

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a difusão do ideal da medicina preventiva

Lucirleia Alves Moreira Pierucci*

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi criada em 1902 na “2ª. Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos”, sendo considerada como o organismo regional especializado em saúde do Sistema Interamericano. Segundo seu site oficial, a OPAS tem por missão “orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas” (OPAS, 2007).

Para Nísia Lima (2002), cujo trabalho procura compreender o “papel desempenhado pela saúde na configuração das relações internacionais a partir da segunda metade do Século XIX”, a OPAS, criada em 1902 “é não só o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional”. (LIMA, 2002, p.25)

Em seu trabalho, Lima (2002), divide a história da OPAS em momentos distintos. No primeiro momento, entre 1902 a 1947, a atuação da OPAS se deu principalmente por meio das “Conferências Sanitárias Pan-Americanas”, que difundiam as idéias científicas e as ações de saúde desenvolvidas pela Organização, principalmente por intermédio do Boletim da Oficina Sanitária Pan-americana, conseguindo implementar o Código Sanitário Pan-Americano em 1924, que regulamentava as ações pertinentes ao controle das doenças transmissíveis. (LIMA, 2002, p.48).

Num segundo foi à implantação do programa de descentralização e transformação da OPAS em organismo regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1946.

Contudo, a incorporação da OPAS à OMS somente ocorreu em 1948, quando os países Latino-americanos fizeram consideráveis contribuições em dinheiro, fazendo com que o orçamento da OPAS, que ficava na casa dos US\$ 100 mil dólares, chegasse a incrível marca dos quase US\$ 1,3 milhão. Assim, nesse mesmo ano, os acordos entre a OMS e OPAS, foram conduzidos à 1ª. Assembléia Mundial de Saúde.

Os rumos da OPAS sob a direção de Fred Soper¹ consistem no segundo momento, no período de 1947 a 1958. Esse período ficou marcado pelo advento da segunda guerra, e pelos acordos bilaterais entre o Instituto de Assuntos Interamericanos, criado em 1942 e subordinado ao Departamento de Estado, e os governos latino-americanos, que permite passar a entender a saúde como uma forma estratégica de atuação. Fred Soper teria estabelecido uma forte interação com sanitaristas brasileiros, principalmente com Clementino Fraga, Belisário Pena e João de Barros Barreto, e “pode-se afirmar que suas atividades, segundo o modelo de ampla cobertura territorial e vigilância sanitária estrita,

* Doutoranda em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, pesquisadora do Grupo FOCUS/FE.

¹ Dr. Soper desempenhou papel na luta contra a febre amarela e outras doenças infecciosas no Brasil como parte do seu trabalho com a Fundação Rockefeller nas décadas de 20 e 30, no controle do tifo na África do Norte e na Itália durante a Segunda Guerra Mundial. Atuou também como Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas) de 1947 a 1959.

apresentavam afinidades com a centralização da administração pública durante o Governo Vargas” (LIMA, 2002).

No terceiro período, entre 1958 a 1982, a autora cita, entre os grandes temas que envolveram as relações entre Brasil e OPAS, a reforma no ensino médico. Entre as iniciativas esta a criação da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) em 1967 com sede em São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde.

Na década de 60, a OPAS, começou a difundir o modelo de medicina preventiva na América Latina. A proposta pretendia reformular o ensino médico, introduzindo a "mentalidade preventivista" e a implantação da medicina comunitária. Para isso, a OPAS procurou apoiar o surgimento de departamentos de Medicina Preventiva no país.

Como o desenvolvimento urbano e industrial do Brasil pós década de 60 acarretou um impacto significativo nos serviços públicos, nas condições saúde de habitação e trabalho, “esse quadro suscitou os debates sobre as políticas de saúde nas décadas de 1960 e 1970, intensificando os estudos sobre pobreza urbana e suas relações com temáticas sanitárias”. (LIMA, 2002, p.80)

No período correspondente a 1958 a 1982, em parte marcado pela Guerra Fria, e pelo esfriamento das relações entre Estados Unidos e Cuba, a OPAS teria, segundo Macedo (1977), a única a ter apoiado e utilizado a experiência desse país nas áreas de desenvolvimento tecnológico em saúde e de ações assistenciais, como o programa de médico de família. (LIMA, 2002, p.80)

Um importante marco na história da educação e formação profissional na área da saúde na América Latina, foi a realização do Seminário sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, no Chile, em 1955. Durante esse evento, apontaram-se propostas alternativas ao modelo de organização da educação médica proposto no relatório do educador norte-americano Abraham Flexner, medicina científica, então predominante no continente americano desde a segunda década do século XX. Assim, foi a partir do Seminário de Viña del Mar, que intensificou-se a criação de departamentos de medicina preventiva ou social em vários países, através da OPAS (LIMA, 2002, p.91).

Nesse rumo, vários departamentos de Medicina Preventiva e Social, foram sendo criados nas Universidades e em instituições públicas brasileiras. No período de 1965 a 1970 a tendências nos departamentos era reproduzir parte daquele modelo importado, juntamente com os conteúdos da higiene que orientou a formação e a prática dos antigos sanitaristas. Um estudo efetuado por Everardo Duarte Nunes, sobre as disciplinas ensinadas no nosso Departamento na graduação médica, mostrou que figuravam, naquele período inicial, conteúdos da velha higiene: como a Medicina Construtiva e Educação Sexual, ao lado de disciplinas que colocavam novos conteúdos pertencentes ao modelo importado, como as Ciências Sociais Aplicada à Medicina e a Clínica de Família, numa perspectiva de Medicina Integral. Mas no início da década dos anos 70 o modelo de medicina comunitária de ensino e assistência na tentativa de não mais reproduzir os modelos preventivistas e higienistas

Apesar da tentativa de reelaboração teórica com relação aos conceitos de medicina preventiva, medicina social e saúde pública, essas expressões segundo Schramm "referem-se a uma mesma realidade de ‘reunião’ (coletivo), de ‘associação’ (social), de ‘coisa comum’ (público)" e não alteraria de maneira significativa a prática dos departamentos envolvidos dentro desse processo (GRIGÓRIO, 2002, op.cit. SCHRAMM, 1993).

Tomando como pontos fundamentais os temas do desenvolvimento e da medicina social, destaca-se a forma como a agenda proposta pela OPAS, ao mesmo tempo influenciou e se forjou a partir de forte interação com instituições e intelectuais brasileiros, principalmente através da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde (BIREME), que estabeleceu uma rede Pan-americana de informação biomédica e social.

A OPAS teve um papel determinante na disseminação da Medicina Social no país no início dos anos 80, através da institucionalização, no Brasil, da abordagem da medicina social, ainda que, naturalmente, comportasse inúmeras clivagens e diferenciações nos planos teóricos - políticos, principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP) e da Universidade de São Paulo (USP), além do Instituto de Medicina Social da UERJ e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Uma das implicações desse processo foi à incorporação de cientistas sociais aos quadros docentes dessas instituições.

Com a criação do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária², em 1981, houve um embate ideológico e de interesses muito intenso, dentro do Conselho. De um lado estavam, os representantes de prestadores de serviços privados, sindicatos estaduais de hospitais, Associação Médica Brasileira, grupos de interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. *Versus* representantes do “Movimento Sanitário”³, sindicatos médicos, Rede Médica (REME), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), Institutos de Saúde Coletiva e Departamentos de Medicina Preventiva, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, posteriormente os secretários municipais e estaduais de saúde e integrantes de partidos políticos.

Contudo sabemos que o grande marco histórico do grupo do Movimento Sanitário foi à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária⁴. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS).

² O Conselho Nacional de Saúde Previdenciária, foi criado numa “tentativa de reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos” (GRIGÓRIO, 2002).

³ O Movimento Sanitário surgiu em contraposição à Lei 6229, que organizou em 1975, o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo. Segundo Andrade (2000), essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior. (ANDRADE, 2000)

⁴ “O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. (...) Surgiram, também, outras denominações, como “movimento pela reforma sanitária” e “movimento da reforma sanitária”. No livro “O dilema preventivista” uma nota feita por Arouca diz que todos esses termos podem ser usados indistintamente”. Trecho retirado da página: <http://bvсарouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>, em 12 Dezembro de 2006.

Sendo assim, de certa forma, o grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária passou a ser promover a transição do sistema desintegrado, principalmente na articulação das esferas de governo, e centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo. Aqui não mais uma tarefa de resistência, como ocorreu dentro do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária.

A Carta de 1988 enunciava as seguintes garantias para sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva: a) a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; b) a relevância pública das ações e serviços de saúde; c) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência; d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; e) a integração da rede pública de serviços num sistema único; f) a possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde; g) o co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; h) a direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Na década de 90, no entanto, os incentivos à saúde pública, emergiram principalmente em 1994 com o documento “Saúde Pública nas Américas”, esse documento teria surgido da visão particular sobre a esfera da reforma setorial da saúde no continente. A tentativa era de reavaliação do sanitarista.

O pioneirismo da OPAS, nos projetos de reformulação dos recursos humanos em saúde tem seu marco na década de 60, com a publicação da Carta de *Punta Del Leste* considerado o primeiro marco político-institucional e simbólico da mudança no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais deste campo, no desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas.

Na ocasião, a OPAS/OMS já havia firmado um acordo complementar ao celebrado a 14 de novembro de 1973 entre o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil, previsto para 1975, que ficou conhecido mais tarde como Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

O PPREPS foi criado⁵ em 1975 por convênio entre o governo brasileiro e a OPAS, de 1975 a 1978, e desenvolveu projetos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos com as secretarias estaduais de saúde, de integração docente assistencial, a cargo de universidades e de tecnologia social.

Dessa forma, o PPREPS apresentava como propósito: "adequar progressivamente à formação de Recursos Humanos para a saúde com os requerimentos de um sistema de saúde com cobertura máxima possível e integral, regionalizada e de assistência progressiva de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta" (MS/MEC/OPAS, PPREPS, 1976, p.5).

Sabe-se que os projetos que compuseram o PPREPS destinaram-se a cobrir três áreas de atuação, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde: (i) planejamento de recursos

⁵ “Segundo, Simões (1986), o PPREPS teria sido criado em atendimento à indicação do Grupo Interministerial que havia sido criado, em 1974, para estudar a questão de RH em saúde e propor soluções a serem incorporadas ao II Plano Nacional de Desenvolvimento.”

humanos, (ii) preparação direta de pessoal para a saúde, (iii) apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e (iv) distribuição estratégica de pessoal de saúde (MS/MEC/OPAS, PPREPS, 1976, p.3).

Esse Programa explicitou como um dos seus grandes objetivos, "apoiar o estabelecimento de Sistema de Desenvolvimento de Recursos Humanos em cada Estado da federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivo", sendo a consecução deste objetivo o que poderia assegurar a continuidade de desenvolvimento de recursos humanos pelas Secretarias Estaduais (Simões, 1986, p.3).

Contudo, no final de 2001, ocorre uma mudança importante no cenário nacional. O governo federal lança o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, conhecido como PROMED, desenvolvido numa parceria entre o Ministério da Saúde e o da Educação com o apoio da OPAS. Com esse programa, o estado passou a disponibilizar recursos financeiros da ordem de R\$ 1,2 milhões para três anos de trabalho para cada Instituição de Ensino Superior que adequasse sua proposta de formação às diretrizes da medicina comunitária.

Com o PROMED, várias universidades mudaram o modelo de formação para se adequar à sua proposta. Dentre as vinte escolhidas na primeira seleção, dez eram federais, quatro estaduais e cinco particulares.

A intenção do Estado com esse Programa de Incentivo foi regular a formação dos recursos humanos na saúde, uma vez que faz uma crítica a excessiva "flexibilização permitida pela nova LDB". Além disso, segundo consta na proposta do PROMED acusa-se os órgãos de formação superior de excessiva autonomia, que teria acarretado um "afastamento de seu constituinte principal, que é a sociedade". (PROMED, 2001)

Podemos dizer que de certa forma, a tendência em geral de adoção das orientações da medicina voltada para a comunidade, se dá em geral pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social. A idéia do Promed é incentivar os outros professores e Departamento das Escolas Médicas a aceitarem as mudanças propostas e se adequarem à proposta do governo para a educação médica no país. O PROMED pode ser visto assim, como uma espécie de "deja vú" do PREPS que a OPAS tentou implementar em 1975- 78. O PROMED se enquadra na estratégia para efetivação de atividades que já haviam sido realizadas desde a década de 70 no Brasil, principalmente com o Apoio da OPAS via Ministérios da saúde, para o Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, que é uma das marcas da Organização.

Referências:

- ALMEIDA, Ana Maria; CANÊDO, L.B.; GARCIA, A.; BITTENCOURT. A. (ORGS). **Circulação Internacional e Formação Intelectual das Elites Brasileiras**. Editora: Unicamp, Campinas, 2004.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, R.J.S; MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Ver. Panam Salud Publica, vol.8 n.1-2, Washington, July/Aug, 2000.
- BOURDIEU, Pierre. Campo de Poder, campo intelectual e habitus de classe. In: MICELI, Sérgio (org.). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2005.

GRIGÓRIO, Deise de Araújo. **Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS**. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

LIMA, Nisia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. FINKELMAN, Jacobo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MS/ME/OPAS. PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Edital de Convocação. Brasília, 8 / 2002, (Secretaria de Políticas de saúde)

OPAS/OMS. A Saúde no Brasil. Escritório de Representação no Brasil, Brasília, 1998.

PIERUCCI, Lucirleia A. Moreira. **Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde?** Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2007.

SANTOS, Jair L. F.; WESTPHAL, Marcia Faria. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. Estud. av. [online]. v. 13, n. 35, pp. 71-88, 1999.

SCHRAIBER, Lilia B. **Educação Médica e Capitalismo**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989.

SIMÕES, Anete Pereira. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, 1986.