13 – 31.

BRASIL. Leis etc. Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990. In: MUNICIPALIZAÇÃO da Saúde: a opção do Ceará, 3. ed. Fortaleza, 1996b. p. 35 – 37.

BRASIL. Leis etc. Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993: Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência - INAMPS, e dá outras providências. Lex. Leg. Federal, 1993a. p. 603 – 606. Fotocópia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/93. Brasília, 1993b.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/96. Brasília, 1997a.

_____. 1997 O Ano da saúde no Brasil. Ações e metas prioritárias. Brasília, 1997b.

CAMPOS, F. Eduardo (Coord.). Investigação Nacional sobre o ensino da medicina preventiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ - PESES, 1976.

CEARÁ. Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS – CE. Resolução CIS/CE Nº 04/88. Diário Oficial (Estado do Ceará – Brasil) nº 14889 (Parte I) Fortaleza, 24 de agosto de 1988. p. 5.

CEARÁ. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. Plano Estratégico: 1995 - 1998. Fortaleza, 1995a.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Saúde da família: um novo modelo de atenção. Fortaleza, 1995b. Não paginada. Fotocópia.

- COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC. Relatório de atividades 1988/1992. Fortaleza. Fotocópia.
- CONFERÊNCIA DE ESCOLAS DE SALUD PÚBLICA DE AMERICA LATINA. 9, 1976. Rio de Janeiro. Informe Final. Ed. Med. Salud, v. 11, n. 1, p. 60 - 71, 1977.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília. Anais... Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- COSTA, N. do R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.
- DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil - A década de 70. In: Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro, ABRASCO, 10-35, 1983.
- FONSECA, C.D. da. História e actualidade das misericórdias. Editor: Francisco Loyon de Castro. Portugal, Nov. 1995.
- FREITAS, M.A. Conceito e evolução da medicina preventiva e saúde pública aplicada ao ensino. Rev. Fac. Med. Univ. Ceará, v. 5: 3-7, Fortaleza-Ce, 1965.
- GARCIA, Juan Cesar. La educacion médica en la América Latina. Washington. OPS, 1972. (Publicacion Científica, 255).
- GENTILE, M.C. de. O Sistema de saúde uma crise. 2. ed. São Paulo: 1981.
- HERMÓGENES, J.A., FEGHALI, J., PARDELLAS, F. O PC do B e a questão da saúde. Brasília, 1997.
- HOLANDA, M.S. Clube de mães do Instituto de Medicina Preventiva. Centro de Saúde. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Instituto de Medicina Preventiva. O

ensino da Medicina Preventiva na Universidade Federal do Ceará: resultado de uma experiência de 8 anos. Fortaleza, 1967.

HUXLEY, A. Admirável mundo novo. São Paulo: ed. Victor Civita, 1980.

LAURELL, A.C. El Estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cadernos Médico-Sociales, v. 37, p. 3 - 18, 1986.

LEAVELL, H., CLARK, E.G. Níveis de aplicação da medicina preventiva. In: _____ .
preventiva. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil, LTDA. 12 - 24, 1976.

MACHADO, R., LOUREIRO, A, LUIZ, R, MURYCI, K. A danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MASCARENHAS, R. dos S., RAMOS, R. Evolução histórica da saúde pública. Ver. Serv. Saúde Publ., v. 12, n. 2, p. 5 - 47, 1966.

MONTEIRO, F.C.D. Implantação do Sistema Único de Saúde no Ceará. Uma análise. Monografia (Disciplina: Políticas, Organização, Planejamento e Avaliação de Serviços de Saúde). Fortaleza. 1994. 31 f.

MONTEIRO, F.C.D. O modelo assistencial e os recursos humanos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996. Brasília. Tema Livre...

NUNES, E.D. A medicina no Brasil: um estudo de sua trajetória. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1988. P. 97 – 111. (Estudos de Saúde Coletiva, 5).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Ensenanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiência Latinoamericana, Washington, D.C., 1976.

RODRIGUES, B. de A. Fundamentos de administração sanitária. 2. ed. Brasília 1979.

RODRIGUES, B. de A., ALVES, A. L. Evolução institucional da saúde pública. Brasília: 1979.

- ROSEN, G. Uma história da saúde pública. Tradução por Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Unesp/Abrasco, 1994. 423 p.
- SILVA, G. R. da. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 91 - 96, mar./abr. 1973.
- SILVA, M. J. da. Agente de saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.
- SINGER, P., CAMPOS, O.E.O., ELIZABETH, M. de. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forence Universitário, 1978.
- SOUZA, M.A. Aula Proferida na Instalação do primeiro Curso de Mestrado de Saúde Pública no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, Março, 1994 . Fotocópia.
- TEIXEIRA, S. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes, E.D. (org.) As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 87 - 109, 1985.
- THEÓPHILO, R. Variola e vacinação no Ceará. Edição fac-similar. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara. 1997. 244 p. (Biblioteca Básica Cearense).
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Ante-Projeto do regimento interno. Fortaleza, 1988.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC. Relatório de atividades 1994. Fortaleza, 1994.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC. Relatório Anual de 1996. Fortaleza, 1996a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC. Relatório de atividades. Fortaleza, 1996b.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Centro de Ciências da Saúde. Origens e objetivos do núcleo de estudos em saúde coletiva. Áreas de atuação. Fortaleza, 1995. Fotocópia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Encontro sobre medicina comunitária e ensino. Relatório Final. Fortaleza, 1976. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Departamento de Higiene e Medicina Preventiva. Relatório das atividades no ano de 1963 e programa para o ano de 1964. Fortaleza, 1964. 16p. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Instituto de Medicina Preventiva. O ensino da Medicina Preventiva na Universidade Federal do Ceará: resultado de uma experiência de 8 anos. Fortaleza, 1967. Paginação irregular. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Departamento de Saúde Comunitária. Relatório das Atividades do PIESC – 1986. Fortaleza, 1986. 6p. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Departamento de Saúde Comunitária. Relatório das Atividades do PIESC – 1990. Fortaleza, 1990. Sem paginação. Mimeografado.

VIEIRA, M.P.A, PEIXOTO, M.R.C, KHOURY, Y.M.A. A pesquisa em história. 3. ed. São Paulo: Ática, 1953. 80p.