

# A ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS) E A REFORMA DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA (1960-70)<sup>1</sup>

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA

## 1 - INTRODUÇÃO:

Este texto procura refletir a respeito de propostas e mudanças institucionais fundamentais no campo da formação de recursos humanos em saúde pública na América Latina a partir dos anos 1960. Esta década marca o arranjo do *Primeiro Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso*, reunião e documento que não apenas balizarão os encontros de Ministros da Saúde das Américas, respectivamente em Washington (1963) e Buenos Aires (1968) e Santiago (1972), mas também tratarão de mudanças teóricas, conceituais e práticas relevantes na gestão de recursos humanos e nas políticas de saúde de todo o continente, incluindo o Brasil.

Por fim, discutirei as conexões internacionais que concorreram para a elaboração do acordo de recursos humanos entre a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro no ano de 1975, que parece ter significado importante avanço na agenda de mudanças institucionais no campo da formação de recursos humanos em saúde no país.

## 2 - UMA CRONOLOGIA DO PROCESSO

A Revolução Cubana<sup>2</sup>, cujo ponto de partida se deu no ano de 1959, fomentou o clima de rivalidade internacional que se desenhava desde o pós-guerra, com o embate ideológico entre Washington e o Kremlin. Com o alinhamento de Fidel Castro à causa soviética, a partir de 1961, a gestão John Fitzgerald Kennedy (1961-11/1963) se ocupará especialmente com a questão política da manutenção da imunidade e afastamento da América Latina dos ideais comunistas, implicando assim o alinhamento dos vizinhos do sul às propostas e aos interesses norte-americanos.

Uma das estratégias políticas organizadas pelo governo norte-americano será a implementação da *Aliança para o Progresso*, em Punta del Este/Uruguai, em agosto de

---

<sup>1</sup> Este texto, produzido no período de outubro-janeiro de 2004, é produto preliminar do projeto “História da cooperação técnica em Recursos Humanos em Saúde no Brasil”. (COC/FIOCRUZ-OPAS/OMS).

<sup>2</sup> A literatura sobre o assunto é vasta; a respeito sugere-se FERNANDES, Florestan. **Da guerrilha ao socialismo: a revolução cubana**. São Paulo: TAQ, 1979. 231p.

1961<sup>3</sup>, medida aprovada na **Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social** que *grosso modo* procurava estimular reformas sociais e estruturais nos países vizinhos americanos. O evento também marca a criação da **Carta de Punta del Este**<sup>4</sup>, documento assinado pelos países membros da **Organização dos Estados Americanos** (OEA).

A Carta possui dois documentos anexos: A **Resolução A.1**, intitulada *Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso*; e a **Resolução A.2**, o *Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso*. Este último parece ter lançado as bases de todo um movimento de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina, especialmente no que se refere à discussão acerca do planejamento em saúde, do aumento de cobertura dos serviços e da reforma dos currículos médicos, que serão pautas importantes de congraçamento e tensão dos campos médicos nacionais no continente. Assim, no cerne dessas discussões creio que há um importante debate acerca de uma nova estruturação no campo dos recursos humanos em saúde.

No Brasil este amplo movimento terá tonalidades próprias, com o chamado movimento do *sanitarismo-desenvolvimentista*<sup>5</sup>, do qual figuras como o sanitarista Mário Magalhães e; em alguma medida, com as propostas do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, cuja marca será o chamado *modelo sespiano*<sup>6</sup>. Creio que, em sintonia com tais mudanças institucionais e ideológicas no campo da saúde brasileira, há todo um movimento proposto em escala continental pela **Organização Panamericana de Saúde** (Opas), organismo de cooperação internacional que pautou o debate a partir dos primeiros anos da década de 1960. A Carta de Punta del Este é justamente o marco político-institucional e simbólico dessa mudança no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais deste campo, no desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas.

---

<sup>3</sup> Ver “Información general – Reunión de Punta del Este, Uruguay”, **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Ano 40, Vol. LI, nº 5, novembro de 1961. pp. 473-493.

<sup>4</sup> Idem.

<sup>5</sup> Este movimento criou suas próprias idéias acerca do futuro do país, bem como um conjunto de soluções para as mazelas reinantes no campo da saúde. Muitas de suas propostas foram expressas na Sociedade Brasileira de Higiene, em 1962; e nas Conferências Nacionais de Saúde, que se iniciam a partir de 1941; talvez, de maneira mais enfática na 3ª Terceira Conferência de Saúde, realizada em 1963 (ver Campos, 1999;2000)

<sup>6</sup> O SESP foi criado no quadro da Segunda Guerra Mundial para dar inicialmente suporte à exploração dos recursos naturais do norte e nordeste do país, mas por conta de sua autonomia político-administrativa, imprimiu propostas próprias, sem, no entanto, se afastar no todo das demais. (Ver Idem)

A reunião do Conselho Interamericano Econômico y Social da Organização dos Estados Americanos (OEA), de 17 de agosto de 1961, que aprovou a Carta, teve como objetivos primários a construção da meta decenal de combate às enfermidades mais graves do continente, em particular a malária, devido seu impacto nos números de invalidez e morte, e assim elevar em cinco anos a expectativa de vida ao nascer dos indivíduos. Suas recomendações gerais para os países membros da OEA foram: (1) a preparação de planos nacionais em todo o continente; (2) criar, nos Ministérios de Saúde, unidades de planificação e avaliação; (3) melhorar o processo de produção de estatísticas sobre saúde; (4) investir na formação de pessoal profissional e auxiliar; (5) determinar o número de técnicos, capacitar os funcionários em serviço e ampliar os centros de educação; e, por fim, (6) organizar os serviços de saúde locais, integrando as funções de prevenção e tratamento.

Estas são medidas tomadas a médio e longo prazo. As medidas que o documento instituí como imediatas são: (1) formular projetos para produção de água potável; (2) reduzir a mortalidade; (3) erradicar do continente o impaludismo, a varíola e intensificar o combate às outras enfermidades contagiosas, como a tuberculose; (4) melhorar a alimentação e nutrição; (5) aumentar a cobertura dos serviços médicos; (6) aumentar em cinco anos a esperança de vida; (7) sugere-se que se utilize a assessoria técnica da Opas para a confecção dos planos nacionais; e (8) recomenda-se também o uso de meios de assistência técnica, multilateral ou bilateral.

A pauta na mudança dos padrões de formação profissional no campo da saúde é tarefa visível no ano seguinte, com a elaboração do primeiro **Curso sobre Planificação de Saúde** no Instituto de Planificação Econômica e Social (IPES), em Santiago, Chile. O curso foi organizado pela Opas e pelo Ipes e destinou-se aos altos funcionários da administração de saúde dos países membros da Opas<sup>7</sup>. Seu objetivo principal foi a formação de planejadores de saúde para fomentar os planos nacionais de saúde da América Latina, então apontados na Carta de Punta del Este<sup>8</sup>.

*A Reunião dos Ministros de Saúde das Américas*, em Washington, em abril de 1963 foi o primeiro encontro dos Ministros da Saúde das Américas realizado com o fim

---

<sup>7</sup> Ver “Primer Curso sobre Planificación de la Salud”, **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Ano 42, vol. LIV, nº 3, março, 1963, pp. 266-267.

<sup>8</sup> Participaram do curso vinte alunos, provenientes de 19 países latino-americanos e designados pelas instituições de origem. O curso consistiu em aulas teóricas, com leituras dirigidas, mesas redondas, trabalhos de laboratório e de campo e seminários, pautados de acordo com os seguintes temas: saúde e desenvolvimento econômico; demografia; natureza do processo de desenvolvimento econômico; planificação econômica e social; financiamento; programação da saúde.

de sugerir medidas práticas para cumprimento das metas da Carta de Punta del Este, especialmente no que se refere ao Plano Decenal Saúde<sup>9</sup>, de acordo com o documento:

*“La Oficina Sanitaria Panamericana reunió previamente una serie de Comitês de Expertos del Continente, para analizar el estado actual de cada uno de esos problemas y sugerir las medidas de orden práctico com el fin de cumplir los objetivos que señala la Carta de Punta del Este, en particular el Plan Decenal de Salud que aparece em la Resolución A.2 de dicho documento.”*<sup>10</sup>

A grande tônica de toda discussão passa pela integração das ações de saúde, então consideradas amplamente desconexas e pontuais. Desta forma, *“hay conciencia hoy de que los programas de salud forman parte – y no están segregados – de la planificación general del desarrollo. Es este el método que se recomienda em la Carta de Punta del Este”*(Ibdem, p.3).

Nesse contexto, qual é efetivamente a contribuição prática da conferência? A resposta está, ao meu ver, no conjunto de prioridades a serem enfrentadas para a resolução dos problemas de saúde identificados. De início um dilema já é constatado: a falta de estatísticas confiáveis (ou não) acerca dos problemas de saúde dos países latino-americanos, o que contrasta com a realidade dos Estados Unidos e Canadá.

Eis assim a primeira imagem do planejamento de recursos humanos para a saúde: a formação de pesquisadores treinados para a produção e operacionalização de dados epidemiológicos<sup>11</sup>. Daí não apenas se dá a emergência da formação de recursos humanos em saúde como pauta permanente de discussão e desenvolvimento, como também se levanta a questão da organização político-administrativa dos serviços como peça fundamental<sup>12</sup>. Em segundo lugar, sugere-se a organização do combate às endemias e epidemias de acordo com estratégias específicas, sejam malária, varíola,

---

<sup>9</sup> Ver “Reunión de Ministros de Salud – Grupo de estudio, Informe final”, **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Ano 42, vol. LV, nº 1, julho, 1963, pp. 1-49.

<sup>10</sup> *Idem*, p.1.

<sup>11</sup> A articulação teórica entre planejamento e desenvolvimento econômico e social foi construída principalmente pela Comissão Econômica para a América Latina/CEPAL (1948), organismo internacional vinculado à Organização das Nações Unidas. Na saúde estas idéias tomaram conta do debate, como tento demonstrar, a partir da Carta de Punta del Este, de 1961.

<sup>12</sup> Neste contexto a pauta da reforma e da burocratização dos serviços de estado se fortalece com a percepção da maior necessidade de formação de técnicos e agentes macroplanificadores. No entanto, é interessante observar que a idéia de uma reforma administrativa, no campo da saúde no Brasil, já era questão levantada por organismos como o DNSP, em 1920, e seria levada adiante a partir de toda gestão Vargas, a partir dos anos 1930. (Paiva,2004)

parasitas e outras; em terceiro, dá-se especial atenção aos problemas de saúde que produzem grande repercussão econômica. Uma outra pauta importante é a indicação para se atribuir maior atenção aos problemas das endemias rurais, antiga e tradicional pauta das elites médicas de muitos países latino-americanos, como foi no caso brasileiro a atuação do Serviço de Profilaxia Rural (1918), dirigido pelo sanitarista Belisário Pena.

Assim o documento resume e conclui as metas a serem realizadas pelos governos latino-americanos: *“Cuatro son los instrumentos que se emplean para proteger, fomentar y recuperar la salud de una comunidad. Ellos son la planificación; la organización y administración de los servicios; la formación y capacitación de técnicos y la investigación científica. La planificación representa el método que recomienda la Carta de Punta el Este”*(Idem, p.8)<sup>13</sup>

Esse ideal de planificação está em sintonia com a imagem de que a América Latina possuía problemas sanitários próprios, distintos daqueles dos quais sofriam os grandes centros mundiais, seja na Europa ou Estados Unidos. Assim, num só tempo, se propõe atenção à produção de conhecimento acerca dos males especificamente latino-americanos, -- o que exige a formação de pessoal altamente qualificado -- como também se entende de antemão que os problemas pelos quais passavam o continente são de natureza eminentemente primária, o que exige, por sua vez, a formação de pessoal auxiliar para a atenção em saúde. Assim, de acordo com documento de 1975:

*“Es impracticable alcanzar altas coberturas siguiendo los patrones tradicionales de atención para la salud que utilizan como recurso humano primordialmente a médicos y otros profesionales de alto nivel técnico”*<sup>14</sup>

Nessa ótica a formação de recursos humanos torna-se questão-chave em todo o processo. Primordial tanto sob uma perspectiva quantitativa, pois se considera reduzido o número de profissionais de saúde, especialmente os quadros auxiliares, como também do ponto de vista qualitativo, pois se procura redesenhar um novo perfil de profissional de saúde, mais atento, como se disse, às circunstâncias epidemiológicas nacionais ou regionais.

---

<sup>13</sup> O documento assim define a palavra planificação: *“La planificación en esencia es la movilización de personas, recursos y facilidades para obtener el mejor resultado posible en la solución de los problemas”*(p.8)

<sup>14</sup> **Recursos Humanos y Salud.** Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. Medellín Colômbia, 1975. p.154.

O ano de 1967 significou importantes avanços nessa agenda de discussão e operação das idéias relativas às mudanças no campo da saúde nas Américas. Em abril daquele ano se realiza a *Reunião de Chefes de Estado Americanos*, evento que produzirá a chamada **Declaração dos Presidentes da América**, mais uma vez em Punta del Este, Uruguai. A base de recomendações deste documento gira em torno da afirmação dos princípios ditados pela Carta de Punta del Este (1961), ao se reconhecer que a saúde exerce papel fundamental para o desenvolvimento econômico. Assim a Declaração tem como principal sugestão a intensificação da prevenção e o controle das enfermidades transmissíveis no continente.

Dois meses depois, em Maracay, Venezuela, a OPAS realizou a *Conferência Internacional sobre Recursos Humanos para a Saúde e Educação Médica*, em que se procurou discutir os estudos sobre recursos humanos realizados pela organização na Venezuela. Ali foram definidos princípios e recursos metodológicos que seriam utilizados em outros países, e o propósito da conferência foi discutir exatamente esta possibilidade de uso<sup>15</sup>.

Buenos Aires sediou a *Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas* em outubro de 1968. Ali, mais uma vez, procurou-se estabelecer um plano de operações para as decisões adotadas pelos Presidentes das Américas na Reunião de Punta del Este, de abril de 1967. Suas recomendações gerais propunham: (1) que a Opas colaborasse com os países membros em estudos de recursos humanos que permitissem conhecer a situação da necessidade de formação de pessoal de saúde; (2) colaborar para melhora dos métodos de ensino; e (3) estudar as causas de imigração do pessoal de saúde<sup>16</sup>.

A *Reunião dos Ministros de Saúde das Américas*, realizada em Santiago do Chile, em outubro de 1972, segundo documento convocatório para a reunião, teve como

---

<sup>15</sup> **Reunion de Ministros de Salud de las Américas, Documentos de Trabajo**, Documento oficial nº 90, Buenos Aires, 1969 (ver p. 298), OPS; **Estúdio de recursos humanos para la salud publica de Colômbia y Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina**; ver ainda, na sessão *Noticias*, “Conferência Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud y Educacion Medica”. **Educacion Medica y Salud**, Vol. 1, Oct-Nov-Dec de 1967, nº 5. Washington: Opas. 430-436 p. De acordo com esta última referência, “El estudio de Colombia desarrolló una metodología para determinar las necesidades y la utilizacion de servicios por parte de la poblacion, como base para estimar la cantidad y calidad de personal medico y paramedico requerido para dispensar dichos servicios... Tambien mide la relación entre el estado social y el económico como indicación de los cambios necesarios en la formación de personal medico y paramedico... y sugiere los términos de las necesarias relaciones entre la educación del desarrollo económico y social”(p.431). Assim a conferência, segundo o mesmo documento, apontou “la necesidad de utilizar mucho más al personal auxiliar”(p.433), o que por sua vez, reconhece-se como demanda para a formação de recursos humanos.

<sup>16</sup> Ver **Boletín de la Oficina Panamericana de Saúde**, janeiro, 1969; **Reunion de Ministros de Salud de las Américas, Documentos de Trabajo**, Documento oficial nº 90, Buenos Aires, 1969; **Reunion de Ministros de Salud de las Américas, Informe final y discursos**. Buenos Aires, 1969.

objetivo avaliar os progressos alcançados no período 1961-70, nos termos dos objetivos traçados pela Carta de Punta del Este, e ainda definir as projeções, em âmbito continental, para o período 1971-80. Suas recomendações foram: (1) desenvolver nos países membros um processo de planificação de recursos humanos integrado a planificação da saúde; e (2) em cada país desenvolver pessoal de saúde de todo nível, incluindo pesquisadores<sup>17</sup>.

Neste quadro geral, penso que tanto o encontro de ministros de 1972, em Santiago, como a *Conferência Panamericana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde* que se realizou em Ottawa, Canadá, no ano seguinte, foram decisivas para o avanço do tema recursos humanos como questão-chave para a discussão dos avanços considerados necessários no campo da saúde pública no continente, apontados pela Carta de Punta del Este. Este último encontro procurou justamente discutir e operacionalizar as recomendações atinentes à formação de recursos humanos para a saúde, desenvolvidas na Reunião de Ministros da Saúde em 1972<sup>18</sup>, que, por sua vez, como venho demonstrando, segue o percurso traçado pelas reuniões posteriores à *Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social*, no início dos anos 1960.

Desta forma o panorama institucional favorável à implementação de acordos bilaterais e multilaterais entre a Opas e os países membros, na área de recursos humanos, já estava plenamente desenhado quando assume, em fevereiro de 1975, a direção da OPAS o mexicano Héctor Acuña, em substituição ao chileno Abraham Horwitz<sup>19</sup>.

### **3 - A REFORMA DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: o acordo OPAS-Brasil.**

Mudanças nos tradicionais padrões de atuação da elite médica no Brasil já podem ser observadas ao final dos anos 1940, quando o velho **modelo sanitarista-**

---

<sup>17</sup> Ver **Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas**. Documento Oficial n° 118, Washington: OPAS, janeiro de 1973

<sup>18</sup> Ver **Conferência Panamericana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde**. Publicação Científica, n° 279

<sup>19</sup> O higienista H. Acuña foi eleito diretor durante a XIX Conferência Sanitária Panamericana/XXVI Reunião do Comitê Regional da OMS para as Américas, que se realizou em Washington, de 30 de setembro a 11 de outubro de 1974, para um período de quatro anos, a partir de fevereiro de 1975. Ver “Nuevo director de la Oficina Sanitaria Panamericana”. **Boletín de la Oficina Panamericana de Salud**, ano 53, vol. LXXVII, novembro de 1974. pp. 441-443.

**campanhista**, proveniente do atuante movimento sanitário dos anos 1920 (Ver Castro Santos,1985; Hochman, 1998, Castro Santos e Faria,2003), pautado em relações autoritárias e patrimoniais, começa a ceder lugar, lentamente e sem jamais ser dispensado plenamente, a novas formas de se conceber as políticas públicas de saúde. A escassa literatura sobre o assunto convencionou chamar este movimento de *sanitarismo-desenvolvimentista*, como também apontou outros de natureza razoavelmente similar, como o chamado **modelo sespiano** (ver Campos,1999;2000). O fato é que o teor dos discursos dos sanitaristas e gestores em saúde, *grosso modo*, começa a se transformar rumo a uma visão mais técnica e planejada, cuja preocupação com os parâmetros econômicos é questão-chave.

Há personagens importantes e reconhecidos como pertencentes a essas correntes, como é o caso do sanitarista Mário Magalhães, figura fundamental para a elaboração das propostas dos desenvolvimentistas. De acordo com Carlyle Guerra de Macedo, coordenador do Grupo Assessor Principal do Acordo de Recursos Humanos (MS/MEC/MPAS/OPAS), a influência dos economistas e especialmente de Mário, médico de formação e muito próximo a economistas como Celso Furtado, foi decisiva em sua carreira<sup>20</sup>.

Ainda que a literatura sobre o assunto, em processo de construção, caracterize essas diferentes escolas sanitárias como nichos intelectuais e institucionais distintos e desconexos (Ver Campos,1999;2000), creio que, na prática, as fronteiras entre estas denominadas escolas eram muito mais sutis do que rígidas e bem delineadas, de modo que personagens oriundos e tomados pelo sanitário dos anos 1920 não se apresentavam imunes às “novas idéias” que tomaram vulto a partir dos anos 1950. É o que sugere, por exemplo, a trajetória de Samuel Pessoa ou mesmo de Noel Nutels (Paiva,2003;2004).

O fato é que o cenário nacional já estava em perfeita sintonia com mudanças institucionais em vários campos atinentes à área de saúde, inclusive no que diz respeito à formação profissional, quando, por exemplo, Héctor Acuña, em pronunciamento na *V Conferência Nacional de Saúde*, comentará a respeito da negociação de determinado acordo na área de Recursos Humanos entre a Opas e os Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social brasileiros<sup>21</sup>. O texto elaborado pela equipe técnica do acordo de recursos humanos do governo brasileiro, organizado pela Opas, está em perfeita sintonia

---

<sup>20</sup> Entrevista de Carlyle Guerra. Brasília, 26 de julho de 2002. p. 5.

<sup>21</sup> Ver **Anais da V CNS**. Brasília, de 5 a 8 de agosto de 1975.

com as discussões e resoluções internacionais que dão especial atenção à formação de pessoal para serviços básicos de saúde<sup>22</sup>.

Este acordo (1975)<sup>23</sup>, que nas palavras de Acunã procuraria ampliar o convênio (1973)<sup>24</sup>, na verdade foi justamente o instrumento em que se pretendeu por em prática as diretrizes do documento de 1973. Mas o que foi o acordo de 1973? E mais, porque ele, como se diz, não saiu do papel no contexto de sua elaboração?

O texto de 73 recupera os argumentos do Plano Decenal para as Américas, aprovado na III Reunião Especial de Ministros da Saúde, realizada no Chile, como vimos. Questões como quantidade e distribuição de profissionais estão ali colocadas, como se vê no fragmento abaixo:

*“No caso do Brasil, se desconhecem as necessidades reais de pessoal de saúde, tanto quantitativamente como qualitativamente, mas sabe-se que este pessoal existente se encontra inadequadamente distribuído, com marcada concentração nas grandes cidades”*<sup>25</sup>

Essa formação e distribuição de recursos humanos deverão obedecer, segundo o documento, à realidade da rede assistencial do país, dentro de um sistema de regionalização de serviços integrados de saúde. Isto, associado à produção de informações relevantes que permitam a tomada de decisões no setor, especialmente aquelas que dizem respeito a problemas que afetam a coletividade e seus fatores condicionantes, o que, por sua vez, tem relação com a incorporação das ciências sociais aos programas de saúde educativo-assistenciais.

A administração do programa ficou a cargo do governo brasileiro, através de uma Comissão de Coordenação. Esta comissão seria constituída por um representante da Assessoria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, um representante do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, mais

---

<sup>22</sup> Ver Ministério da Saúde/Secretaria Geral/Secretaria de Recursos Humanos. **Recursos Humanos para serviços básicos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

<sup>23</sup> OPAS/OMS. Acordo complementar ao acordo celebrado a 14 de novembro de 1973, entre o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, com a Organização Pan-americana da Saúde para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil. Brasília, agosto de 1975.

<sup>24</sup> OPAS/OMS. Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Brasília, 1973.

<sup>25</sup> Idem, p.70.

um representante da Opas. Universidades e demais instituições vinculadas teriam a responsabilidade por programas específicos.

A tarefa principal desta comissão, portanto do governo brasileiro, era obter acordos de cooperação interinstitucionais que viabilizassem os objetivos do acordo<sup>26</sup>. Já a Opas ficou obrigada a dispor seus consultores residentes no país, mas precisamente “um consultor de tempo integral em Recursos Humanos que prestará assessoria à Zona V”(p.8); além de bolsas de estudo; equipamentos e materiais nas quantidades determinadas pela Opas”(p.9) e recursos financeiros, “dentro de suas possibilidades orçamentárias”(idem).

Este acordo, assinado em 1973, estaria em vigor, segundo o texto do documento, até 31 de dezembro de 1978, no entanto, permaneceu, pelo menos até 1975, como mero aspecto formal, letra-morta, sem estabelecer impacto real sobre a realidade brasileira<sup>27</sup>.

Assim, a questão é porque apenas cerca de dois anos depois ele reuniu condições de ser posto em prática, com a acordo complementar? Quais condições eram estas?

Segundo Madel Luz (1979), o planejamento em saúde era ainda uma prática bastante incipiente durante a primeira metade dos anos 1960. Basta ver que se restringia à programação de atividades setoriais de rotina, muito distintamente do que ocorreria sob a forma organizada, centralizada e institucionalizada a partir de 1968 (embora mais estruturada a partir de 1974). Um dos marcos dessa passagem se dá com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e do Regulamento Geral de Previdência Social, em 1960. Para a autora, a regulamentação da LOPS configurou-se como um projeto político de centralização-generalização da atenção médica (regulamentada pelo decreto 53.154 de 12/03/64), embora tenha, na prática, sofrido problemas graves, sobretudo de financiamento e custeio dos serviços prometidos. Nesse caso,

*os recursos necessários para iniciar a prática da assistência médica no meio rural [assumida pela LOPS] só passam a existir com a Lei Complementar n° 11 (de 1971), que institui o Pró-Rural e que definiu o FUNRURAL como gestor do programa (1979:92).*

---

<sup>26</sup> A parte 3 do texto apresenta os objetivos do acordo, são eles: 1- Planejamento e desenvolvimento de recursos humanos no setor saúde; 2 – Adequação do sistema de formação de recursos humanos no setor saúde à realidade da rede assistencial e 3- Formação de pessoal docente e de pesquisa. (Idem, p.4)

<sup>27</sup> Segundo o texto do Acordo Complementar de 1975: “Desejando implementar o Acordo para um ‘Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil’, celebrado a 14 de novembro de 1973...”(p.1, grifo meu)

A III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, foi outro marco importante para a consolidação da idéia de gestão pública planejada em saúde. De acordo com Luz, no discurso de abertura do presidente João Goulart ficam explícitas não só uma visão de sanitarismo desenvolvimentista, mas especialmente a noção de planejamento do setor. No entanto, como salienta a autora, essa visão se fazia acompanhar por outras concorrentes, tais como o modelo campanhista, muito atuante nos anos 1940, com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, e na década seguinte, com a criação do DENERu (Departamento Nacional de Endemias Rurais), que em 1956 absorveu todos os serviços de combate às chamadas doenças rurais, especialmente do Norte e Nordeste do país. Apesar da atuação dos campanhistas,

*É somente por ocasião da III CNS (1963), no entanto, que o discurso sanitarista representado pelas Campanhas de Saúde Pública, torna-se discurso dominado. Em oposição ao apoio recebido pela proposta de 'serviços permanentes de saúde pública' (saúde para o desenvolvimento) (1979:106-107).*

A partir daí, segundo Luz, vêm-se pouco a pouco propostas mais descentralizadas do poder, quando se pretendeu conciliar perspectivas sanitárias mais modernas com a criação de uma estrutura regionalizada da saúde. Esta estrutura foi a bandeira da municipalização dos serviços de saúde, embora, devido à sua hegemonia, tenha havido transformações em sua forma e conteúdos ao longo do tempo. De acordo com a autora:

*certas temáticas do discurso sanitarista desenvolvimentista (planejamento da saúde, regulamentação-institucionalização da prática médica, generalização da atenção médica) permanecem dominantes no discurso institucional pós-64 e são retomadas, na conjuntura que termina em 74, mas a serviço de interesses e de poderes diferentes, isto é, com outro conteúdo social, não mais desenvolvimentista, nem populista, nem nacionalista (1979:113).*

No contexto político-institucional da virada dos anos 1960-1970, o aparelho estatal até então confinado no Ministério da Saúde começa a ser desagregado. O saneamento fica cargo do Ministério do Interior, com o Plano Nacional de Saneamento

(Planasa); a formação de recursos humanos fica no Ministério da Educação; a atenção médica, em 1974, passa ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Isto tudo, segundo Luz, demonstra que o nível retórico das transformações político-institucionais dos anos 1965-67 já estava ficando para trás, pois a partir daí inicia-se a reunião de condições efetivas de mudanças. Assim, nas palavras da autora,

*tanto as propostas de órgãos como a SUDENE, ou o EPEA, ou de Ministérios como o M.S., permanecerão até 1968 no nível das 'sugestões técnicas' ou de normas de gabinete sem condições institucionais de organizar efetivamente a prática da Saúde como setor. De fato, 'como ser efetivamente... órgão que dita as normas (técnicas) sem deter nas mãos o poder de financiamento das ações (que se) pretende normatizar? (1979:127).*

Luz identifica no decreto-lei 200, de 1967, o marco institucional definidor para a instalação do planejamento e da programação de atividades no aparelho estatal brasileiro: “instrumento unificador, centralizador e concentrador de poder institucional, este decreto inclui no seu corpo-texto o planejamento como setor e prática institucionais obrigatórios”(1979:127).

Contudo, a prática do planejamento na saúde limitou-se, durante a passagem da década, somente à programação da assistência médica, em especial ao cálculo de gastos com atendimento, em termos de atenção médica de acordo com o tipo de doença. Assim, durante os primeiros anos da década de 1970 surge um cenário que combina, com alguma tensão, interesses privados e interesses de Estado.

*Armam-se assim, de 72 até 74 os elementos do cenário de medicina estatal privatista: de um lado a privatização regulamentada da atenção médica, centralizada nas mãos do Estado, controlador monopólico da demanda de serviços; de outro lado, as instituições de atenção médica, organizadas em modelo empresarial mesmo que sejam estatais (como os crescentes hospitais universitários), funcionando em regime oligopólico, direta ou indiretamente financiadas pela previdência social que pode, desta forma, ordenar também a oferta de serviços; de outro ainda, o trabalho médico crescentemente socializado, assalariado a baixo preço, portanto força de*

*trabalho; finalmente, a população assalariada (e seus dependentes), crescentemente previdenciária, buscando no INPS o remédio para a sua saúde combatida (1979:139).*

No que se refere à universalização da atenção médica, a portaria nº 39 de 5/10/74, que cria o Plano de Pronta Ação (PPA)<sup>28</sup>, significou um extraordinário aumento da cobertura médica, pois tornou a saúde pelo menos formalmente acessível aos beneficiários da Previdência Social, o que incluiu não apenas os segurados mas também seus dependentes. Nos grandes centros urbanos isso significou um verdadeiro salto no aumento da cobertura, chegando a 80%. Assim, de acordo com a autora, não se pode falar realmente em planejamento na saúde antes da conjuntura de 1974, antes da atenção médica dispensada pela Previdência Social, com seus regulamentos e o financiamento de seus programas<sup>29</sup>. Além disso, como se vê, este movimento todo garantia certo aumento na cobertura médica estritamente no ambiente urbano, deixando assim imensa parte do país (e lembremos que durante os anos 60 o Brasil era ainda um país marcadamente rural) ainda descoberta, tomada por doenças facilmente controláveis, com falta de políticas e profissionais. Este verdadeiro vão, no contexto do lançamento do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), em 1975, constituirá o contexto geral propício ao desenvolvimento de metas até então retóricas.

O texto do acordo complementar, assinado, como eu disse, em agosto de 1975, de maneira muito mais precisa, se comparada ao texto anterior, apresenta os compromissos de ambas as partes envolvidos no acordo. O Ministério da Saúde transferiria no exercício de 1975 a quantia de quinze milhões de cruzeiros para a Fundação Oswaldo Cruz, sendo Cr\$ 13.689.000,00 relativa às obrigações estabelecidas pelos convênios celebrados pela Fiocruz e Cr\$ 1.311.000,00 para a OPAS, decorrente dos encargos com o Grupo Técnico<sup>30</sup>. Além disso, se propõe a:

---

<sup>28</sup> O PPA regulou convênios dos hospitais da previdência com empresas, o credenciamento dos médicos, os convênios com entidades federais, estaduais e municipais, as condições de expansão dos serviços e a renovação dos convênios (cf. p. 143).

<sup>29</sup> De acordo com Luz, a criação deste ministério se fez acompanhar da decadência política do Ministério da Saúde, “que se vê esvaziado de reais funções de Política de Saúde para se confinar a funções burocrático-normativas” (p. 148).

<sup>30</sup> Em dezembro de 1975 foi assinado um Termo Aditivo que se permitiu a interferência da Fundação Oswaldo Cruz que então assumia as responsabilidades de gestão administrativa dos serviços alocados pelo MS para a realização do PPREPS.

*“Transmitir nos exercícios subseqüentes a 1975 à Fundação Oswaldo Cruz e à OPS importâncias que vierem nos respectivos orçamentos anuais, cabendo a esta última, quantia equivalente a 15% da consignação orçamentária específica, para fazer frente aos encargos do Grupo Técnico”(p.4)*

A Opas, por sua vez, se comprometia a dispor seus consultores residentes nas zonas de atuação da organização, sendo a seleção dos profissionais que comporão o Grupo Técnico a ser realizada em comum acordo da Organização com a Fundação. Tal como na versão de 1973, o texto de 1975 dispôs a realização do acordo até 31 de dezembro de 1978, com possibilidade prorrogação e modificação. Ele será desenvolvido como prolongamento do **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde/PPREPS** (MS/MPAS/MEC/OPAS)<sup>31</sup>, de 1975, no contexto de criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e da V CNS, onde se discutiu centralmente o papel deste sistema. A partir daí, inegavelmente, as políticas de recursos humanos assumem papel de destaque para o Ministério da Saúde, pois o PPREPS, segundo Nunes (1998:7), servirá como um dos braços articuladores do **II Plano Nacional de Desenvolvimento/PND**, marco evidente não apenas que recursos humanos se transformaria em política prioritária de estado, mas também que o aumento da cobertura dos serviços médicos era questão que tinha atingido tanto a agenda pública civil como a governamental.

No que se refere ao acordo, segundo seu texto geral<sup>32</sup>, a tradição brasileira na formação de pessoal auxiliar de saúde é desenvolvida tendo como base a capacitação em cursos informais, em que atendentes, visitantes sanitários, auxiliares de saneamento, etc. são formados em condições mais ou menos improvisadas. O argumento geral do acordo é que a unidade hospitalar moderna é cada vez mais interativa, não cabendo uma autonomia radical entre os profissionais; ao contrário, a fim

---

<sup>31</sup> O PPREPS foi implementado como um Programa que daria concretude às diretrizes do II PND numa ação voltada para os serviços públicos, com o objetivo de reformular as práticas de gestão e de capacitação de recursos humanos, até então desenvolvidas, de forma dispersa, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública - FSESP, no que se refere ao pessoal auxiliar, e pelas Universidades, nos seus respectivos programas de graduação e pós graduação (Ver Nunes,1998).

<sup>32</sup> Ver MS/Secretaria Geral/Secretaria de Recursos Humanos. **Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde**. Texto elaborado pela equipe técnica do acordo de recursos humanos do MEC, MS e do MPAS e a OPAS. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

de aumentar a produtividade do sistema, isto é, ampliar a cobertura dos serviços de saúde, especialmente em regiões com características sociais e econômicas onde a falta de médicos é mais sentida, se faz necessária a formação continuada de um novo padrão de profissionais auxiliares. Nesse quadro, segundo documento, dois quesitos são fundamentais:

- a) adequação aos serviços, proporcionando pessoal suficiente em número, diversidade de categorias e qualificação para lidar com os problemas peculiares a cada nível de atenção;
- b) promoção profissional e intelectual, fornecendo títulos válidos para todas as instituições do mercado de trabalho, que permitam, também, o acesso a estudos mais complexos e tenham uma correspondência na estrutura de cargos e salários.  
(Ver *Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde*, *op cit*, p.7)

Quais categorias profissionais constituem alvo destas medidas? O documento do acordo de 1975 chama atenção especial para as seguintes categorias: atendente, visitador sanitário/auxiliar de enfermagem, inspetor e auxiliar de saneamento, auxiliar de patologia clínica, auxiliar de radiologia médica, auxiliar de odontologia, assistente e auxiliar administrativo, auxiliar de informação ou estatística e arquivo médico.

A consecução dos objetivos do projeto ficou a cargo da cooperação entre o (1) Ministério da Educação e Cultura – em sua Secretaria-Geral (Programa Nacional de Ações Sócio-Educativas e Culturais para o Meio Rural – PRONASEC e Programa Nacional de Ações Sócio-Educativas e Culturais para as Populações Carentes do Meio Urbano – PRODASEC) e pela Secretaria de Ensino de 1º e 2º Graus; (2) Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social, no que diz respeito às atividades de capacitação de recursos humanos; e (3) Ministério do Trabalho, nos aspectos relativos à preparação de mão-de-obra naquelas categorias não cobertas pelo sistema de educação (atendentes).

Segundo o texto do acordo, a condução de todo o processo, no âmbito federal, esteve sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Cultura, e a integração com os demais ministérios seria tarefa da Comissão de Coordenação do Acordo de Recursos Humanos, estabelecida entre todas as pastas ministeriais já referidas e a Organização Pan-Americana de Saúde.

Na esfera estadual, segundo o texto, a Secretaria de Saúde seria órgão que participaria ativamente da “implantação dos centros formadores em seus aspectos pedagógicos e administrativos, além de promover a supervisão e a avaliação de todo o processo”(Op.cit, p.22)

Na prática, tratava-se da criação de uma rede relativamente descentralizada de formação de recursos humanos primários para a saúde, que consistia em um conjunto de matérias profissionalizantes, próprias a cada categoria, voltadas tanto para funcionários públicos em exercício de função como também para indivíduos em vias de contratação.

#### 4 - COMENTÁRIOS FINAIS

O que podemos inferir é que o contexto da elaboração e efetivação do chamado “Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil” (1973-1975) é fruto de uma pauta de negociações de pelo menos uma década e meia. Pauta que não pode ser entendida como um processo alienígena independente ou absolutamente exógeno ao ambiente brasileiro, pois já havia no país forte discussão, pelo menos sobre alguns tópicos ou bandeiras importantes sustentadas pela Opas, como por exemplo, a respeito da necessidade de saneamento das regiões agrárias (interior), o que por sua vez, tem relação decisiva, como vimos na documentação, com determinada necessidade de mudança no padrão de formação de recursos humanos para a saúde nas Américas, tendo em vista as metas de aumento da cobertura dos serviços.

Trata-se de um movimento em via de mão dupla, cuja imagem **importação versus exportação** não parece ser adequada para tratar o processo, pois a dimensão dos acontecimentos nacionais guarda estreita sintonia com o contexto de discussão e resoluções tomadas em escala internacional.

Trata-se também do contexto que alimentou profundas mudanças no entendimento dos fenômenos causais no campo da saúde, o que, por sua vez, tem sintonia com transformações paradigmáticas no padrão de formação de recursos humanos em saúde não apenas no Brasil ou na América Latina, mas em todo mundo ocidental (ver Nunes, 2003). A bilateralidade deste processo histórico se vê, por exemplo, na criação do primeiro curso de Medicina Social latino-americano, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1973, patrocinado pela Opas. Os primeiros formandos nesta instituição ganharam o título de mestre em Medicina Social.

Posteriormente o futuro Instituto, tomado por um movimento genuinamente nacional, iria gerar, a partir de 1987, o primeiro mestrado em Saúde Coletiva, uma resposta brasileira aos dilemas postos na interação das ciências sociais com a saúde (ver Stotz, 1997). Isto porque a guinada **Medicina Social** para **Saúde Coletiva** trouxe consigo importantes mudanças teóricas e conceituais no entendimento dos fenômenos ligados à saúde e à doença (ver Birman,1991), como também transformações decisivas nos padrões de formação dos recursos humanos em saúde no Brasil.

## **5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

BIRMAN, Joel. “A Physis da Saúde Coletiva”. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, 1, (1): 7-11, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1991.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. “Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-1945)”. In: **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, 5(3):603-20, nov,1998/fev,1999.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. “Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública”. Ângela de Castro Gomes (org.). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. 195-220 p.

CASTRO SANTOS, L. A. de 1985 'O pensamento sanitário na República Velha: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados — Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 28, nº 2, pp. 193-210.

CASTRO SANTOS, L.A. e FARIA, Lina R. de. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista, SP: EDUSF, 2003. 204 p.

CUETO, Marcos. **El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud**. Washington: Opas, 2004. 211 p.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do saneamento. As bases da política de Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998. 261 p.

LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295 p.

NUNES, Everardo. “A Sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral”. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(1): 79-95, 2003.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 194 f.

PAIVA, Carlos Henrique A.. “A Saúde Pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels”. In **Manguinhos: História, Ciência e Saúde**, vol.10, n.3, set-dez. Rio de Janeiro: COC/FIOCRUZ, 2003. pp. 827-851

PAIVA, Carlos Henrique A. **A utopia burocrática: um estudo histórico-comparativo das políticas públicas de saúde**. Rio de Janeiro e São Paulo (1930-1960). Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 2004. 247 f.

STOTZ, Eduardo. “A Saúde Coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade”. Ana Maria Canesqui (org.) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997. 273-284 p.

## **6 - REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS:**

### **a) Entrevistas:**

- Entrevista de José Roberto Ferreira à Nísia Trindade Lima. Rio de Janeiro, 09 de maio de 2002. 18 p.
- Entrevista de Carlyle Guerra. Brasília, 26 de julho de 2002. 26 p.

### **b) Documentos oficiais**

- Centro Panamericano de Planificación de la salud/OPAS/OMS. **Formulación de políticas de salud**. Santiago, Chile. Julho de 1975.
- FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA. **Recursos Humanos y Salud. Documentos de la Conferencia Panamericana sobre Recursos Humanos y Atencion Medica: El personal de**

**niveles médio y básico como factor de cambio en los sistemas de salud.**  
Medellín, Colômbia, 1975.

- MS/MEC/OPAS. **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Programa de Trabalho.** Brasília, junho de 1976.

- OPAS/OMS. **Acordo complementar ao acordo celebrado a 14 de novembro de 1973, entre o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, com a Organização Pan-americana da Saúde para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil.** Brasília, agosto de 1975.

- OPAS/OMS. **Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.** Brasília, 1973.

- OPAS/OMS. **Termo aditivo ao acordo complementar celebrado a 8 de agosto de 1975 entre o Governo brasileiro através dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura com a Organização Pan-americana da Saúde para a implementação da terceira área prevista no Plano de Recursos Humanos para a Saúde, elaborado pelo Grupo de Trabalho instituído pela portaria nº 271 de 5 de junho de 1974 do Ministro de Estado da Saúde.** Brasília, dezembro de 1975.

- OPS/OMS. **Boletín de la Oficina Panamericana de Salud.** Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, EUA. **(Período consultado: 1963,1969,1972-1977).**

OPS/OMS. **Educación Médica y Salud.** Organización Panamericana de la Salud, Washington, EUA. (período consultado: 1970-1980)

- OPS/OMS. **Reunión de Ministros de Salud de las Américas, Documentos de Trabajo,** Documento oficial nº 90, Buenos Aires, 1969.

- OPS/OMS. **Reunión de Ministros de Salud de las Américas, Informe final y discursos.** Buenos Aires, 1969.

- OPS/OMS. **Estúdio de recursos humanos para la salud publica de Colômbia y Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina.** (*Conferência Internacional sobre Recursos Humanos para a Saúde e Educação Médica*, agosto de 1967, Maracay, Vanezuela) Maracay/Venezuela, 1967.
  
- OPS/OMS. **Conferência Panamericana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde.** Publicação Científica, nº 279. Ottawa, Canadá, 1972.
  
- Brasil.Ministério da Saúde. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde.**(Brasília 5-8 agosto, 1975) Brasília: Ministério da Saúde, 1975.