

# Educação e Trabalho em Saúde na América Latina<sup>1</sup>

José Paranaguá de Santana<sup>2</sup>

Este ensaio focaliza a evolução das políticas de educação e trabalho em saúde na América Latina a partir de meados do século passado, considerando o contexto político e social no qual se inscrevem tais processos. A intenção é delinear um pano de fundo que subsidie a apreciação crítica desses processos no âmbito de países dessa Região, adotando como referencial a trajetória institucional dessas questões no caso brasileiro.

## Cenários Históricos em Transformação

Ao final da segunda guerra mundial, um sentimento generalizado de profunda solidariedade floresceu e se disseminou. A expressão desse anseio nas relações internacionais configurou-se no ideário de cooperação consagrado pelas Nações Unidas. Na prática, significava a mobilização dos países ricos em prol do desenvolvimento dos países devastados pela guerra e também daqueles considerados pobres ou atrasados.

No Continente Americano, essa acepção traduziu-se na proposta de que o desenvolvimento econômico seria etapa indispensável para a superação de carências sociais da maioria das populações, com a aceitação tacitamente compartilhada de que a ajuda externa caberia aos Estados Unidos, detentor de maior poder econômico, financeiro, industrial, tecnológico, científico e militar.

Duas circunstâncias merecem alusão nessa caracterização do cenário onde se debatiam as questões de saúde nessa fase histórica: a enorme capacidade administrativa acumulada pelos países líderes da vitória contra o Eixo nazifascista, principalmente Estados Unidos e Rússia, e a propensão para o intervencionismo governamental nos processos de desenvolvimento nacional, política inerente dos regimes comunistas e que se propagava a partir dos países europeus que adotaram o modelo de bem-estar social.

A própria política interna dos Estados Unidos na área de saúde pública incluía a criação e expansão dos programas governamentais, consolidando sua capacidade institucional de controle de doenças transmissíveis e de enfrentamento de doenças crônicas. Esse enfoque remontava aos anos 1930, com a orientação keynesiana da política do Presidente Roosevelt, que se fortaleceu com a ênfase sobre o binômio planejamento e gestão em todos os setores governamentais durante o esforço de

---

<sup>1</sup> O texto constitui uma síntese de documentos técnicos elaborados pelo autor, com apoio do acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Opas/Brasil (TC41 e TC57).

<sup>2</sup> Coordenador do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis/Fiocruz Brasília).

guerra. E, de certo modo, se manteve na fase subsequente de modo a ampliar a disponibilidade de bens e serviços para amplas faixas da população.

O mantra do planejamento e gestão governamental difundiu-se na Europa ocidental, como base operacional das propostas do Estado de bem-estar social. Esse enfoque prosperou também nos Estados Unidos e Canadá, embora ajustado aos cânones liberais ali dominantes. Na América Latina esse ideário de planejamento e desenvolvimento associado à intervenção do Estado na economia já fazia parte da cultura e das expectativas dos dirigentes governamentais, disseminando-se com as políticas indutoras de processos nacionais de industrialização mediante substituição de importações.

Essas orientações estatizantes foram paradoxalmente reforçadas na América Latina pela cooperação externa dos Estados Unidos. Mas, tratava-se apenas de um paradoxo virtual, pois tais medidas eram condizentes com a nova fase do pan-americanismo liderado por aquele país, de apoio à proliferação de governos autoritários, sob o estigma da luta contra o comunismo no clima da guerra fria, causando o enfraquecimento e a ruptura de regimes democráticos que, então, desabrochavam em vários países latino-americanos.

Nesse período, as dimensões mais graves da saúde em praticamente todos os países latino-americanos eram a grande incidência de doenças infecciosas, a alta mortalidade infantil e a baixa expectativa de vida, num contexto de crescimento e urbanização da população. E a escassez e o descrédito nas informações disponíveis eram uma limitação importante da capacidade de gestão dos serviços. As preocupações enfatizavam a penúria da força de trabalho, a insuficiência de centros de formação, bibliotecas e materiais didáticos, além da abordagem educativa tradicional desfocada das realidades nacionais.

A agenda de recursos humanos em saúde nessa Região evoluiu historicamente compartilhando propostas veiculadas por entidades internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde e as associações de escolas ou faculdades das profissões dessa área. É possível, então, identificar um conjunto de orientações comuns, ainda que vigentes em diferentes momentos históricos de cada realidade nacional. Essa assincronia possivelmente contribuiu para que os países acumulassem experiências muito heterogêneas de adequação da força de trabalho às necessidades de saúde de suas populações.

Ante esse quadro, a medida comumente adotada foi a expansão significativa da formação de pessoal da saúde, buscando adequá-la ao crescimento da demanda dos sistemas de saúde. Contudo, as iniciativas desencadeadas careciam de orientações condizentes com as realidades nacionais, orientadas por modelos forâneos de intervenção, primordialmente voltados para a formação especializada destinada a serviços médicos individuais. Enquanto isso, a saúde pública continuava a lidar com doenças transmissíveis e mazelas decorrentes de deficiências sociais, mormente a ausência de saneamento básico.

A partir dos anos oitenta, intensificou-se na América Latina a crise da dívida externa, resultante do modelo de desenvolvimento pan-americanista com hegemonia exorbitante dos Estados Unidos. Confirmava-se a natureza apenas retórica das preocupações sociais desse paradigma, com o agravamento da concentração de renda, das desigualdades e da injustiça social.

Nesse novo cenário, as iniciativas de desenvolvimento de recursos humanos no setor saúde sofreram retrocesso, em especial aquelas germinadas com o ideário de Saúde para Todos e sua estratégia de Atenção Primária a Saúde, consagrados com a Declaração de Alma Ata, em Conferência Mundial promovida em 1978 pela OMS e UNICEF.

A crise econômica dos anos 1980 e o fracasso do comunismo, demarcado com a queda do Muro de Berlim no final daquela década, conformaram o cenário de ressurgimento das teses do liberalismo, cujos princípios foram sacralizados pelo Consenso de Washington. Sob a alcunha de neoliberalismo, de certo modo esse ideário apenas resgatou uma versão tosca do liberalismo clássico, visando dois objetivos centrais: a contestação das políticas de bem-estar social nos diversos países e o ocaso da solidariedade como orientação da cooperação internacional para o desenvolvimento.

Na área de saúde, essa conjuntura internacional adversa se refletiu na promoção de reformas setoriais, simultâneas ou meramente complementares a processos reformas econômicas e dos aparelhos da gestão pública dos países. As agências e bancos internacionais promotores de desenvolvimento adotavam orientação contraditória do lema de Saúde para Todos da Declaração de Alma-Ata, apoiando reformas setoriais de saúde pautadas em dois pontos fundamentais: limitação, ou preferencialmente redução desses recursos setoriais; e ênfase em modelos de gestão e oferta de serviços privados, sob a alegação de busca de eficiência e eficácia. A resultante desses fatores foi o agravamento das desigualdades e a deterioração das condições de saúde em todos os países que adotaram tal receita.

O Brasil trilhou a contramão dessas orientações, na esteira do processo de redemocratização que sucedeu o regime militar, estabelecendo na Constituição da República de 1988 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo a este implantar o Sistema Único de Saúde. Sob essa orientação, as mudanças na formação e na gestão do trabalho em saúde em nosso País foram profundamente influenciadas pela implantação e fortalecimento do SUS.

Contudo, vale ressaltar que esses avanços vêm ocorrendo sem antagonismo com as agendas internacionais, mas interagindo sistematicamente com tais processos. Ou seja, a agenda brasileira sobre o trabalho e a educação em saúde foi-se impregnando da ideologia e das experiências práticas desenvolvidas nos cenários regionais e mundial, ao tempo em que, paulatinamente, desenvolvia sua identidade própria.

O projeto PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde<sup>3</sup> representa um marco histórico dessa articulação da agenda nacional com organismos internacionais. Ao analisar esse projeto, lançado em meados da década de 1970, mediante acordo de cooperação entre o Governo do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde, historiadores da Casa de Oswaldo Cruz<sup>4</sup> sustentam a hipótese de que, a partir daquele momento, se inicia a configuração doutrinária e estratégica de uma agenda genuinamente brasileira no campo de recursos humanos em saúde.

A seguir, buscarei demonstrar que o entendimento da evolução histórica das políticas nacionais de educação e trabalho em saúde é facilitado ante a apreciação das orientações gerais veiculadas externamente, nos diferentes países e em distintos momentos, no trato dessas questões.

### **Estratégias de Recursos Humanos em Saúde na América Latina**

A debilidade institucional vigente na maioria dos países latino-americanos em meados do século passado, não lhes permitia elaborar avaliações e propostas de intervenção ante as deficiências de recursos humanos de seus sistemas de saúde. Essa situação ocasionou o surgimento de diversas iniciativas que, embora compartilhadas pelos próprios países alvo, geralmente eram deliberadas e executadas com forte interferência externa, por agências de outros países ou veiculadas por organismos internacionais.

As estratégias voltadas para tais questões nos países latino-americanos foram influenciadas pelo *Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso*<sup>5</sup>. Essa orientação refletia a tendência mundial anteriormente identificada como o mantra do planejamento e gestão, que floresceu no pós-segunda guerra mundial. A mensagem central que se disseminou em todos os países traduzia-se em planejamento da força de trabalho de saúde como ferramenta para racionalizar a demanda de novos profissionais. E enfatizava, subsidiariamente, a melhoria da informação sobre a força de trabalho existente e a utilização de novos procedimentos de gestão, visando uma adequada distribuição do pessoal de saúde. Essa abordagem de planejamento com base em investigação sobre a força de trabalho foi aplicada na concepção formulada inicialmente pelo Centro Latino-Americano de Planejamento de Saúde, estabelecido pela Opas junto à Comissão Econômica para América Latina da ONU (Cepal), sediada no Chile.

Uma das resultantes dessa orientação compartilhada entre os países da Região foi a criação de unidades técnicas de recursos humanos na estrutura das instituições de saúde pública. Contudo, a capacidade de gestão da educação e do trabalho nos

---

<sup>3</sup> Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS. Brasília: MS/MEC/OPAS, 1976 (disponível em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/programa-de-preparacao-estrategica-de-pessoal-de-saude-ppreps> – consulta em 12/04/08).

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Resolução A.2, documento anexo da Carta de Punta del Este, aprovada pelos países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1961.

sistemas nacionais de saúde em quase todos os países ainda é um desafio, senão uma quimera, até os dias atuais.

O objetivo predominante naquela época era preparar professores de medicina e saúde pública, treinar novos profissionais e especialistas e, quando possível, criar escolas ou ampliar suas vagas, em função da expansão dos serviços de saúde. Embora com certa relutância, foi-se confirmando a baixa efetividade dessas iniciativas, em razão das diferenças culturais entre os países e das deficiências crônicas das instituições educacionais. Também, logo cedo se revelou um efeito colateral indesejável dessas estratégias, com a retenção de profissionais após estágios ou cursos no exterior, ou para lá atraídos depois de formados nos países de origem.

Novas escolas de medicina foram criadas nesse período, contando com apoio externo, a exemplo das que se instalaram em Cali (Colômbia), Ribeirão Preto (Brasil) e Lima (Peru). Processo que gradualmente passou a ser adotado autonomamente pelos próprios países, como foram os casos mais expressivos do Brasil, México e Colômbia e, com menor intensidade, Peru, Equador, Bolívia, Chile e alguns países centro-americanos. Antes da inauguração de novas escolas, geralmente ocorria a expansão de vagas nas já existentes. O recorde ocorreu na Universidade de Buenos Aires, que em um só ingresso (1973) efetuou 12 mil matrículas iniciais nos cursos da área de saúde. Caso também expressivo nessa modalidade foi o da Universidade Nacional Autônoma do México, que recebeu cinco mil novos alunos durante alguns anos, reduzindo esse ingresso para uma média de mil por ano a partir 1974, quando simultaneamente, três novas escolas foram implantadas na Universidade Metropolitana Autônoma, na própria Cidade do México.

Embora essas medidas tenham contribuído para reduzir a escassez geral de médicos em vários países, não lograram alterar a situação de saúde. Uma das razões mais alegadas apontava o modelo de formação profissional, geralmente transferido da experiência externa, sem correlação com os sistemas de serviços de saúde do próprio país e, menos ainda, às demandas nosológicas de suas populações.

Desde o início da década de 1950 buscava-se reformular a educação médica, mediante criação de departamentos e inclusão de disciplinas de medicina preventiva e social nas faculdades. Foi essa a motivação central de uma série de conferências internacionais promovidas pela Organização Pan-Americana da Saúde<sup>6</sup>.

A criação da Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública, em 1959, inaugurou a fase de organização de outras entidades educacionais, a exemplo da Federação Pan-Americana de Escolas e Faculdade de Medicina. Essas iniciativas contavam com patrocínio de entidades congêneres dos Estados Unidos e subvenção de fundações privadas daquele país, interessadas em melhorias na formação desses profissionais segundo parâmetros do chamado mundo desenvolvido.

Outras medidas posteriores, também patrocinadas sob o mesmo esquema, incluíam o treinamento de lideranças docentes, inclusive diretores das escolas de

---

<sup>6</sup> Colorado Springs, EEUU, em 1952; Tehuacan, México, em 1954; e Viña del Mar, Chile, em 1955.

saúde, focalizando o manejo de novas ferramentas analíticas e operacionais para melhorar o desempenho do processo educacional.

Em 1967, a Opas criou a Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) com sede em São Paulo, Brasil, para permitir o acesso à documentação bibliográfica disponível na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, iniciativa que se consolidou como o Centro Latino Americano e do Caribe em Informação em Ciências da Saúde. Outra medida implantada naquela época foi o Programa Livro Texto, com objetivo de selecionar e distribuir grandes quantidades de livros de várias disciplinas de saúde, mediante compra diretamente das editoras e venda subsidiada para estudantes na América Latina.

As inaugurações de escolas persistiram ao longo de todo o período, com ondas periódicas de inibição, geralmente por pressões corporativas das entidades profissionais, preocupadas com alegadas pleitoras dos mercados de trabalho dos respectivos países, além de carências organizacionais e pedagógicas das novas escolas.

Essa tendência se espalhou entre as várias profissões, inclusive com o surgimento de novas habilitações com curso superior, constituindo um elenco em torno de quinze categorias profissionais regulamentadas, como é o caso do Brasil.

A renovação de orientações pedagógicas foi tentada em muitos lugares, incluindo: propostas de integração curricular entre diferentes cursos profissionais, até a reunião de escolas ou cursos em centros de ciências da saúde; inclusão de atividades na rede de serviços de saúde e na própria comunidade; ênfase no ensino de medicina preventiva e social.

Tais processos de renovação curricular originaram-se, precoce ou tardiamente, com base nas orientações e estratégias compartilhadas entre os países, especialmente por intermédio da Opas. Dentre essas iniciativas destaca-se a preparação de docentes com melhor orientação científica e pedagógica, tanto em ciências básicas como em saúde pública, de forma articulada com as ciências sociais.

Nesse sentido, foram adotados procedimentos para apoio a realização de intercâmbios entre centros de ensino e pesquisa estadunidenses com seus congêneres latino-americanos. Outro exemplo expressivo foi a promoção de uma série de seminários sobre pedagogia médica, do qual participaram milhares de professores dessa Região<sup>7</sup>. A estratégia da Opas para perenizar essa linha de trabalho foi adotada em meados da década de 1970, com a implantação dos Centros Latino-Americanos de Tecnologia Educacional em Saúde (Clates), no Rio de Janeiro e na Cidade do México. Esses centros foram as sementes do desenvolvimento de propostas similares em vários países.

Um importante estudo sobre as faculdades de medicina da América Latina<sup>8</sup> foi realizado com apoio da Opas e subvenção do Milbank Memorial Fund. As bases

---

<sup>7</sup> Bridge EM. Pedagogia médica. Washington: OPS/OMS; 1965. (Publ. Cient. 122).

<sup>8</sup> García JC. La educación médica en la América Latina. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1972. (Publ. Cient. 255)

teóricas e a metodologia dessa análise influenciaram pesquisadores, educadores e gestores de recursos humanos em toda a Região, fomentando a formação de um pensamento crítico do processo de formação médica e das demais profissões da saúde e influenciando, portanto, novas iniciativas nesses campos. Sem dúvida, foi um trabalho que atualizou a agenda de educação em saúde difundida pelas conferências promovidas pela Opas na década de 1950, citadas anteriormente.

Ante a situação de carência de pessoal de níveis médio e elementar nos serviços de saúde, a estratégia dominante era o treinamento nas próprias instituições de saúde, em razão da inexistência desse tipo de qualificação nos sistemas educacionais nacionais. Talvez por ser uma experiência autóctone e muito disseminada em cada país, não despertou atenção como estratégia a ser promovida dinamicamente pela cooperação externa.

A demanda de formação de técnicos em saúde foi equacionada adequadamente em Cuba, mediante uma rede de escolas técnicas. Essa proposta foi adotada em forma parcial ou muito limitada em vários países da Região. Contudo, convém registrar experiências nacionais sobre a profissionalização de auxiliares de enfermagem<sup>9</sup>, pois é um grupo que compõem o maior percentual dos trabalhadores de nível médio dos sistemas de saúde.

Nesse tema, ressalta a experiência brasileira, iniciada nos anos 1980 sob a designação de Projeto Larga Escala<sup>10</sup>, que deu origem, cerca de vinte anos após, à política nacional de formação de técnicos em saúde do Brasil<sup>11</sup>. As características peculiares dessa proposta advêm de seu propósito educacional, que deve ocorrer integralmente nos serviços de saúde, sem, contudo, restringir-se ao simples treinamento, mas assegurar a qualificação formal para o exercício de um conjunto de funções técnicas, formalmente previstas na estrutura educacional e ocupacional do setor saúde. Essa estratégia autóctone e bem-sucedida manteve, nas primeiras décadas de desenvolvimento, discreta presença na agenda de cooperação internacional, passando a ser divulgada externamente em anos recentes e já despertando atenção em outros contextos, em razão de comprovada efetividade e eficácia<sup>12</sup>.

A inclusão e preparação de agentes comunitários nos sistemas de saúde, ainda que represente uma estratégia badalada internacionalmente desde os anos setenta e vastamente disseminada nos diversos contextos latino-americanos, também não logrou posição de maior destaque na agenda de experiências compartilhadas

---

<sup>9</sup> Malvárez S, Heredia AM, Espino S. Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina. Washington: OPS/OMS; 2005.

<sup>10</sup> Castro JL, Santana JP, Nogueira RP. Isabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal – RN: Observatório RH NESC/ UFRN; 2002. 126 p.

<sup>11</sup> Marques CMS. Educação profissional de nível técnico no Brasil - um olhar para a formação de recursos humanos no SUS. In: Bisoto Junior G et al. Políticas públicas e qualificação de recursos humanos para o SUS: contribuições do Programa TeCSaúde para a formação de nível técnico no estado de São Paulo. São Paulo: Fundap; 2013. p. 45- 87.

<sup>12</sup> BRÉSIL. Ministère de la Santé du Brésil; HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population; CUBA. Ministère de la Santé de Cuba. **Formation de l'agent de sante communautaire polyvalent**: cahier de l'eleve. Brasília: Ministère de la Santé du Brésil, 2012. 94 p. (Série A. Normes et manuels techniques).

promovidas pela cooperação internacional. O êxito dessa proposta, na consolidação da estratégia de saúde da família do SUS no Brasil, foi divulgada no exterior, registrando-se, contudo, poucos casos de intercâmbio da experiência com outros países<sup>13</sup>.

Quanto às experiências de serviço social obrigatório, a de maior monta ocorreu no México, a partir 1959, com a distribuição de recém-formados em áreas desprovidas de médicos, onde deveriam atuar com supervisão de suas escolas ou universidades de origem, de forma integrada com os serviços locais de saúde. Essas duas características foram quase sempre negligenciadas, sob as mais diversas alegações, causando desgaste e desprestígio da estratégia. Outros países adotaram políticas similares, com dificuldades e resultados também assemelhados. As reclamações frequentes são o despreparo dos participantes, a falta ou crônica deficiência dos recursos locais disponíveis, além da precária retaguarda tanto da academia quanto da rede de serviços. Outro efeito esperado raramente foi comprovado, a fixação dos profissionais nas localidades ou mesmo na região do estágio obrigatório.

Ao longo dos anos setenta foi-se firmando uma preocupação mais abrangente sobre as deficiências de recursos humanos nos serviços de saúde. A ênfase inicial sobre os aspectos conceituais e operacionais da educação médica e outras profissões, além do pessoal de nível médio e elementar, ampliou-se incluindo acepções e práticas administrativas de recrutamento, distribuição, remuneração e outros aspectos regulatórios da força de trabalho em saúde.

Propostas sobre supervisão e a avaliação de equipes de saúde, no quadro geral da acepção de planejamento e administração que embebia a saúde pública no contexto da gestão governamental referido anteriormente, também compuseram a agenda de experiências compartilhadas da cooperação internacional em recursos humanos, durante as décadas 1970-80.

Questões dessa ordem evidenciavam a importância da informação nos processos de gestão do trabalho e da educação em saúde, tema que adquiriu relevância na agenda internacional e culminou com o lançamento da proposta de Observatório de Recursos Humanos em Saúde<sup>14</sup>, em reunião promovida pela Opas em Santiago do Chile em 1999.

A especialização médica se disseminou por toda América Latina nesse período, influenciada pelo modelo de residências dos Estados Unidos. A situação chegou ao extremo do predomínio de especialistas nesse segmento do mercado de trabalho, fator contribuinte para a concentração de médicos nas grandes cidades e consequente escassez nas regiões interioranas.

Esse padrão de especialização e concentração metropolitana se propagou entre as demais profissões da saúde, constituindo o que atualmente representa uma das maiores dificuldades dos sistemas nacionais de saúde, qual seja o provimento de

---

<sup>13</sup> Santana JP, Castro LC. Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde: entrevista com Antônio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor. Natal: Uma; 2016.

<sup>14</sup> Brito P, Granda E. Observatorio de los recursos humanos de salud. Quito: OPS/OMS; 2000. 142 p.



serviços em vastas áreas, principalmente as mais carentes do ponto de vista socioeconômico.

No decênio final do século passado, ressurgiram as preocupações sobre a formação das profissões de saúde em torno da relevância da educação ante as necessidades reais das populações<sup>15</sup>, na contracorrente da exorbitante tendência para a especialização e a consequente dificuldade de atendimento nas regiões carentes. No caso da educação médica, a Opas lançou em 1989 a proposta de análise prospectiva<sup>16</sup>, baseada em 40 parâmetros do curso médico, três deles apontados como fatores centrais de mudança: a abordagem conceitual, a diversificação do cenário de práticas e a orientação pedagógica. Nessa fase, foi retomado o enfoque educacional orientado para fortalecimento da estratégia de Atenção Primária a Saúde (APS), com participação do médico de família, nos moldes do sistema de saúde cubano, ou da equipe de saúde da família, segunda a estratégia brasileira. Diversas experiências de APS desenvolveram-se nos diferentes países da Região, pautadas entre os dois modelos.

A educação permanente em saúde constituiu um dos itens expressivos na agenda de estratégias compartilhadas entre países, desde os anos 1980, com apoio da Opas. O Brasil contribuiu para o desenvolvimento dessa proposta<sup>17,18</sup> mediante a formulação teórica e operacional designada processo educativo nos serviços de saúde<sup>19</sup>. Essa concepção destinou-se originalmente para a profissionalização de técnicos em saúde, no início da década de 1980, compondo a matriz pedagógica da rede de centros formadores e escolas técnicas de saúde. Foi também amplamente difundida no país, via um programa extensivo de formação de especialistas em recursos humanos em saúde<sup>20</sup>, a partir de 1987. O fortalecimento institucional da educação permanente em saúde, no início dos anos 2000, culminou com seu estabelecimento como política nacional do SUS<sup>21</sup> em 2009. A consagração dessa política na área da academia ocorreu com a criação da Universidade Aberta do SUS<sup>22</sup>, em 2010.

---

<sup>15</sup> World Health Organization. Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. WHO; 1993. (Tech. Report Series 838).

<sup>16</sup> Ferreira JR et al. El Análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud*. 1988;22(3):242-367.

<sup>17</sup> Organización Panamericana de la salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. **Educación permanente de personal de salud en la región de las Américas**. [Washington: Organización Panamericana de la Salud], [198?]. 87p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 85).

<sup>18</sup> SOUZA, Alina Maria de Almeida; GALVÃO, Ena de Araujo; SANTOS, Izabel dos; ROSCHKE, Maria Alice. Principales cuestiones acerca del proceso educativos en los servicios de salud. In: Perú. Ministerio de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública; Centro de investigación y Desarrollo de Programas de Salud - CIDEPSA; Organización Panamericana de la Salud – OPS. **Educación permanente en salud**. Lima: Centro de investigación y Desarrollo de Programas de Salud, [198?]. p. 37-49. (Documentos Básicos. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 3).

<sup>19</sup> Souza AMA et al. Processo educativo nos serviços de saúde. Brasília: OPAS/OMS; 1991.

<sup>20</sup> Santana JP, Castro JL (org.). Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. Natal – RN: EDUFRN; 1999.

<sup>21</sup> Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 12 fev. 2014]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)

<sup>22</sup> <http://www.unasus.gov.br/>.

Por fim, um item importante nesse elenco de experiências compartilhadas na América Latina, refere-se à migração internacional de pessoal de saúde. É um tema constante na agenda de organismos internacionais há muitas décadas, com implicações expressivas em países africanos e asiáticos. O interesse do Brasil nessa questão é recente, particularmente no contexto das relações de cooperação entre Cuba e alguns países dessa Região, visando o provimento de médicos no componente de atenção primária dos respectivos sistemas de saúde. O programa Mais Médicos<sup>23</sup>, visando a oferta de serviços básicos de saúde em extensas áreas do território nacional, incluiu essa questão, de modo intenso, na agenda da política de gestão do trabalho em saúde no País.

Em resumo, apresenta-se a lista das doze estratégias mais representativas da variedade de experiências levada a cabo, nas últimas sete décadas, ante as carências de pessoal nos serviços de saúde no contexto latino-americano: criação de unidades técnicas nas instituições de saúde pública voltadas para gestão do trabalho e da educação dos sistemas nacionais de saúde (designadas originalmente órgãos de desenvolvimento de recursos humanos); expansão significativa na formação de pessoal da saúde; integração curricular entre diferentes cursos profissionais, até a reunião de escolas ou cursos em centros de ciências da saúde; inclusão de atividades acadêmicas na rede de serviços públicos de saúde e na própria comunidade; ênfase no ensino de medicina preventiva e social; educação permanente em saúde; promoção do treinamento ou formação de pessoal de nível médio e elementar; preparação de agentes comunitários em zonas rurais ou de difícil acesso, para atuar em atividades de atenção primária a saúde segundo a estratégia propugnada pela Declaração de Alma Ata; estágio rural curricular para estudantes universitários; serviço médico obrigatório ou serviço social obrigatório em pequenas localidades no interior dos países; oferta de incentivos para estimular a fixação de profissionais nas comunidades pobres ou longínquas; e migração internacional de profissionais de saúde. Reforçando observação anterior, todas essas foram orientações adotadas em momentos diferentes nos distintos países, não havendo, portanto, ordenamento cronológico nos relatos ora apresentados.

### **Aportes para um Estudo de Caso no Brasil**

Conforme apontado na introdução, o presente texto resenha o cenário latino-americano, situando algumas referências sobre a trajetória institucional da gestão da educação e do trabalho em saúde no Brasil.

A expressão literal do tema aparece apenas de forma subjacente ao longo da exposição, conforme se vê na listagem das estratégias apresentada no final do item anterior. Poder-se-ia alegar que o termo, em sua acepção atual, não constava na terminologia usual em períodos passados. Contudo, já transcorreram algumas décadas desde quando a expressão gestão da educação e do trabalho passou a substituir, gradativamente e sob nova conceituação, o que antes se entendia como administração

---

<sup>23</sup> O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas - consultar em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320160009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160009&lng=pt&nrm=iso).

de pessoal ou gerencia de recursos humanos, tanto no âmbito da saúde pública, como da administração pública em geral e do setor privado.

No caso do Brasil, esse processo de ressignificação adquiriu dinâmica própria, de forma coetânea com a evolução geral do conceito de saúde pública, que se transmutou em saúde coletiva. Esse movimento foi turbinado pelas transformações do sistema nacional de saúde consagrado pela nova Constituição da República, conforme assinalado anteriormente.

Outra interpretação permite aventar que a perspectiva abrangente das estratégias voltadas para equacionar as múltiplas carências do processo de trabalho nos serviços de saúde, no contexto regional abordado, passava, necessariamente, pela preparação de trabalhadores de todos os níveis de educação. Portanto, seria plausível considerar também a formação desses trabalhadores no âmbito da gestão do trabalho em saúde, em vez de restringir essa acepção às estratégias normativas e negociais da organização do trabalho em sentido mais estrito.

A polêmica sobre a dicotomia entre gestão da educação e do trabalho ilustra bem a dinâmica dos processos semânticos. Nesse sentido, vale adiantar que a abordagem adotada correntemente no Brasil, sem desconsiderar o aspecto conceitual da questão, corresponde ao recorte que orientou a institucionalidade estabelecida com a criação da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde, com dois departamentos com atribuições distintas: de gestão da educação e de gestão e regulação do trabalho. Em outros contextos nacionais, a abordagem poderá ser outra, demarcada seja pelo aspecto conceitual da questão, seja por circunstâncias da trajetória institucional do setor saúde no país.

A incursão ao passado objeto deste ensaio teve a intenção de reconhecer experiências históricas compartilhadas entre países como plataforma de prospecção de novos cenários em permanente mutação, vivenciados pelos argonautas deste universo tão heterogêneo que insistimos em nomear de nossa América Latina. Essas experiências devem ser melhor estudadas, buscando reconhecer, entender e avaliar os acertos alcançados e, principalmente, os erros cometidos, de modo a enfrentar os desafios da construção do futuro.

Para não concluir, ouse chamar a atenção para a responsabilidade que o Brasil assumiu no campo das relações internacionais em saúde<sup>24</sup>, resultante de sua opção ao não seguir a trilha das reformas neoliberais que, em diferentes graus, afetaram os sistemas nacionais de saúde a partir dos anos 1980. Ao buscar um sistema de saúde universal com financiamento e gestão pública, descortinou-se um potencial para a cooperação externa brasileira nesse campo. Há registros bem documentados sobre o ensaio de uma política nacional de cooperação internacional em saúde, mediante

---

<sup>24</sup> SANTANA, José F Nogueira Paranaguá de. Bioética e Cooperação Sul-Sul em saúde. In: \_\_\_\_\_. **Cooperação Sul-Sul na área da saúde**: dimensões bioética. 2012. 168 f. + 5 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2012, p. 56-95. [no capítulo 4, ver tópico 4.2.4 – A saúde na política externa brasileira, p. 87-95].

acordo entre o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz e a Opas<sup>25</sup>, vigente de 2006 a 2015. Na área específica de gestão da educação e do trabalho em saúde também podem ser localizadas diversas publicações, com registros e análises de experiências bem-sucedidas da cooperação externa brasileira<sup>26,27,28,29,30,31,32,33,34,35</sup>. Essas referências, além de outras a serem recuperadas mediante revisão sistemática sobre o tema em foco, poderão servir como base para investigações que elucidem elementos preciosos para a formulação e condução de políticas de gestão do trabalho e da educação, tanto no Brasil como em outros contextos nacionais.

---

<sup>25</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Extrato do 41º Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao Ajuste Complementar. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 10 jan. 2006; Seção 3. Informes sobre esse termo de cooperação constam no site da Opas no Brasil e do eportugues: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=1113&Itemid=643](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1113&Itemid=643).

<http://eportuguese.blogspot.com.br/2011/11/jose-paranagua-de-santana-e-o-programa.html>.

<sup>26</sup> Rigoli F. Os observatórios de recursos humanos na América Latina. In: Ministério da Saúde.

<sup>27</sup> Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 17-27.

<sup>28</sup> Santana JP. História, saúde e seus trabalhadores: o contexto internacional e a construção da agenda brasileira. *Ciência e saúde coletiva*. 2008;13:832-835.

<sup>29</sup> Pronko MA, Corbo AD (org.). A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009 [citado em 12 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/upload/documento/silheutadoinvisivel.pdf>

<sup>30</sup> Amaral E et al. An Educational International Partnership Responding to Local Needs: Process Evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. *Education for Health*. 2012; 25:116-123.

<sup>31</sup> Esteves R. "O 3º Fórum Global buscará recolocar o tema de RHS como essência da construção de qualquer sistema de saúde" [Internet]. *Rev Rets*. 2013[citado em 12 fev. 2014];4(16):2-4. (Entrevista). Disponível em: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/upload/Revista/pt\\_br\\_R59.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/upload/Revista/pt_br_R59.pdf).

<sup>32</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas – 1999-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro. In: Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da saúde. Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. v. 2. p. 25-36.

<sup>33</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. Cooperação técnica entre países para a formação de dirigentes de recursos humanos em saúde. Brasília: OPAS/OMS; 2010.

<sup>34</sup> Castro JL. Protagonismo silencioso: la presencia de la OPS em la formación de recursos humanos em salud em Brasil. Natal -RN: Observatório RH NESC/ UFRN, Ministerio de Salud, OPS/OMS; 2008. 248 p.

<sup>35</sup> Campos CEA et al. Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai. Brasília: OPAS/OMS; 2013. 72 p.