

História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras

History, health and its workers:
from the international agenda to the Brazilian policies

Fernando Pires-Alves¹
Carlos Henrique Assunção Paiva¹
Gilberto Hochman^{1,2}

Abstract *This article discusses the agenda for the training and management of the health workforce in Brazil from a historical viewpoint, especially as refers to its relations with the programs in this field developed by the Pan American Health Organization (PAHO) and by the World Health Organization (WHO). In the first section one discusses the role of history in the field of community health. The priority given to the topic health work in the international agenda seems to point to a potential renewal of the relations between history and health. The second section provides a historical examination of the human resources programs of the WHO. In the third section, a similar examination is conducted with respect to the actions of PAHO in the same field. The fourth part of the article discusses – on the basis of the experience called “Program for Strategic Preparation of Health Personnel – PPREPS” – the relations between the national and international policies for the development of human resources in health. Moreover it describes a number of adapted responses and original solutions for facing the health workforce problem proposed by the Brazilian technicians. Finally, some questions are raised for discussion regarding the articulation between history and health workforce policies.*

Key words *History, Workers, International health, Health policy, Brazil*

Resumo *O artigo discute, em perspectiva histórica, as agendas dirigidas para a formação de trabalhadores e para a gestão do trabalho em saúde no Brasil, em especial as suas relações com os programas desenvolvidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Na primeira seção, discute-se o papel da história no campo da saúde coletiva. A priorização do tema do trabalho em saúde na agenda internacional parece apontar para uma potencial renovação das relações entre história e saúde. Na segunda seção, realiza-se um balanço histórico a respeito das agendas da OMS em torno do tema recursos humanos. Na terceira parte, constrói-se balanço similar a respeito das ações da OPAS. Na quarta parte, discute-se - a partir da experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) - a relação da agenda de trabalho nacional com a internacional em torno do desenvolvimento de recursos humanos, bem como se aponta para um conjunto de respostas adaptadas e soluções originais aos problemas da formação de pessoal de saúde dadas pelos técnicos brasileiros. Ao final, são levantadas algumas questões para discussão sobre a articulação entre história e as agendas de recursos humanos para a saúde discutida ao longo do artigo.*

Palavras-chave *História, Trabalhadores, Saúde internacional, Política de saúde, Brasil*

¹ Observatório História e Saúde - ObservaRH, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Av Brasil 4036, Manguinhos, 21040-361 Rio de Janeiro RJ. fapires@fiocruz.br

² Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

A partir das duas últimas décadas do século XX, historiadores, profissionais e gestores de saúde de vários países têm crescentemente se interrogado – muitas vezes por razões distintas e divergentes – sobre a oportunidade, o sentido e necessidade de incorporação da história no campo da saúde coletiva. Importantes periódicos científicos e profissionais desse campo passaram a dedicar espaço para essas reflexões e inquietações, criando seções específicas e permanentes dedicadas à história da saúde e da medicina. Instituições governamentais como o Ministério da Saúde, multilaterais e internacionais, tais como a OMS, a OPAS e a Fundação Rockefeller¹, começaram a incorporar de modo mais efetivo a história como elemento constitutivo da política de saúde. Como sabemos, esse não é um fenômeno novo. Ao contrário, ele está nas origens do que se convencionou chamar de medicina social e esteve de alguma forma presente nas escolas de saúde pública desde seu início. A história como instrumento de conhecimento, reconhecimento e de reflexão crítica tem estado presente no campo da saúde desde os seus primórdios; porém, tem estado ausente nos currículos profissionais.

Os desafios atuais e urgentes da saúde no século XXI colocaram na agenda da saúde global, conforme o *Relatório Mundial da Saúde* de 2006, a necessidade do desenvolvimento de trabalhadores de saúde “capazes, motivados e apoiados” como crucial para superar os gargalos que impedem alcançarmos os objetivos nacionais e globais de saúde². Sintomaticamente, como expressão desse movimento mais amplo, esse relatório – “Trabalhando Juntos pela Saúde” – é dedicado aos trabalhadores dos sistemas de saúde, seus problemas, suas ausências, seus desafios e sua centralidade para as políticas nacionais de saúde e para os esforços de cooperação internacional. A priorização do tema dos trabalhadores da saúde na agenda parece apontar para a potencial renovação das relações entre história e saúde, em especial com o crescimento do envolvimento tanto dos historiadores profissionais com a temática da saúde e da doença como dos profissionais de saúde com a história.

Em 1997, os historiadores norte-americanos Elizabeth Fee e Theodore Brown publicaram um editorial na *American Journal of Public Health* (a revista da Associação Americana de Saúde Pública) com um provocativo título: *Por que história?*³. Três anos depois, na prestigiosa *Lancet*, um outro artigo da historiadora inglesa Virginia Ber-

ridge nos instigou com a seguinte pergunta: *História na saúde pública, quem precisa?*⁴. Nesse e em outros artigos⁵⁻⁷, os autores, ao discutirem o tema da história no coração do campo da saúde e da pesquisa biomédica no mundo anglo-saxão, levantam questões que são expansíveis para o contexto brasileiro e latino-americano. Em primeiro lugar, os autores recusam o papel exclusivamente comemorativo da história, ainda que indiquem que celebrar e relembrar são partes da reflexão sobre as políticas e práticas. Nesse sentido, as datas podem ser catalisadoras de análises sobre processos históricos específicos que permitem, para além do conhecimento em si mesmo, produzir identidades profissionais, compreender o presente, indicar sentidos, supor direções e revelar possibilidades sobre os caminhos das políticas.

Através do alargamento do olhar sobre o passado, a história potencializaria a compreensão de processos sociais e culturais, e pode mostrar alternativas de mudanças nesses processos. A vantagem da história no debate sobre medicina baseada em evidências, em um exemplo sugerido por Berridge, seria justamente sua capacidade de formular questões mais amplas que outros não farão. Em segundo lugar, a análise histórica também possibilitaria a compreensão contextual e sociológica das políticas de saúde evitando visões conspiratórias, instrumentais e acusatórias, típicas dos embates políticos e ideológicos da saúde coletiva. Em terceiro lugar, esses autores chamam a atenção para as diferentes culturas nas quais profissionais e pesquisadores da saúde pública e historiadores são educados e treinados. Diferenças que podem ser tanto um fator de afastamento como, surpreendentemente, de aproximação. No campo da história, tem prevalecido o método qualitativo; de modo inverso, é crescente a presença dos métodos quantitativos no campo da saúde. Nesse último, o rigor científico seria valorado pela objetividade, capacidade de generalização e precisão científica. Porém, para a história não haveria superioridade *a priori* de qualquer metodologia, além de uma valorização da subjetividade e dos complexos sentidos culturais e contextuais dos fatos sociais. Em quarto lugar, Fee e Brown, em particular, indicam a característica cética e desconfiada que move o historiador em suas pesquisas, que contrasta com a ação dos profissionais da saúde que necessitam dar respostas no presente aos problemas apresentados cotidianamente, sempre na possibilidade de com isso produzir o futuro. A aproximação dos dois campos seria vantajosa

não apenas para a saúde pública, mas também para os historiadores, que são confrontados com novos temas, metodologias, problemas e alternativas que requalificam suas interpretações históricas. Portanto, historiadores e profissionais de saúde podem ser parceiros na produção do conhecimento, na formação de trabalhadores e na formulação das políticas.

O retorno à história não é um movimento isolado do campo da saúde coletiva. Desde meados da década de 1980, tem-se observado uma “virada histórica” nas ciências sociais anglo-saxãs que, se adquiriu visibilidade, está longe ainda de ser hegemônica⁸. Trazer o passado de volta, não só na formação e prática profissional, mas como elemento da análise das políticas de saúde, tem sido uma reivindicação que compreende que a “política pública é sempre história”⁹. Para o historiador norte-americano Charles Rosenberg, a maior contribuição da história para as políticas de saúde seria o seu fundamental sentido de contingência e complexidade. Ao mesmo tempo, chama atenção que a interação com a saúde pública pode impedir que historiadores produzam contextos despolitizados⁹.

No caso brasileiro, a linhagem de história dos trabalhadores e do trabalho que tem oferecido importantes interpretações sobre nosso passado recente pouco tem dialogado com a história dos médicos, enfermeiras, visitadoras, farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Além de uma natural desconfiança dos profissionais da saúde, esta também não é uma agenda fácil para os historiadores profissionais dedicados ao tema da saúde. Este campo disciplinar tende majoritariamente a recusar a idéia de aprendizado com a história, ou a “história como mestra da vida”, mesmo quando se reconhece a relação do presente com o passado. Quentin Skinner, historiador inglês, ao escrever sobre o “lugar da história na vida pública”, confessa que, mesmo reconhecendo que história pode servir a propósitos públicos, espera que os historiadores não transformem essa aspiração em seu objetivo principal¹⁰. Como lembra Rosenberg, os historiadores sentem-se muito desconfortáveis com prognósticos que são, justamente, uma das expectativas dos formuladores de políticas⁹.

Esse diálogo tem avançado, apesar das dificuldades cognitivas, estilísticas e profissionais. Existem revistas especializadas em história da medicina e da saúde no Brasil, nos Estados Unidos e na Inglaterra; porém, por vezes, se circunscrevem mais no campo disciplinar da história. Há movimentos de historiadores buscando apro-

ximar a história da política pública, como a iniciativa inglesa *History and Policy – connecting historians, policy makers and media*¹¹. Cruciais têm sido iniciativas no interior do campo da saúde pública que começam a prosperar. Há mais de uma década, o AJPH publica com sucesso uma seção chamada de “Saúde Pública, ontem e hoje” (*Public Health, then and now*) sob a direção de Elizabeth Fee e Ted Brown e, nesta década, o *Journal Epidemiology and Community Health* (da Associação Médica Britânica) inaugurou uma seção dedicada à história, editada por Virginia Berridge. São artigos de história que passam a ser publicados nas principais revistas de saúde coletiva e medicina. As questões postas no final dos anos 1990 começam frutificar, em particular a perspectiva que o entendimento da história de seu objeto aperfeiçoa a formação e a prática dos profissionais de saúde¹².

A emergência da chamada saúde global tem colocado novos desafios e questões para historiadores e trabalhadores da saúde¹³. O próprio uso da expressão “trabalhadores da saúde” que se tornou hegemônico em relação a recursos humanos ou força de trabalho é um fenômeno histórico a ser explicado. Uma pergunta fundamental é como a agenda internacional se relaciona e interage com agendas regionais e políticas nacionais? Do ponto de vista histórico e político, a análise da trajetória da saúde internacional e suas complexas relações com as agendas nacionais de saúde é importante para os desafios do século XXI. No campo específico dos recursos humanos em saúde, é imperioso que os historiadores visitem as agendas da qualidade e dos regimes de trabalho; de educação profissional, no tocante à escassez e aos desequilíbrios na disponibilidade, composição, distribuição produtividade e qualidade dos serviços; da governança e das controvérsias trabalhistas no setor saúde. O conhecimento histórico, invertendo Rosenberg, pode ser política pública.

Desenvolvimento de recursos humanos: um balanço da Organização Mundial de Saúde

Para olharmos à frente com clarividência, é prudente uma espiada à ré com discernimento - não para sermos confinados pela história, nem para repreender a nós mesmos ou a nossos predecessores, mas para aprender lições que nos sirvam como um trampolim para o futuro¹⁴.

Halfdan Mahler, 1978

Ainda sob os efeitos imediatos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, em setembro de 1978, a Organização Mundial de Saúde, sob a direção de Halfdan Mahler, decidiu convocar um grupo de trabalho com o propósito de realizar um balanço histórico acerca das políticas de desenvolvimento de recursos humanos implementadas pela organização nas suas primeiras três décadas de existência. Além de identificar as principais políticas, este balanço deveria estabelecer os principais fatores que influenciaram a sua formulação e, também, os seus efetivos impactos nas políticas nacionais de recursos humanos em saúde. Segundo Mahler, seria a primeira vez em que uma linha de atuação da organização seria submetida a uma avaliação que combinava tamanha amplitude temporal e profundidade. Ao seu final, a iniciativa deveria ser capaz de sinalizar como a experiência pregressa da organização poderia auxiliar a estabelecer tendências e a formular as políticas a serem instituídas no futuro e, tal como registra a epígrafe desta seção, deveria ser presidida por uma compreensão acerca da utilidade do conhecimento histórico: uma concepção tanto marcada por uma idéia da história como “mestra da vida”, quanto pelo compromisso com o futuro, o desenvolvimento e a sua aceleração.

O estudo foi realizado sob a coordenação de Tamas Fülöp, então diretor da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos da organização, e Milton Roemer, da Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia. E envolveu a revisão de vasta documentação oficial, a aplicação e análise de duas centenas de questionários para especialistas e autoridades de todo o mundo, bem como a realização de estudos de campo comparativos em seis países, a saber: Etiópia, Indonésia, Malásia, Gabão, Costa Rica e Barbados. O relatório veio a público em 1982, apenas em inglês, como uma *Who Offset Publication*, sob a forma de um tão longo, quanto pouco referido volume¹⁴.

Com o intuito de estabelecer as principais linhas de desenvolvimento do trabalho da organização, neste domínio específico, a trajetória da OPAS foi dividida grosso modo em quatro períodos, correspondendo aos três anos iniciais de instalação (1948-1951) e aos três pares sucessivos de períodos programáticos, ou Programas Gerais de Trabalho, segundo os ciclos de planejamento adotados pela OMS (1952-1961; 1962-1972; e 1973-1980).

Entre 1948 e 1961, e principalmente a partir de 1952, os autores do estudo registram como componente fundamental da política a ênfase no aspecto quantitativo da formação de médicos, seguida da formação de enfermeiras. Como estratégia para atender a esta necessidade, identificaram a distribuição de bolsas de estudo, o estabelecimento de comitês de especialistas, a realização de consultorias de curto e longo prazos com vistas a implantação de cursos de ensino superior e incentivo à publicação. A necessidade de expandir os serviços de saúde, sobretudo para as populações rurais, foi explicitamente registrada como um objetivo geral da política e, gradativamente, tem início uma promoção mais ampla dos programas de treinamento de pessoal auxiliar.

O papel do planejamento foi reconhecido como importante, neste período, promovendo-se a adoção de processos e técnicas no tocante ao pessoal de saúde, assim como a sua articulação ao planejamento setorial da saúde e aos planos nacionais de desenvolvimento. Como objetivo acessório, pretendeu-se alcançar maior uniformização, com a adoção de um padrão internacional mínimo de educação médica. Contudo, foram poucas as ações concretas neste domínio.

O relatório registra que, em muitos países e na OMS, aos poucos se enuncia uma maior atenção para a formação médica geral, como forma de se antepor ao que era considerada uma excessiva especialização em medicina, assim como para o treinamento de estudantes fora das instalações hospitalares e a necessidade de uma maior integração da formação de pessoal aos serviços de saúde, um movimento que, todavia, apenas se tornaria mais expressivo depois de 1975.

No período compreendido entre 1962 e 1973 - sempre segundo os autores do estudo¹⁴ - decaiu a prioridade aos aspectos quantitativos da formação de médicos e enfermeiras ao mesmo tempo em que se enfatizava a importância do treinamento de outros trabalhadores. Tornou-se mais visível a preocupação com a qualidade dos médicos e enfermeiras formados em lugar do seu mero número. Como as deficiências dos serviços de saúde nas zonas rurais persistiam, as incertezas sobre o treinamento e utilização de trabalhadores auxiliares declinaram e a OMS passou a promover firmemente a sua adoção. O conceito de integração ensino-serviço foi teoricamente sustentado, mas ele ainda não se converteria em programas amplos de ação, diante de forças que defendiam a independência e autonomia das instituições educacionais. De todo

modo, em alguns países, sob a forma de projetos especiais, teriam se realizado um número importante de atividades integradas.

No terceiro intervalo, entre 1973 e 1980, e que conclui o período examinado no trabalho, o objetivo da formação de pessoal convencional de saúde, em seus aspectos quantitativos, perde ainda mais relevância nas práticas da OMS. Em colaboração com a Unesco, a organização aprofunda a discussão sobre a equivalência internacional de títulos, qualificações no campo da saúde, ao mesmo tempo em que chamava maior atenção para um problema de natureza diametralmente oposta: a migração de médicos e enfermeiras dos países em desenvolvimento para aqueles economicamente mais ricos. Procurava-se então demonstrar que as forças de mercado determinavam um fluxo de pessoal de saúde dos países que formavam força de trabalho além das suas capacidades de absorvê-la em seus serviços (quase sempre aquém das necessidades nacionais) em direção àqueles que produziam recursos humanos abaixo das necessidades manifestadas pelos seus relativamente atrativos mercados tanto públicos como privados de trabalho.

O tema do aumento da cobertura dos serviços de saúde, com a utilização de pessoal auxiliar para o provimento da atenção primária à saúde, surgiu claramente como tópico de prioridade objetiva na maioria dos países em desenvolvimento. Em associação com este tópico, o conceito de desenvolvimento de pessoal de saúde se torna diretamente associado à idéia de administração de recursos humanos. Na mesma direção, a formação de gestores de pessoal de saúde se torna uma estratégia para dar conta das necessidades dos serviços. O conceito de integração ensino-serviço amadurece a ponto de receber formulação específica, sendo aceito como um objetivo singular de longo prazo das políticas de recursos humanos da OMS. Ao mesmo tempo, a idéia de um planejamento apenas tecnicamente orientado é substituída por uma maior ênfase para com os componentes políticos e econômicos, assim como por uma articulação dos componentes de planejamento, de “produção” e gestão do de recursos humanos como parte de ações integradas de desenvolvimento nesta área.

Pretendendo uma síntese dos resultados destas políticas nos países, na altura de inícios da década de oitenta, os autores concluem pela presença de um importante movimento global no sentido de melhor planejar, educar e utilizar mais racionalmente a força de trabalho em saúde. Se-

riam igualmente positivos os incrementos quantitativos verificados na formação de novos trabalhadores da saúde, ainda que tenha permanecido significativamente desigual a sua distribuição pelos países e pelas regiões de cada país, com a ocorrência de flagrante escassez em várias circunstâncias. Por outro lado, a experiência indicava que um simples aumento do número de profissionais por si só não seria suficiente. Em busca de maior eficiência, um relativo consenso teria se formado em torno da necessidade da constituição de equipes de saúde que contemplassem em seu interior pessoal auxiliar. De toda forma, as necessidades de saúde das populações seriam muito superiores ao número e às competências dos trabalhadores de saúde disponíveis.

Um maior consenso teria se formado, ainda, em torno das críticas dirigidas a uma excessiva especialização do profissional médico. Àquela altura, esta tendência estaria sendo mesmo contida pelos movimentos voltados para o fortalecimento da medicina generalista ou familiar. Ao mesmo tempo, um pequeno, mas crescente, número de escolas de medicina, de enfermagem e de outros profissionais de saúde estariam reorganizando seus programas de estudo em direção a uma efetiva integração entre a docência e as necessidades dos serviços de saúde.

Sob o signo da meta de **Saúde para Todos no Ano 2.000** e da estratégia da **Atenção Primária à Saúde** como orientação, reconhecer-se-ia que avanços importantes foram registrados em alguns países. Todavia, admitia-se também que eram poucos os passos que haviam sido dados, considerando-se a meta mais ambiciosa. E uma das questões a serem enfrentadas dizia respeito a aprofundar a gestão integrada do processo de desenvolvimento de recursos humanos **vis-à-vis** as necessidades concretas da atenção à saúde.

Os autores foram, ainda, francamente otimistas acerca das bases institucionais então disponíveis para uma atuação futura. Os cenários nos países eram considerados melhores em seus termos gerais e haveria um maior consenso em torno da agenda a ser perseguida. Na sua avaliação, uma crescente pressão política era então exercida pela comunidade internacional das nações sobre os Estados Nacionais, no sentido das medidas necessárias e possíveis na esfera nacional e no terreno da cooperação com outras nações.

No tocante aos desenvolvimentos futuros da área de recursos humanos no interior da OMS, o estudo recomendou um foco na promoção de decisões políticas nos países, orientadas pela es-

tratégia da atenção primária à saúde e pela articulação entre recursos humanos e necessidades de saúde; a ênfase no componente da gestão do trabalho em saúde frente aos componentes tradicionais relativos aos quantitativos de trabalhadores, sendo mais importante estabelecer metas quantitativas segundo as reais necessidades das equipes de saúde e os conhecimentos e as habilidades requeridas em cada circunstância; e, por fim, um monitoramento e avaliação permanentes de tendências e da própria eficácia das políticas, acompanhadas de um trabalho ativo no enfrentamento de resistências conceituais, ideológicas e programáticas. A maior ênfase na abordagem política das questões de recursos humanos deveria resultar em uma maior atenção aos sentidos e objetivos das políticas a serem implementadas e uma menor relevância às orientações de caráter puramente técnico, ainda que estas devessem ser objeto de permanente aperfeiçoamento.

De todo modo, um evidente otimismo permeia as conclusões do trabalho, elaborado sob a liderança de personagens diretamente implicados na condução da OMS no terreno dos recursos humanos. É digna de nota uma visível confiança no acerto e alcance dos objetivos e das orientações estratégicas então adotadas pela OMS. Àquela altura, *Saúde para Todos no ano 2.000* e a *Atenção Primária à Saúde* constituíam para os autores uma orientação segura. E, ainda que fosse difícil de aquilatar os efetivos impactos proporcionados pela atuação da OMS nos países, mostraram-se convencidos de que, pelo menos em parte, alguns dos indicadores positivos registrados no tocante à formação e utilização dos trabalhadores da saúde poderiam ser creditados à organização.

Recursos humanos na América Latina e Caribe: a agenda de trabalho da OPAS

Um ano após tomar posse como o quarto diretor da Repartição Sanitária Pan-americana, o norte-americano Fred Soper assistiu a criação da Organização Mundial da Saúde (1948). Coube a ele, em nome da organização regional americana, conduzir as negociações definitivas no tocante ao vínculo que a Repartição manteria com a recém-criada organização mundial, bem como com a Organização dos Estados Americanos (OEA), fundada no mesmo ano. Ao final deste processo, ela assumiu a nova designação de Organização Sanitária Pan-americana, preservava a sua autonomia como organização americana de saúde, ao mesmo tempo em que se credenciava como escri-

tório regional da OMS para a região¹⁵. Embora norte-americano, Soper foi o primeiro diretor da OPAS que não tinha sido funcionário do governo dos Estados Unidos e este fato pode explicar, pelo menos parcialmente, o sentido de autonomia que uma reformulada e fortalecida organização conquistaria também com relação aos Estados Unidos no decorrer deste período, tornando-se, assim, mais próxima de uma representação dos interesses de seus estados-membros, especialmente dos latino-americanos¹⁶.

Durante seu mandato (1947-1959), a agenda de trabalho da Organização Sanitária Pan-americana ampliou-se sensivelmente, sem, todavia, abrir mão da agenda tradicional, centrada nas campanhas contra as doenças transmissíveis, que sofreria mesmo uma ampliação. A Organização, assim, se aproximaria e se constituiria como ator-chave em torno de novos temas, entre estes o planejamento e a educação profissional em saúde.

Neste período, encontrava-se em ampla expansão a rede hospitalar nos principais centros urbanos latino-americanos, ao mesmo tempo em que se firmava a noção de que as áreas rurais encontravam-se sem cobertura médica, sem aparelhamento e pessoal de saúde suficiente frente às necessidades epidemiológicas das populações. Neste quadro, a carência de médicos, enfermeiras e de outros profissionais se apresentava como um problema importante a ser enfrentado. A Repartição realizaria esforços no sentido de promover a ampliação do número de estabelecimentos de ensino médico na América Latina e Caribe, assim como a introdução e desenvolvimento do ensino de medicina preventiva. Soper também logo organizaria a Seção de Enfermagem da organização, a partir de 1947 chefiada por Agnes Chagas, na condição de assessora regional de enfermagem para todo o continente. Entre as tarefas de Chagas, estava a avaliação das cerca de sessenta escolas de enfermagem que existiam na região. Em 1949, realizar-se-iam as primeiras reuniões regionais de enfermagem, em São José da Costa Rica¹⁶.

Também na gestão de Soper, houve grande incremento no programa de bolsas da Organização, contemplando médicos, engenheiros sanitários, enfermeiras, dentistas, veterinários e outros profissionais de saúde. Segundo Marcos Cueto, o período registra uma “verdadeira americanização da educação médica e da saúde pública na região”¹⁶, tamanha a distribuição de bolsas para a realização de estudos nos Estados Unidos. Em larga medida, este grande investi-

mento na formação de pessoal encontrava-se diretamente vinculado ao programas de erradicação e controle das enfermidades infecto-contagiosas historicamente mais desafiadoras na região, como a malária, a febre amarela e a tuberculose.

Na década de 1950 e, principalmente, de 1960, a Organização teve papel ativo na construção e disseminação dos discursos desenvolvimentistas em saúde, defendendo a ampliação dos serviços, especialmente para as zonas rurais dos países, bem como a participação comunitária em saúde. O chileno Abraham Horwitz, diretor da OPAS no período compreendido entre 1959 e 1975, e o primeiro não norte-americano, foi ator fundamental durante esta etapa.

Em larga medida, no conjunto da gestão de Horwitz, deu-se seguimento a tendências desenhadas no período anterior, tendo sido conferida especial atenção à formação de recursos humanos, sobretudo com uma ampliação ainda mais vigorosa da distribuição de bolsas de estudos, o que significou um aumento de cerca de 70% com relação ao quadriênio anterior. O objetivo principal deste investimento era criar serviços nacionais de saúde a partir de lideranças nacionais bem capacitadas, o que significava contar com trabalhadores com grau de especialização avançado em medicina ou outras ciências da saúde¹⁷. A agenda da saúde interamericana, todavia, passava a assumir a forma de planos de médio prazo, em consonância com os cânones do planejamento econômico e social que àquela altura se generalizavam, como atestam os eventos como a Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, mais amplamente conhecida como a Conferência de Punta del Este, realizada em 1961, no Uruguai.

Ao final da primeira Reunião de Ministros da Saúde das Américas, de 1963, que estabeleceu as diretrizes a serem adotadas para o cumprimento das ações previstas no **Primeiro Plano Decenal de Saúde**, definido durante aquela conferência uruguaia, o desenvolvimento de recursos humanos tornou-se um dos tópicos relevantes da agenda. Procurando atender a aspectos tanto quantitativos quanto qualitativos, a pauta de recursos humanos incluía um adequado planejamento dos tipos, quantitativos e distribuição de pessoal requerido pelos serviços, o que contemplava uma crítica das metas puramente quantitativas; o incentivo à criação de novos estabelecimentos de ensino universitário nas áreas, principalmente, de medicina, enfermagem e engenharia sanitária; a emergência do tema da qualificação dos cha-

mados trabalhadores auxiliares, tanto em serviço como em unidades de formação de novos quadros; e a recomendação por uma aproximação entre as esferas governamentais de saúde e educação com uma incipiente enunciação de demandas por uma maior integração ensino-serviço. Contemplava, ainda, em estreita associação com estas últimas recomendações, uma revisão dos programas de ensino de medicina. O plano decenal enunciava ainda que os estudos acerca das necessidades de pessoal de saúde deveriam integrar, ao lado de temas como a administração e a economia da saúde, a agenda de pesquisa a ser desenvolvida pelos institutos de pesquisa do continente¹⁸.

A Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, por seu turno, realizada em Santiago do Chile, em outubro de 1972, e que instituiria o II Plano Decenal de Saúde para as Américas¹⁹ para o período compreendido entre 1971 e 1980, chamou a atenção para a importância dos profissionais de saúde de nível superior, técnicos e auxiliares para o desenvolvimento da atenção médica integral. Seguindo a linha traçada pelo I Plano Decenal de Saúde para as Américas, quando se privilegiou a preparação de trabalhadores para a saúde em diversas categorias, com destaque para os médicos, o II Plano Decenal, no que se refere ao tema de recursos humanos, se propôs a corrigir “problemas peculiares que requerem ênfase especial”¹⁹.

Recomendava-se ênfase nos investimentos voltados para a formação de médicos generalistas, em número suficiente às necessidades das periferias dos centros urbanos e das zonas rurais. Quanto aos médicos especializados, propõe uma distribuição mais racional destes pelo território dos países, de modo a se obter maior produtividade e aproveitamento do tempo de trabalho. Enfermeiras e auxiliares de enfermagem são categorias profissionais consideradas chave para a prestação de cuidados de saúde, sobretudo em países em desenvolvimento. Nesse sentido, a partir do diagnóstico que apontou a existência de um grande déficit de enfermeiras no continente, sugerem-se investimentos nacionais massivos para a formação de pessoal de enfermagem. Quanto à carência geral de pessoal de saúde, reconhecem-se avanços na formação de odontólogos, engenheiros, médicos veterinários, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais. Todavia, afirmava-se que as necessidades sociais continuavam superiores à quantidade de trabalhadores de saúde disponíveis²⁰.

Do ponto de vista metodológico, o Plano

Decenal para a década de 1970 reitera a planificação da formação e do emprego de pessoal de saúde nos países, bem como sugere uma reforma no ensino das profissões de saúde, de modo a situar os trabalhadores em um campo menos biologicamente especializado e mais multidisciplinar, a partir de um processo em que se coordene disciplinas básicas, clínicas e sociais. A estratégia explicitamente recomendada, neste sentido, é a integração docente-assistencial, de modo a permitir uma formação de profissionais qualitativamente condizente com as necessidades dos serviços de saúde, o que exigia, por sua vez, uma melhor coordenação entre os ministérios da saúde e as demais agências estatais nacionais.

Por fim, também em sintonia com o Plano Decenal para a década anterior, o II Plano Decenal chama a atenção para a necessidade de se institucionalizar mecanismos que permitam o desenvolvimento da “atenção rural”, estimulando a desconcentração de profissionais de saúde graduados dos grandes centros urbanos para as regiões mais afastadas das grandes cidades.

Em 1975, teve início a gestão do mexicano Héctor Acuña (1975-1983). Em sintonia com os trabalhos desenvolvidos na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, que ocorreu em Alma-Ata, em setembro de 1978, Acuña marcaria sua gestão com a intensificação dos investimentos em políticas de atenção primária à saúde. Saúde ambiental, conservação do meio-ambiente e difusão da informação médica e científica constituíram-se em temas igualmente importantes a partir da posse do mexicano. No que se refere à temática dos recursos humanos, avança nesta época o diagnóstico sobre a disfuncionalidade da formação médica com relação às necessidades de saúde da população, fortalecendo, assim, a agenda do planejamento de pessoal de saúde. Consolidava-se a percepção de que este pessoal não se encontrava coordenado, sofria deficiências técnicas e estava mal distribuído, concentrado nas cidades e escasso nas zonas rurais.

A crítica da formação médica tradicional, o impulso da medicina comunitária e a preocupação de alcançar a saúde com o desenvolvimento, manifestada deste os anos 60, permitiriam adaptar a Organização às práticas de atenção primária, difundidas a partir de Alma-Ata, 1978. Junto com o governo do Canadá, a OPAS organizou, por exemplo, a **Primeira Conferência sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde** (Ottawa, 1973).

A agenda brasileira a partir de um programa estratégico de recursos humanos

Contexto interessante para se examinar as relações entre políticas nacionais e internacionais na área de recursos humanos em saúde, seria, para o caso brasileiro, a experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), instituído, a partir de 1975, como uma iniciativa de cooperação entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Envolvendo os ministérios da Saúde (MS) e da Educação e Cultura (MEC), entre outras agências e esferas de governo, o PPREPS organizou-se a partir de três frentes de atuação.

Na primeira delas, o programa tomou como objetivo a formação massiva de pessoal de saúde de nível médio, de tipo técnico e auxiliar, e elementar. Suas metas originais foram ambiciosas: entre 160 mil e 180 mil pessoas a serem capacitadas no período de três anos de trabalho, cobrindo as mais diversas categorias de trabalhadores, com ênfase naquelas vinculadas diretamente à prestação de serviços médicos e de características polivalentes, sem descuidar dos serviços intermediários e de apoio técnico e administrativo²¹.

No segundo eixo, de forma associada ao primeiro, o PPREPS procurou dar conta da formação de pessoal para a saúde não apenas em sua dimensão quantitativa, mas também qualitativa. Um dos objetivos centrais desta frente consistiu na criação de regiões docente-assistenciais de saúde, de maneira a se atingir uma cobertura final de 15 a 20 milhões de pessoas em todo o país. Esta integração deveria se efetivar em todos os níveis da formação de recursos humanos para a saúde e em todos os âmbitos de assistência do sistema de serviços. Deveria permitir a experimentação de novas estratégias e procedimentos, em apoio ao processo de reorganização dos serviços em âmbito regional, estimulando uma maior articulação técnica e administrativa entre as várias instituições do setor e entre estas e as instituições formadoras, em especial com a universidade²¹.

O PPREPS enquadrava-se, ainda, entre os esforços de renovação da gestão do aparelho de estado em saúde no país, o que configurava uma terceira frente atuação. Afinado com as discussões em torno do planejamento em saúde, o programa se comprometia diretamente com a expansão e racionalização da rede de serviços sanitários, sua melhor articulação institucional e aparelhamento técnico e humano²². Neste sentido, temas como a prestação hierarquizada de cuida-

dos de saúde e a descentralização administrativa faziam parte de seu escopo de trabalho e de suas orientações. No terreno da gestão, caberia ao programa oferecer apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em diversos estados federativos, de forma idealmente integrada aos sistemas de planejamento setorial. Essa orientação geral e estratégica, em sintonia com os demais objetivos do programa, na prática, manifestar-se-ia no apoio ao desenvolvimento das secretarias de saúde estaduais, já que o PPREPS se propunha a atuar operacionalmente de forma descentralizada²³.

A partir do final da década de 1970 e início da década de 1980, o PPREPS, gradualmente, ampliaria sua agenda de trabalho rumo a temáticas mais diretamente ligadas à organização e à gestão do sistema de saúde. Seus eixos de trabalho originais, ligados à formação em massa de pessoal em saúde e à reorientação qualitativa da formação, contudo, continuariam na pauta do programa. Em um balanço de uma primeira fase das atividades do PPREPS, realizado em 1978, registrou-se um número considerável de pessoas capacitadas, em seus diferentes níveis e categorias, ainda que bem abaixo das metas. Formaram-se cerca de quarenta mil pessoas, sendo que no nível elementar, em categorias como atendentes, agente comunitário, auxiliares de enfermagem e administração, foram quase vinte mil indivíduos capacitados. Os dados relativos às categorias de nível médio, englobando visitantes sanitários e as áreas técnicas de enfermagem, saneamento, laboratório, nutrição, administração, entre outras, indicaram o alcance de algo como onze mil egressos. No nível superior, os números davam conta de nove mil alunos capacitados para as funções de supervisão²⁰. De uma maneira geral, segundo avaliação das lideranças envolvidas na coordenação do PPREPS, a linha de trabalho em torno da integração docente-assistencial enfrentou as dificuldades mais sérias entre todas as iniciativas do programa²⁴. Estas decorreram, de início, de sua frágil sustentação institucional, consequência de uma institucionalização embrionária do recém-criado Sistema Nacional de Saúde (1975). Além disso, havia nas universidades segmentos refratários às reformas, assim como havia uma tradição profissional disciplinar resistente às abordagens de cunho interdisciplinar²³.

Ainda que o PPREPS não tenha concebido um campo de trabalho voltado diretamente ao incentivo de pesquisas acadêmicas que tomassem como tema recursos humanos para a saúde no Brasil, pouco a pouco, o programa começou

a colaborar para a constituição desta temática como um campo cognitivo próprio. A necessidade de maior rigor técnico e conhecimento sobre o assunto exigiram dos diversos atores envolvidos com o programa, em seus vários níveis, maior investimento no tema de recursos humanos como uma agenda de pesquisa²⁰.

Como se verá em maiores detalhes nessa publicação, a saúde pública brasileira – e o caso do PPREPS é, como dissemos, excelente exemplo – mantinha pontos programáticos em sensível sintonia com as discussões e orientações enunciadas no plano internacional, especialmente aquelas propugnadas por agências como Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde. Os debates em torno do aumento da cobertura dos serviços de saúde; de um planejamento do sistema de saúde mais eficiente, o que incluía o planejamento da formação e usos do pessoal de saúde; o tema da reorganização político-administrativa do sistema de saúde, rumo a modelos de gestão mais descentralizados, entre outras discussões, encontram-se expressos e bem representados em solo nacional. As metas e orientações assumidas pelo PPREPS são exemplares, assim como o desenvolvimento, com seu apoio direto, do chamado Projeto Larga Escala para a formação de pessoal técnico de nível médio e auxiliar para a saúde, a partir da primeira metade dos anos 1980, que culminaria na futura organização das escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS). O investimento realizado na formação de pessoal para a gestão de recursos humanos e do sistema de saúde, que tem em projetos como os Cursos de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cadrhu) e de Gestão de Unidades Básicas de Saúde (GERUS) um dos seus melhores exemplos, também dão mostra destas iniciativas da saúde pública brasileira^{23, 25, 26}.

Deste modo, o caso PPREPS parece revelar, em um só tempo, tanto a sintonia da saúde pública/coletiva brasileira com movimentos e propostas provenientes das instituições internacionais especializadas em saúde, como também – e principalmente – o caráter precursor dos técnicos brasileiros neste mesmo terreno. A experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde representou um conjunto de respostas adaptadas e soluções autênticas aos problemas da formação de pessoal, bem como um esforço que se desenvolveu em várias frentes e cujos objetivos giraram em torno de um melhor funcionamento e institucionalização do sistema de saúde brasileiro.

Discussão

Um olhar histórico sobre as trajetórias das agendas internacional, regional e brasileira no campo dos recursos humanos em saúde levanta algumas questões importantes para o que historiadores como Paul Veyne chamam de alargamento do presente. Em tempos de saúde global, a primeira pergunta importante é como se desenvolveram essas três agendas nos últimos quarenta anos? Quais foram os elementos de permanência, descontinuidade e inovação de seus principais enunciados? A perspectiva diacrônica é fundamental para identificar processos no tempo em que alterações conjunturais, acasos, ativismo individual e aprendizado institucional podem explicar mudanças nas agendas e as circunstâncias da inovação. Por outro, permite compreender permanências ou mesmo a dificuldade de renovação. As instituições e políticas criadas nesses processos se tornam limites estruturantes da ação e da interação humana. Decisões tomadas em certo ponto do tempo produzem instituições, interesses e comunidades de especialistas que delimitam a trajetória posterior da política e diminuem as possibilidades de cursos alternativos para as políticas públicas em questão²⁷. Portanto, a capacidade de reprodução e/ou a inovação em políticas de educação e gestão do trabalho em saúde são interpelações também históricas.

Uma segunda pergunta importante nessa visita histórica a este domínio é referida às semelhanças e particularidades entre as três trajetórias das políticas para o setor (internacional/regional/nacional). Esta indagação diz respeito a serem abordadas, do ponto de vista histórico, questões cada vez mais centrais e contemporâneas sobre as possibilidades de políticas autônomas e/ou do-

mésticas em um mundo cada vez mais interdependente. Há muito parece não ser mais possível compreender as políticas públicas nacionais sem a análise dos vínculos que estas estabelecem com um ambiente internacional cada vez mais interdependente. Quais são os efeitos da internacionalização de agendas de proteção social e bem-estar sobre as políticas domésticas, suas instituições e atores? De modo inverso, qual a capacidade dos Estados nacionais em influenciar e/ou modificar essa agenda, ou a ela resistir, tanto do ponto de vista da política doméstica como no ambiente internacional? Quais são as condições, estrangulamentos e incentivos institucionais que promovem a aceitação, rejeição, cooperação, inovação (produção de alternativas) e remodelação das políticas internacionais no tocante ao trabalho em saúde²⁸? A trajetória das políticas do governo brasileiro neste terreno indicam que essas não são respostas fáceis e que as mesmas não podem ser apresentadas de forma dicotômica.

Por último, um exemplo desse potencial diálogo entre história e saúde emerge do próprio plano de ação de dez anos proposto no *Relatório Mundial da Saúde-2006*. A reivindicação de uma combinação entre liderança nacional e solidariedade global para lidar com as carências críticas no que diz respeito aos trabalhadores da saúde nos remete diretamente à história da saúde internacional no que diz respeito às suas origens assimétricas e desiguais na relação de poder entre países e organizações e sua transformação na direção de formas mais cooperativas. A solidariedade na saúde global pode ser vista com desconfiança pela análise da história, que, ao mesmo tempo, pode ser animadora dessa mesma solidariedade a partir da análise das idéias e das lutas de trabalhadores e trabalhadoras na construção coletiva da saúde.

Agradecimentos

Os editores convidados agradecem a valiosa assessoria editorial de Carlos Henrique Assunção Paiva na elaboração deste número temático.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração deste artigo.

Referências

- Human Resources for Health and Development: a Joint Learning Initiative; 2003.
- Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2006 – Trabalhando Juntos pela Saúde. Genebra: OMS; 2006.
- Fee E, Brown TM. Why history? *Am J Public Health* 1997; 87:1763-1764.
- Berridge V. History in Public Health: who needs it? *Lancet* 2000; 356:1923-1925.
- Berridge V. History in Public Health: a New Development for History. *Hygea Internationalis* 1999; 1(1):23-36.
- Brown TM, Fee E. A role for public health history. *Am J Public Health* 2004; 94:1851-1853.
- Berridge V, Gorsky M. The importance of the past in public health. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:728-729.
- Hochman G. História e Políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2007; 64:153-156.
- Rosenberg CE. Anticipated consequences: historians, history, and health policy. In: Stevens RA, Rosenberg CE, Burns LR, editors. *History and Health Policy in the United States. Putting the past back in*. New Brunswick and London: Rutgers University Press; 2006.
- Skinner Q. The place of history in public life. [acessado 2008 Fev 12]. Disponível em: <http://www.historyandpolicy.org>
- Site na Internet. [acessado 2008 Fev 12]. Disponível em: <http://www.historyandpolicy.org>
- Scally G, Womack J. The importance of past in public health. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:751-755.
- Brown TM, Cueto M, Fee E. A transição da saúde pública internacional para a global e a Organização Mundial da Saúde. *Hist. cienc. saude* 2006; 13(3):623-647.
- Fülop T, Roemer M. *International development of health manpower policy*. Geneva: WHO; 1982.
- Lima NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman J, organizador. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 23-106.
- Cueto M. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Paiva CHA. A Opas em foco: uma história das relações internacionais em saúde na América Latina. [resenha sobre o livro *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la salud*, de Marcos Cueto]. *Hist. cienc. saude* 2006; 3(1):177-182.
- Organização Pan-Americana de Saúde. Reunion de Ministros de Salud - Grupo de Estudio: Informe Final. *Bol Oficina Sanit Panam* 1963; 42(55):1-49.
- II Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington: OPAS; 1972.
- Ferreira JR. Estratégias internacionais em educação médica: asistencia técnica y cooperación técnica. *Educación Médica y Salud* 1976; 10(4):335-344.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS. Brasília: MS/MEC/OPAS; 1976.
- Nunes TCM. *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Pires-Alves FA, Paiva CHA. *Recursos críticos. História da cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS. Brasília: MS/MEC/OPAS; 1979.
- Santana JP, organizador. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (Sus)*. Brasília: OPAS; 1997.
- Santana JP, Castro JL. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: MS, OPAS, UFRN, 1999
- Pierson P. *Politics in time – history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
- Kehone R, Milner HV, editors. *Internationalization and domestic politics*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.