

Divórcio entre teoria e prática: o sistema de treinamento em saúde pública nos Estados Unidos*

Divorce between theory and practice:
the system of public health training in the United States

Elizabeth Fee¹

Abstract *Many analysts have complained about the severe disconnect between public health as it is taught in schools of public health and public health as it is practiced in health departments. At least in the United States, few faculty members teaching in schools of public health have ever worked in public health departments. By the same token, few of those working in public health departments have degrees from schools of public health; most receive on-the-job training. This history traces the roots of this disconnect or “divorce between theory and practice.” It finds that the 1930s were the prime years of community-based public health education, when the pressure of the Depression and the funding newly made available from the federal government by New Deal legislation encouraged practical training programs linked to local communities and health departments. The “divorce” began in the post-war period as an unintended consequence of the system for funding medical education and research at a time of general unpopularity of public health during the McCarthy era. Schools of public health were generally ignored in the 1950s and they began to adapt the strategy that continues today, of using research grants, primarily from the National Institutes of Health, to grow their faculty and facilities.*

Key words *Education, Public health, Practice, History, United States*

Resumo *Muitos analistas têm criticado a profunda separação entre saúde pública como é ensinada nas escolas de saúde pública e a praticada nos órgãos governamentais. Nos Estados Unidos, muitos membros do corpo docente de escolas de saúde pública jamais trabalharam em órgãos de saúde pública, poucos dos que trabalham em órgãos públicos têm certificados de escolas de saúde pública e a maioria recebe treinamento no local de trabalho. Este artigo busca identificar as raízes desta separação ou “divórcio entre teoria e prática”. Mostra que a década de 1930 foi o principal período da educação em saúde pública voltada à comunidade, quando o peso da Grande Depressão e a verba disponibilizada pelo governo federal através da legislação do New Deal incentivaram programas de treinamento prático vinculados a comunidades locais e órgãos públicos. O “divórcio” teve início no período do pós-guerra como uma consequência não intencional do sistema de alocação de verbas para a educação médica e a pesquisa, em um momento de impopularidade generalizada da saúde pública durante a era McCarthy. As escolas de saúde pública eram, de modo geral, ignoradas na década de 1950 e começaram a adaptar a estratégia ainda vigente de usar verbas federais de pesquisa para ampliar seu corpo docente e instalações.*

Palavras-chave *Educação, Saúde pública, Prática, História, Estados Unidos*

* As opiniões expressas nesse artigo são da autora e não necessariamente refletem as da Biblioteca Nacional de Medicina ou dos Institutos Nacionais de Saúde.

Tradução de Annabella Blyth e revisão técnica de Carlos Henrique Paiva e Gilberto Hochman.

¹ History of Medicine Division, National Library of Medicine, National Institutes of Health. 8600 Rockville Pike Building 38, 1E 21. 20974 Bethesda MA USA. fee@mail.nlm.nih.gov

Nos últimos cinquenta anos ou mais, tem havido um coro de críticas sobre a educação em saúde pública nos Estados Unidos¹⁻³. O principal problema que os analistas têm observado repetidamente é que existe um profundo distanciamento entre a saúde pública como é ensinada nas escolas de saúde pública e a saúde pública como é praticada nos órgãos públicos de saúde. Um visitante de Marte poderia imaginar que escolas de saúde pública existem para treinar homens e mulheres para a prática da saúde pública. Mas nós, que passamos muito tempo das nossas vidas em escolas de saúde pública, sabemos que isto não é verdade. Os membros do corpo docente das escolas de saúde pública estão lá, em sua maioria, para fazer pesquisas e para captar dólares para pesquisa. Qualquer atividade educacional por eles assumida é um assunto secundário. E “prática” ou “serviço” vem em um distante terceiro lugar. Uma grande quantidade de membros do corpo docente não tem idéia do que acontece nos órgãos públicos de saúde.

Nas escolas de saúde pública dos Estados Unidos, a maioria dos membros do corpo docente é de cientistas e pesquisadores com diploma de doutorado. Poucos têm qualquer experiência de trabalho fora da academia, muito menos nos órgãos de saúde de cidades ou estados. Não é de surpreender que tenham pouco interesse em se envolver com o trabalho prático das agências de saúde pública. Muitos deles, especialmente nas disciplinas centradas em laboratório, têm pouco conhecimento ou interesse na política nacional ou nas políticas públicas, ou então vêm a política meramente como algo desagradável, que contamina a correta e ordenada busca do conhecimento. Até cientistas sociais e behavioristas estão, em geral, mais interessados nas suas metodologias estatísticas do que nas confusas artes da organização, formulação e defesa de políticas públicas. E também não são encontrados com frequência nas escolas, clínicas, igrejas e organizações comunitárias das áreas degradadas das cidades nas quais moram.

Do ponto de vista dos membros do corpo docente de escolas e programas de saúde pública, há pouco tempo para a multiplicidade de coisas que já são pressionados a fazer. Precisar captar recursos para pagar a maior parte do próprio salário e escrever propostas para obter verba para cobrir custos de pesquisa, assistentes, secretárias, estudantes, equipamento e outras necessidades de pesquisa, ocupa uma enorme quantidade de tempo. Todas as outras atividades tornam-se luxo. É apenas em raras ocasiões, e mais ou menos por

acaso, que escolas de saúde pública abrigam intelectuais ou defensores da causa da saúde pública.

Se as escolas de saúde pública se transformaram, basicamente, em institutos de pesquisa, onde os estudantes aprendem a arte de preparar projetos de captação de recursos e de escrever artigos científicos, como se encontram os órgãos locais de saúde pública? Em geral, seus funcionários são pessoas com escasso treinamento em saúde pública – pessoas que aprendem sobre os processos e problemas da saúde pública no trabalho. Alguns têm diplomas científicos, de medicina, de enfermagem ou de engenharia, que podem ser relevantes para seu trabalho, mas a combinação entre as credenciais e as tarefas é, geralmente, aleatória. É claro que não se supõe que todos os membros de um órgão local de saúde terão se graduado em uma escola de saúde pública reconhecida. Os salários na saúde pública são baixos e as pressões políticas são freqüentemente fortes. Muitos órgãos de saúde pública sobrevivem em um estado mais ou menos permanente de crise, enfrentando o corte de verba mais recente e aguardando o próximo. Seu contato com as escolas de saúde pública é, provavelmente, esporádico – um ciclo de palestras aqui e ali, ocasionalmente um projeto conjunto. Em resumo, existe muito pouca conexão entre as escolas de saúde pública e a prática da saúde pública.

Como aconteceu este divórcio entre a teoria e a prática na saúde pública? Como e por que este estado de coisas chegou a acontecer? Estas são perguntas que tentarei responder ao longo deste artigo.

No final do século XIX, quando as cidades e os estados estavam admitindo funcionários para a saúde pública, não havia padrões profissionais estabelecidos. As lideranças da saúde pública eram, em geral, pessoas como Hermann Biggs – médicos com mentalidade pública que, paralelamente, mantinham seus lucrativos consultórios particulares e se dedicavam à saúde pública como uma atividade basicamente voluntária. A grande maioria dos que ocupavam postos na saúde pública era composta por médicos atuantes, que podiam ser chamados em tempos de crise para orientar o enfrentamento de doenças epidêmicas, mas que, de outro modo, estavam plenamente envolvidos em cuidar dos seus próprios pacientes. Ou podiam ser engenheiros sanitaristas, responsáveis por abastecimento de água, esgotamento sanitário e limpeza urbana.

Foram as lideranças da filantrópica Fundação Rockefeller que, no início do século XX, assumiram a tarefa de criar uma profissão separada

para a saúde pública. Na sua campanha de erradicação da ancilostomíase no sul dos Estados Unidos, descobriram que médicos e funcionários de horário parcial faziam um trabalho precário na erradicação do “germe da preguiça”, como era chamada a ancilostomíase⁴. Os médicos do sul rural não gostavam dos ianques do norte, se ressentiam de receberem ordens e geralmente se recusavam a acreditar que a ancilostomíase fosse um problema sério. Wicklife Rose, o arquiteto e organizador da Sanitary Commission (Comissão Sanitária) da Fundação Rockefeller, passou a acreditar que era necessário criar uma nova profissão – separada da medicina – composta por homens e mulheres que dedicariam toda a carreira ao controle de doenças. Ele insistia que deveria haver duas profissões: medicina, para tratar das doenças ao nível individual, e saúde pública, para controlar as doenças e promover a saúde ao nível da população em geral.

Rose voltou-se para Abraham Flexner, cujo “Relatório Flexner”⁵ havia sido um elemento central para a reorganização da educação médica norte-americana. Juntos, convocaram um grupo de vinte homens, onze representantes da saúde pública e nove funcionários e curadores da Fundação Rockefeller, para uma reunião com duração de um dia, que ocorreu em 16 de outubro de 1914. As decisões tomadas naquele dia criaram e deram forma à educação em saúde pública em grande parte do mundo durante, pelo menos, os vinte e cinco anos seguintes⁶.

Eles decidiram que deveria haver três classes de funcionários da saúde pública. Os “funcionários da saúde de primeira classe” seriam aqueles com autoridade executiva, como chefes de órgãos de saúde de cidades e de estados. Os “funcionários da saúde de segunda classe” seriam os técnicos especialistas em áreas específicas, como bacteriologistas, estatísticos, engenheiros e epidemiologistas, que chefiariam os programas dos órgãos de saúde e conduziriam pesquisas. A “terceira classe”, de “subordinados” ou “trabalhadores de campo de fato”, seria composta de funcionários locais da saúde, inspetores de fábricas e de alimentos e enfermeiras da saúde pública, que seriam os “soldados da infantaria” na guerra contra as doenças.

Havia, na época, três concepções de saúde pública que disputavam espaço: a abordagem da engenharia ambiental, a sociopolítica e a biomédica. A maioria dos presentes à reunião era de médicos e, ao final, prevaleceu a abordagem biomédica, com as preocupações sociopolíticas e ambientais sendo relegadas a um papel muito secundário.

Na reunião de outubro, Wicklife Rose expôs uma visão cuidadosamente articulada sobre o futuro da educação em saúde pública. Como elemento central, ele colocou uma escola científica bem provida de recursos para a pesquisa. Esta escola pertenceria a uma universidade, porém seria independente – especificamente, ela não seria um departamento de uma escola de medicina. Os alunos selecionados para a escola seriam provenientes de todas as regiões do país e, ao obterem a graduação, seriam cuidadosamente alocados em posições estratégicas através dos Estados Unidos. Esta escola científica central seria ligada a escolas de saúde pública mais simples, a serem criadas em cada estado, e estas escolas estaduais focariam mais no ensino do que na pesquisa. As escolas estaduais estariam vinculadas aos órgãos estaduais de saúde e ofereceriam cursos curtos de treinamento para funcionários da saúde já no campo. Seguindo os padrões dos cursos de extensão rural e programas de demonstração em fazendas, que a Fundação Rockefeller já havia usado para modernizar a agricultura nos estados do sul, seriam oferecidos serviços de extensão rural para educação rural em saúde⁷. As escolas estaduais ensinariam métodos de educação pública e buscariam estender a informação em saúde pública para toda a população. A escola central teria o país inteiro como seu “campo de operações”, enviando “um exército de trabalhadores” para demonstrar os melhores métodos de saúde pública e trazendo de volta a experiência adquirida na prática para ser “reunida e capitalizada” no centro das operações⁸.

Ao final da reunião, Rose e Welch foram solicitados a redigir o plano que fora esboçado e enviar aos participantes para suas críticas e sugestões. Rose enviou a Welch um memorando intitulado “School of Public Health” (Escola de Saúde Pública), e Welch contra-atacou – no último minuto possível – com um plano para um Institute of Hygiene (Instituto de Higiene)⁹. Devido à procrastinação, talvez inconsciente, de Welch, não houve tempo para fazer circular este documento entre os participantes antes da sua apresentação oficial. Welch conseguiu seqüestrar o relatório e transformá-lo em uma proposta de instituto de pesquisa. A versão de Welch deixou de lado quase todas as menções ao sistema de escolas estaduais de Rose, demonstrações práticas e cursos de extensão. Os parágrafos entusiasmados de Rose sobre a necessidade de um exército de enfermeiras e inspetores especiais de saúde pública foram eliminados. Ao invés disso, Welch discorreu alegremente sobre o desenvolvi-

mento da “ciência da higiene em todas as suas vertentes”, que seria o foco da escola central de saúde pública. Ele abandonou as frases de Rose sobre os objetivos divergentes da medicina e da saúde pública e, ao invés disso, sugeriu que a nova escola de saúde pública deveria localizar-se perto de um bom hospital-escola.

Algumas lideranças da saúde pública observaram explicitamente que o foco de Welch na pesquisa ignorava amplamente a prática em saúde pública, a administração, a enfermagem em saúde pública e a educação em saúde. O aspecto médico da saúde pública foi enfatizado de tal modo a virtualmente excluir seu contexto social e econômico. Não foi feita qualquer menção às ciências políticas ou à necessidade de planejar reformas sociais ou econômicas. Claramente, nesse plano, a saúde pública deveria ter uma orientação profundamente biomédica e não social. Abraham Flexner, que tinha grande admiração por Welch, deixou de lado todas essas objeções e sutilmente manobrou o processo de tomada de decisão em direção às idéias de Welch e à escolha da Johns Hopkins University como o local da primeira escola de saúde pública a ser subvencionada⁶. A Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health (Escola de Higiene e Saúde Pública Johns Hopkins) inaugurou a sua primeira turma de estudantes em 1918.

As primeiras escolas de saúde pública, Hopkins, Harvard, Toronto, Columbia e Yale, tenderam em grande parte a seguir o modelo estabelecido pela escola Hopkins. Eram instituições privadas subvencionadas, com alto nível de exigência para admissão dos alunos, tinham preferência por graduados em medicina e era comum admitirem profissionais bem conceituados e com experiência em saúde pública. Na década de 1920 e no início da década de 1930, o currículo das escolas tendia fortemente para os laboratórios científicos, como bacteriologia, parasitologia e imunologia, e o que era chamado de “higiene fisiológica”, juntamente com instruções em epidemiologia, estatísticas vitais e administração em saúde pública. Na década de 1920, pouco foi feito no sentido da prática de campo, mas isso, talvez, não fosse muito importante, tendo em vista que muitos alunos já eram profissionais experientes.

A Fundação Rockefeller tentou convencer as escolas a estabelecerem programas de treinamento de campo. Baseando-se no modelo de educação das escolas de medicina, a Fundação Rockefeller argumentava que os alunos deveriam aprender a praticar na comunidade do mesmo modo como os estudantes de medicina aprendiam sua

arte nas alas de um hospital. A escola Johns Hopkins, sob a direção de Welch, relutou em dar atenção ao treinamento prático. Mas, na década de 1930, com recursos adicionais da Fundação Rockefeller, a escola estabeleceu o Eastern Health District (Distrito de Saúde do Leste), que consistia em uma população de cerca de 100.000 pessoas morando em bairros em torno da Escola de Higiene. Essas famílias eram intensamente estudadas através de censos de saúde realizados em todas as casas a cada três anos. Um jornal local descreveu a população da seguinte maneira: “Eles são, sem sombra de dúvida, os cidadãos mais interrogados, analisados, investigados e cadastrados de Baltimore – e provavelmente dos quarenta e oito estados, Alaska, Havaí, Porto Rico e Filipinas”¹⁰. Muitos dos alunos da Hopkins escreveram suas dissertações sobre algum aspecto da saúde dessa população.

Por volta de 1930, as primeiras escolas de saúde estavam formando um pequeno número de graduados com uma educação científica sofisticada. Entretanto, as escolas estavam fazendo muito pouco, ou nada, para formar o grande número de técnicos, enfermeiros e sanitaristas em saúde pública necessários em todo país. Em 1932, a American Public Health Association (Associação Americana de Saúde Pública) constituiu o Committee on Professional Education (Comitê para a Educação Profissional), que elaborou relatórios sobre a qualificação de quinze especialistas profissionais e distribuiu cerca de 250 mil cópias desses relatórios¹¹. A idéia deste considerável esforço era informar aos órgãos estaduais e locais de saúde sobre os tipos de empregados que eles deveriam buscar e os tipos de qualificações apropriadas para cada um, com a idéia de criar padrões nacionais para o país.

O principal estímulo a um maior desenvolvimento da educação em saúde pública veio em resposta à Grande Depressão, com o New Deal e o Social Security Act de 1935. O Social Security Act aumentou a verba do Public Health Service (Serviço de Saúde Pública) e disponibilizou recursos federais aos estados para o desenvolvimento dos serviços públicos de saúde. Os gastos federais e estaduais com saúde pública duplicaram durante a Grande Depressão.

Os médicos, nesse momento, se viram forçados a atuar na saúde pública devido às dificuldades de manterem consultórios particulares. Eles estavam sendo atraídos para a saúde pública pela ampliação de postos nesta área e pela disponibilidade de bolsas de estudo para treinamento. Ao todo, os estados subvencionaram mais de 1.500

estagiários em saúde pública, usando recursos federais, e os programas de treinamento existentes logo tiveram suas capacidades esgotadas¹². Como resultado da crescente demanda por pessoal certificado em saúde pública, várias universidades estaduais iniciaram novas escolas ou departamentos de saúde pública e as escolas de saúde pública existentes ampliaram suas vagas.

O enorme impulso ocorrido no final da década de 1930 em direção ao treinamento de um número maior de técnicos em saúde pública foi também um impulso em direção a programas de treinamento prático, mais do que de pesquisa. Os órgãos de saúde pública queriam funcionários com um ano de educação em saúde pública: tipicamente, o diploma generalista de MPH (Master of Public Health). Idealmente, queriam pessoas que entendessem dos assuntos práticos da saúde pública, ao invés de pesquisadores científicos. Assim, a educação em saúde pública na década de 1930 tendia a ter uma orientação prática, com considerável ênfase em áreas como administração de saúde pública, educação em saúde, enfermagem em saúde pública, estatísticas vitais, controle de doenças venéreas e serviços comunitários de saúde. Nesse período, também, muitas escolas desenvolveram programas de treinamento de campo em comunidades locais, onde seus alunos podiam sentir um gosto do mundo prático da saúde pública e podiam se preparar para suas funções nos órgãos locais de saúde. Os anos trinta foram, assim, os principais anos da educação em saúde pública com base em comunidades.

Não é de surpreender que a proliferação dos programas de treinamento de curta duração tenha continuado durante os anos da guerra. As forças armadas queriam médicos, enfermeiras e sanitaristas com uma quantidade mínima de treinamento em doenças tropicais, parasitologia, controle de doenças venéreas, sanitário ambiental e uma variedade de doenças infecciosas. Para a florescente produção industrial no país, demandava-se a higiene industrial, e para as áreas com acampamentos militares, a engenharia sanitária e o controle da malária eram preocupações urgentíssimas. Nesse período, foi criado o Center for Controlling Malaria in the War Areas (Centro para o Controle da Malária em Áreas de Guerra), precursor dos Centers for Disease Control and Prevention (Centros para o Controle e Prevenção de Doenças)¹³. As escolas de saúde pública se adaptaram para fazer face às várias necessidades das forças armadas e programas de treinamento rápido formaram grandes quantidades de profissionais de saúde, com uma educação especializada

superficial em áreas de alta prioridade. Nessa época, as escolas voltadas para a pesquisa, como Johns Hopkins, admitiam principalmente estudantes latino-americanos para diplomas de doutorado e Hopkins era conhecida como “pequena América Latina”.

No imediato pós-guerra, as escolas de saúde pública estavam repletas de homens e mulheres que tinham sido soldados, aproveitando-se das G. I. Bill of Rights, legislação de apoio aos veteranos da Segunda Guerra Mundial que, entre outras modalidades, apoiava o seu ingresso nas universidades como forma de reintegração a vida civil. Por pouquíssimos anos, o país esteve aceso com otimismo e energia. Em 1944, Thomas Parran, o Surgeon General - nos Estados Unidos, a autoridade federal máxima do serviço de saúde pública, equivalente a de Secretário de Estado para a Saúde - e, depois, primeiro Decano da escola de saúde pública de Pittsburgh - elaborou um grande plano para dez anos para sua agência, o Public Health Service (Serviço de Saúde Pública): ***Quando a paz retornar, este país deverá reorganizar e desenvolver seus recursos de saúde de tal modo que estejam disponíveis, para toda a população, os serviços médicos e de saúde necessários para a preservação e promoção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento de doenças... Acredita-se que o uso de recursos públicos seja plenamente justificável para o desenvolvimento de infra-estrutura física para a saúde, o treinamento de pessoal profissional, o apoio à pesquisa médica e científica, tanto pública quanto privada, de amplo interesse público, e a redução do encargo financeiro individual decorrente de doenças catastróficas ou de deficiência crônica.***

Aceita-se o princípio de que a ninguém nos Estados Unidos deve ser negado o acesso aos serviços médicos e de saúde devido à situação econômica, de raça, de localização geográfica, ou qualquer outro fator ou condição não relacionada à saúde. É dever dos governos - local, estadual ou federal - garantir condições de vida saudável e possibilitar a cada pessoa a garantia de estar livre de doenças evitáveis¹⁴.

Somente parte dessa grandiosa visão viria se realizar. Em parte devido à hostilidade e aos fatos recursos financeiros da American Medical Association (Associação Médica Americana) e seus aliados, as grandes companhias de seguros, nem a expansão abrangente do serviço de saúde pública, nem tampouco a criação do seguro nacional de saúde, se mostraram politicamente possíveis. O próprio Thomas Parran foi logo dispensado da sua posição como Surgeon General e substituído pelo mais maleável Leonard Scheele.

Dinheiro para gastar não faltava. Em 1946, o Hospital Survey and Construction Act (Lei de Construção e Supervisão de Hospitais), ou programa Hill-Burton, passou a financiar a construção de hospitais comunitários, inicialmente aportando US\$ 75 milhões por ano, durante cinco anos, e, no final, despejando US\$ 3,7 bilhões para a construção de novos hospitais. O programa Hill-Burton recebeu grande apoio da American Hospital Association (Associação Americana de Hospitais) e da American Medical Association, e proporcionou novas instalações para a prática médica sem oferecer qualquer ameaça ao sistema de serviços pagos de saúde. De fato, o programa Hill-Burton tinha uma cláusula específica proibindo o envolvimento federal com a definição de políticas hospitalares¹⁵. O sistema de hospitais sob a Veterans Administration (Administração de Veteranos) também foi amplamente expandido e vinculou-se mais estreitamente às escolas de medicina locais.

Assim como a construção de hospitais, a pesquisa médica tinha muitos amigos e, aparentemente, nenhum inimigo. A guerra havia demonstrado o sucesso de um esforço federal organizado para o financiamento da pesquisa científica, talvez mais notavelmente na produção de enormes estoques da “droga milagrosa”, a penicilina. Terminada a guerra, a responsabilidade pelos projetos que tiveram continuidade foi transferida para o Public Health Service e o National Institute of Health (Instituto Nacional de Saúde) (que se transformaram no National Institutes of Health - NIH - Institutos Nacionais de Saúde - em 1948). Os institutos do câncer e do coração foram os primeiros, em seguida foram criados os institutos de saúde mental e dental e, depois, uma sucessão de outros institutos se direcionou a doenças específicas (diabetes, artrite), partes do corpo (olhos, rins) ou estágios no ciclo de vida (saúde da criança, envelhecimento). Os institutos cresceram, e cresceram ricos. E deram a maior parte dos seus fundos para universidades e escolas de medicina na forma de recursos para pesquisas. Devido ao fato das escolas de medicina e a American Medical Association terem se oposto à provisão direta de recursos federais à educação médica – alimentando uma ávida suspeita sobre qualquer forma de intervenção ou controle governamental – os recursos para pesquisa do NIH se mostraram uma maneira politicamente aceitável de direcionar dinheiro para as escolas de medicina. No período do pós-guerra, o orçamento do NIH cresceu drasticamente: de US\$ 180.000 em 1945, para US\$ 4 milhões em 1947, para US\$ 46,3

milhões em 1950, para US\$ 81 milhões em 1955, para US\$ 400 milhões em 1960. Liberais, conservadores, decanos de escolas de medicina e pesquisadores estavam todos felizes com o sistema, e membros do Congresso estavam satisfeitos por financiarem um programa tão popular e livre de controvérsias^{16,17}.

As escolas de saúde pública não tinham qualquer objeção quanto ao financiamento direto de recursos federais. Mas as escolas de saúde pública eram consideradas em conjunto com as escolas de medicina quando se tratava da definição de políticas federais e, por esse motivo, tinham que competir com as escolas de medicina para a obtenção de recursos para pesquisa – em um sistema de concessão de recursos dominado por professores de escolas de medicina. Além dessa ordem de preocupação das escolas de saúde pública, havia também o crescente conservadorismo do período de 1948 até o final da década de 1950. No clima da Guerra Fria, o macarthismo associava qualquer defesa dos temas da saúde pública ou de seguro nacional de saúde à “medicina socializada” e identificava esta última, por sua vez, com o socialismo ou o comunismo. Quando Thomas Parran, que havia sido removido do posto de Surgeon General, assumiu o decanato da nova Pittsburgh School of Public Health (Escola de Saúde Pública de Pittsburgh), foi acusado de “comunista” e simpatizante da medicina socializada e do seguro de saúde obrigatório¹⁸ (The Mellon Trustees, que havia financiado a escola, teve que examinar os discursos e publicações de Parran para certificar-se de que as acusações eram infundadas). No final da década de 1940 e início da década de 1950, muitas das lideranças da saúde pública mais articuladas e francas estavam sendo acusadas e silenciadas, ou estavam perdendo suas posições e sua influência.

A saúde pública, que havia florescido durante a Grande Depressão, a guerra e o imediato pós-guerra, estava se tornando impopular. Como estavam as escolas de saúde pública em 1950?

Uma avaliação das escolas de saúde pública em 1950 encontrou-as superlotadas e com escassez de recursos financeiros, com carência de membros-chave no corpo docente, com carência de salas de aula e de laboratórios, e com carência de equipamentos necessários¹⁹. Todas estavam sofrendo de altos níveis de carência de recursos financeiros. Os requisitos para que fossem reconhecidas não envolviam grande esforço: a escola teria que ter, pelo menos, oito professores com horário integral, e as escolas tinham, em média, dezesseis. A área de atuação de maior incidência

entre o corpo docente era de prática em saúde pública. Talvez a parte mais interessante do reconhecimento das escolas de saúde pública fosse a avaliação do treinamento prático e do trabalho de campo²⁰. As escolas tinham que estar localizadas nas proximidades de serviços locais de saúde pública que pudessem ser usados para “observação e crítica” e esses serviços tinham que apresentar qualidade suficientemente alta “para tornar frutífera tal observação”. De fato, todas as escolas reconhecidas relataram algum tipo de associação funcional com órgãos de saúde de cidades ou distritos. A escola de Columbia, por exemplo, compartilhava o prédio com um dos District Health Centers (Centros Distritais de Saúde) da cidade de Nova York. Johns Hopkins tinha o Eastern Health District (Distrito de Saúde do Leste), que era operado conjuntamente pela escola e o City Health Department (Departamento Municipal de Saúde). A escola então recentemente criada na Universidade de Pittsburg trabalhava com o Pittsburg Health Department (Departamento de Saúde de Pittsburgh) na organização do trabalho do Arsenal Health Center (Centro de Saúde de Arsenal), seguindo os moldes do Eastern Health District de Baltimore. Em 1950, a impressão geral sobre as escolas de saúde pública reconhecidas era de que estavam fazendo um bom trabalho de preparação de profissionais de saúde pública através de cursos e trabalho de campo e que o número de docentes e estudantes estava crescendo. A principal reclamação das escolas era a falta de fundos para a contratação de novos docentes, expansão do espaço físico e aquisição de equipamentos.

Se, na ocasião, existisse um programa federal para financiar as escolas de saúde pública, o futuro da educação em saúde pública poderia ter sido bem diferente. Mas, na era conservadora do início da década de 1950, havia uma crescente suspeita em relação a programas governamentais e uma hostilidade explícita, até mesmo a uma medida tão eficaz e de baixo custo quanto a fluoretação da água potável. Não é de surpreender que as necessidades das escolas de saúde pública fossem ignoradas.

Do mesmo modo, não é de surpreender que todas as escolas de saúde pública utilizassem essencialmente a mesma estratégia de sobrevivência, que perseguiam com maior ou menor entusiasmo, e com maior ou menor relutância, dependendo da orientação e dos interesses dos seus docentes e decanos. Estes se candidatavam a recursos para pesquisa e usavam os fundos de pesquisa para pagar os salários de membros adicio-

nais do corpo docente, com base em que um novo docente poderia usar parte do seu tempo lecionando e outra parte em pesquisa financiada. Em 1950, considerando a média das escolas de saúde pública, o corpo docente passava 40% do seu tempo lecionando, 40% em pesquisa, 10% em administração e 10% em serviço. Médias, porém, são enganosas, porque mascaram uma grande variação entre as escolas de saúde pública e, até, entre diferentes departamentos de uma mesma escola. O que acontecia era que, se o corpo docente de um determinado departamento se dedicasse principalmente ao ensino ou ao “serviço” (prática na saúde pública), os números da docência permaneciam estáveis ou declinavam gradualmente. Se o departamento se dedicava à pesquisa, e fosse razoavelmente bem-sucedido quanto ao financiamento da mesma, o departamento crescia, acrescentava mais pessoas, consumia mais espaço e equipamento, publicava um fluxo contínuo de artigos e relatórios de pesquisa e, geralmente, dava a impressão de ser um lugar dinâmico e produtivo. Tamanho gera tamanho, crescimento gera crescimento e sucesso na pesquisa gera sucesso na pesquisa. Com o tempo, os resultados podiam ser dramáticos, com algumas escolas e órgãos crescendo a taxas impressionantes, enquanto outras escolas aparentavam estar moribundas²¹. Algumas poucas escolas, especialmente Hopkins e Harvard, tornaram-se grandes e prosperaram. No somatório das duas, Hopkins e Harvard tinham 40% de todos os docentes envolvidos com pesquisa, treinavam a maioria dos docentes das escolas menores e geralmente dominavam o trabalho de campo. Escolas menores ou menos prósperas faziam o melhor que podiam para igualar-se ao ideal de pesquisa, obter seus próprios fundos de financiamento e formar seu próprio corpo docente.

Os fundos disponíveis e os membros do corpo docente que estavam aptos, por educação, experiência e personalidade, para serem bem-sucedidos no sistema de pesquisas, agora davam forma às instituições e direcionavam suas prioridades. Na Hopkins, que se dedicava com satisfação ao ideal da pesquisa, alunos de graduação que ajudavam o professor na sua pesquisa despertavam mais interesse do que os de pós-graduação (MPH), que absorviam os resultados das pesquisas, mais do que as produziam. Os cientistas de laboratório preferiam os alunos de doutorado que permaneciam na instituição por vários anos, fazendo pesquisa para suas dissertações e servindo de assistentes de laboratório²². O sistema de financiamento de pesquisa funcionava bem para

as ciências de laboratório, e de certo modo para epidemiologia e bio-estatística, mas não funcionava bem para pesquisa de campo, prática de saúde pública, administração da saúde pública, ciências sociais, história, política, ética e direito. Assim, no âmbito das escolas de saúde pública na década de 1950, a prática da saúde pública sofria, assim como outras disciplinas não-quantitativas. A orientação da década de 1930, voltada para a comunidade, havia desaparecido e, basicamente, todos os programas de treinamento no campo entraram em colapso.

À medida que os docentes gradativamente se fechavam em suas pesquisas, distanciavam-se cada vez mais dos problemas dos órgãos locais de saúde. E os órgãos de saúde encontravam-se em um estado deplorável. Na década de 1950, as subvenções federais destinadas aos estados para programas de saúde pública declinaram progressivamente, com os montantes caindo de US\$ 45 milhões em 1950 para US\$ 33 milhões em 1959²³. Considerando a inflação, isso representou um declínio dramático em termos de poder aquisitivo. Os órgãos de saúde pública foram pegos em uma espiral descendente. Carentes de fundos, não podiam contratar novos funcionários nem iniciar novos programas e, em consequência, a falta de novos funcionários e programas criou uma aura de fracasso e irrelevância. A imagem dos órgãos de saúde era de que geriam programas sem recursos, com pessoal desqualificado que respondia a burocratas indiferentes.

Entre 1947 e 1957, o número de estudantes sendo treinados em escolas de saúde pública caiu pela metade. Alarmado, Ernest Stebbins, da Johns Hopkins, e Hugh Leavell, de Harvard, representando a Association of Schools of Public Health (Associação de Escolas de Saúde Pública), atravessaram o hall do Congresso dos Estados Unidos para instar seus membros a darem apoio à educação em saúde pública²⁴. Encontraram uma audiência especialmente simpática no Senador Lister Hill e no Deputado George M. Rhodes e, em 1958, o Congresso aprovou um programa emergencial de dois anos autorizando a liberação de recursos federais da ordem de US\$ 1 milhão por ano, a serem distribuídos entre as escolas de saúde pública reconhecidas.

A Lei Hill-Rhodes autorizou, então, uma verba de US\$ 1 milhão por ano para subvenção (formula grants) de escolas de saúde pública reconhecidas e US\$ 2 milhões por ano para subvenção de projetos de treinamento. Assim, entre 1957 e 1963 o Congresso dos Estados Unidos alocou US\$ 15 milhões para financiar estágios em saúde

pública. O pior da crise parecia ter passado. Na década de 1960, Lister Hill, no Senado, e John E. Fogarty, na Câmara, tornaram-se defensores da educação em saúde pública. O congresso elevou o teto das subvenções, financiou treinamento de pessoal para os órgãos de saúde estaduais e autorizou verbas para treinamento especial, bolsas de estudo para desenvolvimento de docentes e verbas para construção de escolas de saúde pública.

Foi um período importante para as escolas. Entre 1960 e 1964, o número total de candidatos para as escolas de saúde pública mais do que dobrou; o número de membros do corpo docente aumentou em 50%; a média de espaço ocupado aumentou em 50%; e a receita média das escolas mais do que dobrou²⁵. A recém-criada Agency for International Development – AID (Agência Internacional para o Desenvolvimento) incentivou as escolas de saúde pública a realizarem programas internacionais de treinamento em saúde, cujos alunos se tornariam “embaixadores da ciência norte-americana” no exterior. Por volta de 1965, o país inteiro parecia ter se tornado preocupado com a “explosão populacional” e os estudantes se dirigiram para os novos departamentos de dinâmicas populacionais. A aprovação da legislação Medicaid e Medicare gerou uma grande demanda por administradores de atenção médica. Em 1966, a Special Study Commission (Comissão de Estudos Especiais) da Association of Schools of Public Health estimou que havia 6.000 novas posições em administração de assistência à saúde (medical care), requerendo preparação em nível de graduação²⁶. O movimento ambientalista energizado pelo “Silent Spring” de Rachel Carson estimulou a criação do Environmental Protection Agency (Agência de Proteção Ambiental) e a aprovação do Clean Air Act (Lei do Ar Limpo). A mobilização dos trabalhadores levou à criação do Occupational Health and Safety Administration (Administração da Saúde e Segurança Ocupacional) e o National Institute of Occupational Health and Safety²⁷. Todas essas agências criaram uma forte demanda por profissionais treinados em programas de saúde pública.

Grande parte dessa atividade, embora relacionada à saúde pública, deixava de lado os órgãos locais e estaduais de saúde, que se tornavam cada vez mais irrelevantes para as escolas de saúde pública. As escolas cresciam em quantidade e dimensão, e agora forneciam pessoal treinado para muitas agências estaduais, nacionais e internacionais. Programas de graduação em departamentos de universidades e em escolas de engenharia,

escolas de medicina, escolas de administração de empresas, escolas de enfermagem, escolas de serviço social, e escolas de educação e comunicação começaram a oferecer diplomas em áreas como saúde ambiental, administração e gestão da saúde, nutrição, enfermagem em saúde pública e educação em saúde. Além disso, cresceu drasticamente o número de escolas técnicas (junior and community colleges) que ofereciam programas de saúde correlatos. A educação em saúde pública havia se transformado numa indústria em crescente expansão, que parecia ilimitada. Mas seriam as escolas de saúde pública ainda necessárias?

Evidentemente, o Presidente Richard Nixon achava que não, pois em 1973 recomendou o término do apoio federal às escolas de saúde pública e a descontinuidade de todas as subvenções para treinamento em pesquisa, bolsas de estágios e bolsas de estudos. Isso provocou ondas de choque através de um sistema que havia se tornado dependente de um fluxo contínuo de fundos federais para sua subsistência. A tensão decorrente das ameaças de corte de verbas está refletida em artigos de uma Conferência financiada pela Macy Foundation ocorrida no Study and Conference Center (Centro de Conferência e Estudo) da Fundação Rockefeller em Bellagio, Itália, em 1974. Nos anais da conferência, Cecil Sheps, então vice-chanceler da Universidade da Carolina do Norte, observou que as escolas de saúde pública mais importantes estavam pensando “seriamente e agonizantemente” sobre seu futuro¹. Os participantes apresentaram uma avaliação de modo geral triste da situação da educação em saúde pública. John C. Hume, então decano da Johns Hopkins School of Public Health, falou sobre as mudanças que ele tinha vivenciado durante mais de vinte anos, como consequência dos padrões de apoio federal para a pesquisa biomédica. Segundo ele, a natureza coesa que havia existido na escola foi perdida: havia pouco diálogo e falta de coerência quanto ao programa de ensino. A autonomia e a independência dos órgãos e do corpo docente incentivavam a iniciativa, mas também resultavam em isolamento e fragmentação. Ao invés de uma escola de saúde pública unificada, os órgãos constituíam “uma série de mini-escolas com interesses limitados”²⁸. Hume observou que seu principal problema como decano era ter que lidar com as ondas fiscais – os altos e baixos do entusiasmo federal por temas específicos. Na década de 1960, por exemplo, estudos populacionais haviam adquirido importância com o influxo de novos fundos, mas no final da década, esse interesse havia evaporado.

O único representante dos estudantes na conferência, identificado como o recém-graduado Frank C. Ramsey, deu seu testemunho sobre a difícil situação dos estudantes em um sistema educacional focado em dinheiro fácil:

O financiamento da escola onde estudei é tal, que os chefes de departamento e os membros do corpo docente são principalmente responsáveis pela captação de dinheiro. A maioria dos fundos vem de fontes federais e praticamente todos vão para a pesquisa. Os chefes de órgãos que têm programas populares consideram mais fácil levantar recursos do que os chefes de órgãos com programas menos orientados para a pesquisa. O sistema de subvenção influencia a organização, a função, a orientação das escolas [...] cria restrições ao tipo de profissionais empregados e ao trabalho executado [...] [entre os estudantes] havia uma crença, razoavelmente generalizada, de que as soluções para os problemas sociais estavam sendo sacrificadas no altar da pesquisa científica²⁹.

Alguns dos fundos ameaçados pelos cortes foram restaurados, mas a tendência nas escolas de saúde pública nas décadas de 1970 e 1980 foi em direção a uma dependência crescente de financiamento para pesquisa direcionada, exacerbando, assim, os problemas aos quais Ramsey havia se referido. Em 1976, o Milbank Fund publicou um relatório abrangente, “Higher Education for Public Health” (Educação Superior para Saúde Pública) que perguntava, de modo bastante contundente, se as escolas de saúde pública haviam se tornado tão dependentes de subvenções federais que “suas políticas e programas são determinados pelos dólares disponíveis e elas não controlam mais seus próprios destinos?”³⁰. O relatório não demonstrou convicção quanto ao sistema de pesquisas direcionado em função das mudanças nas prioridades das subvenções federais: “Isso não é sempre negativo, tendo em vista que às vezes resulta em pesquisa realisticamente relacionada às necessidades e interesses da nação”. Assim sendo, as escolas fariam melhor se seus docentes pudessem desenhar suas próprias pesquisas no âmbito de um contexto abrangente estabelecido pelas necessidades da prática na saúde pública.

Doze anos mais tarde, o relatório do Institute of Medicine, “The Future of Public Health” (O Futuro da Saúde Pública), que se tornou uma referência, instou às escolas de saúde pública que oferecessem programas educacionais mais direcionados às necessidades dos profissionais atuantes e que estabelecessem vínculos sólidos de práticas com os órgãos locais e estaduais de saúde.

de, de modo que os membros do corpo docente pudessem assumir responsabilidades profissionais naquelas agências, conduzir pesquisas relevantes e treinar os estudantes para a prática profissional³¹. O relatório sugeriu que as escolas de saúde pública oferecessem cursos curtos de treinamento e oportunidades de educação continuada para que profissionais atuantes na saúde pública pudessem aprimorar suas habilidades, “aquela substancial maioria de profissionais da saúde pública que não tenham recebido treinamento formal”. Ao mesmo tempo, o relatório documentou a paisagem desoladora de muitos órgãos de saúde pública por todo o país: ***A percepção mais freqüente que o legislador ou o cidadão tem dos órgãos de saúde é a da burocracia vagarosa e inflexível debatendo-se no caos, lutando para lidar com crises, e se comportando de uma maneira essencialmente reativa [...] Simplesmente chegar ao final do dia é o único objetivo real do administrador sênior.***

Desde a publicação do relatório do Institute of Medicine, o sistema educacional de saúde pública continuou a se expandir num ritmo acelerado. Muitas escolas de medicina reconhecidas no país têm atualmente programas operacionais MPH ou estão desenvolvendo programas de graduação em saúde pública. Mais e mais colleges e

universidades estão instituindo programas de MPH. Há várias escolas envolvidas em programas de ensino à distância que, finalmente, oferecem a possibilidade de preencher a necessidade, há muito reconhecida, de levar a educação em saúde pública para as casas e escritórios da força de trabalho da saúde pública.

Grande parte do ímpeto de treinamento para a prática na saúde pública veio da ameaça do bioterrorismo. Nos últimos anos, o financiamento fluiu novamente para a “prontidão para a saúde pública”. Na minha visão, esse influxo de recursos, por mais que seja bem-vindo pelos órgãos de saúde e universidades, também coloca uma ameaça de desviarmos nossa atenção do principal trabalho da saúde pública. Planos desenhados para responder a emergências raras, tais como gripe aviária ou bioterrorismo, também devem funcionar de modo eficaz em relação a problemas de ocorrência mais comum, como enchentes e surtos de doenças infecciosas. Este é, certamente, o desafio da saúde pública em nosso tempo. Como nos mostrou o Furacão Katrina, os bilhões de dólares que fluem para a segurança nacional provaram, até o momento, serem quase inúteis diante de um desastre da natureza. Tenhamos a esperança de que nossas instituições de saúde pública possam se aprimorar.

Referências

1. Sheps CG. *Higher Education for Public Health: A Report of the Milbank Memorial Fund Commission*. New York: Prodist; 1976.
2. Sorenson AA, Bialek RG. *The Public Health Faculty/ Agency Forum: Linking Graduate Education and Practice - Final Report*. Gainesville: University of Florida Press; 1993.
3. Gebbie K, Hwang I. *Preparing Currently Employed Public Health Professionals for Changes in the Health System*. New York: Columbia University School of Nursing; 1998.
4. Ettl J. *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge: Harvard University Press; 1981.
5. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada. Bulletin No. 4*. New York: Carnegie Endowment for the Advancement of Teaching; 1910.
6. Fee E. *Disease and Discovery: A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1987.
7. Flexner A. *The General Education Board, 1902-1914*. New York: General Education Board; 1915.
8. Rose W. *School of public health*. Rockefeller Foundation Archives, Record Group 1.1, Series 200. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center; 1915.
9. Welch WH. *Institute of hygiene*. Rockefeller Foundation Archives, Record Group 1.1, Series 200. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center; 1915.
10. Where doorbells are always ringing. *Baltimore Evening Sun* 1939; Sep 13.
11. Shepard WP. The professionalization of public health. *American Journal of Public Health* 1948; 38:145-153.
12. Parran T, Farrand L. *Report to the Rockefeller Foundation on the education of public health personnel*. October 28. Rockefeller Foundation Archives, Record Group 1.1, Series 200. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center; 1939.
13. Etheridge EW. *Sentinel for Health: A History of the Centers for Disease Control*. Berkeley: University of California Press; 1992.
14. Parran T. *Proposed Ten-year Postwar Program. The United States Public Health Service*. Parran Papers, Modern Manuscripts, History of Medicine Division. Bethesda: National Library of Medicine; 1944.
15. Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books; 1962.
16. Strickland SP. *Politics, Science, and Dread Disease: A Short History of United States Medical Research Policy*. Cambridge: Harvard University Press; 1972.
17. Ginzberg E, Dutka AB. *The Financing of Biomedical Research*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1989.
18. Blockstein ZM. *Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, 1948-1974*. Pittsburgh: University of Pittsburgh; 1977.
19. Rosenfeld LS, Gooch M, Levine OH. *Report on Schools of Public Health in the United States based on a Survey of Schools of Public Health in 1950*. Public Health Service, U.S. Department of Health Education and Welfare, pub. 276. Washington, D.C.: United States Government Printing Office; 1953.
20. Winslow CEA. *The Accreditation of North American Schools of Public Health*. New York: American Public Health Association; 1953.
21. Korstad R. *Dreaming of a Time: The School of Public Health, The University of North Carolina at Chapel Hill, 1939-1989*. Chapel Hill: School of Public Health/ University of North Carolina; 1990.
22. Wolman A. *A revision of the educational program in the Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health*. North Tarrytown: The Rockefeller Foundation Archives; 1958.
23. Terris M. The changing face of public health. *American Journal of Public Health* 1959; 49:1119.
24. Stebbins EL. Contributions of the graduate school of public health—past, present, and future. *American Journal of Public Health* 1957; 47:1508-1512.
25. Fee E, Rosenkrantz B. Professional education for public health in the United States. In: Fee E, Acheson RM, editors. *A History of Education in Public Health: Health that Mocks the Doctors' Rules*. Oxford: Oxford University Press; 1991. p. 230-271.
26. Association of Schools of Public Health. *The Role of Schools of Public Health in Relation to Trends in Medical Care Programs in the United States and Canada*. Report of the Special Study Committee. Baltimore: Alan Mason Chesney Archives of the Johns Hopkins Medical Institutions; 1966.
27. McNeil JR. *Something New Under the Sun: An Environmental History of the Twentieth-Century World*. New York: W.W. Norton; 2000.
28. Hume JC. The Future of Schools of Public Health: The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. In: Bowers JZ, Purcell EF, editors. *Schools of Public Health: Present and Future: Report of a Macy Conference*. New York: Josiah Macy Jr. Foundation; 1974. p. 60-69.
29. Ramsey FC. Observations of a recent graduate of a school of public health. In: Bowers JZ, Purcell EF, editors. *Schools of Public Health: Present and Future: Report of a Macy Conference*. New York: Josiah Macy Jr. Foundation; 1974. p. 130-133.
30. Burney LE. Foreword. In: Sheps CG, editor. *Higher Education for Public Health: A Report of the Milbank Memorial Fund Commission*. New York: Prodist; 1976. p. viii.
31. Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1988.

Artigo apresentado em 17/12/2006

Aprovado em 10/09/2007

Versão final apresentada em 04/04/2008

