

A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983)

The technical cooperation Paho-Brazil in the education of health workers (1973-1983)

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

Abstract *This paper discusses the human resources policies in health in Brazil, from the basis of the technical cooperation in this area between the Pan-American Health Organization (PAHO/WHO) and the Brazilian government. The study examines the formulation and implementation of the "Agreement for Human Resources Development for Health in Brazil", especially from the beginning of the Program for Strategic Development of Health Personnel in 1975. The paper finally discusses the implications of this Program, whose reflections are felt up to the present days, for the institutionalization of RH in health as part of the public health administration, for the organization of the field of collective health in Brazil, and for the criticisms and reforms in the country's health systems.*

Key words *International cooperation, Human resources in health, Public health, Pan-American Health Organization, History of health*

Resumo *Esse trabalho discute as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil, a partir da cooperação técnica desenvolvida neste campo entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e o governo brasileiro. Examina o contexto de formulação e a implementação do Acordo para um Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, sobretudo a partir de 1975, quando tem início o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Da mesma forma, são discutidas as implicações do PPREPS na institucionalização da área de RH em saúde como parte das instâncias de gestão pública da saúde, na organização do campo da saúde coletiva no Brasil e na crítica e reforma dos sistemas de saúde do país, cujos reflexos são presentes até hoje.*

Palavras-chave *Cooperação internacional, Recursos humanos em saúde, Saúde pública, Organização Pan-Americana da Saúde, História da saúde*

¹ Observatório História e Saúde - ObservaRH, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Av Brasil 4036, Manguinhos. 21040-36 Rio de Janeiro RJ. chapaiva@gmail.com

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

Introdução

No final do ano de 1973, inicia-se um processo de parceria institucional entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) na área de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Pela primeira vez, representantes do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC) assinaram com a OPAS um acordo de cooperação técnica, tendo em vista a formação de recursos humanos em grande escala, com intuito também de ter impactos nos serviços de saúde do país. Sua expressão concreta foi a elaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), a partir de um acordo de cooperação complementar ao compromisso estabelecido em 1973.

O PPREPS teve repercussões para o surgimento de experiências inovadoras na formação de RH em saúde, no estímulo à criação de um domínio de produção intelectual e de um campo de práticas sociais e de políticas públicas nesta área. Seus resultados e desdobramentos não se situaram de forma desconectada do processo histórico mais amplo e também do movimento da reforma sanitária brasileira, inclusive em suas implicações na organização de um sistema nacional de saúde para o país, proposto com premissas da universalidade, da integralidade e da equidade no atendimento.

Este texto reconstrói o processo que culminou na assinatura dos acordos de cooperação técnica que estabeleceram as bases da cooperação técnica OPAS-Brasil em Recursos Humanos para a saúde, seu desenvolvimento inicial, desdobramentos e resultados mais imediatos^{1,2}.

Antecedentes e o contexto da cooperação técnica

A década de 1970 representou para as economias ocidentais tanto um período de euforia econômica, tendo em vista as grandes taxas de crescimento econômico dirigido pelo Estado durante a primeira metade da década, quanto de grandes incertezas, de estagnação, de crise econômica e recessão, sobretudo já ao final dos anos 1970, com a incapacidade de financiamento público do estado^{3,4}.

No Brasil, durante o chamado “milagre econômico”, assistiu-se a taxas de crescimento na ordem de até 12% ao ano. Seu ápice foi o período entre os anos 1968 e 1973, quando o PIB cresceu

a uma taxa média de 10% ao ano, ainda que estas taxas de crescimento não se fizessem acompanhar pela melhoria da qualidade de renda e de vida dos trabalhadores, tendo em vista uma distribuição das riquezas de forma mais equânime e justa. O primeiro choque da crise, em 1973, colocava em xeque este período de crescimento da economia brasileira. Tal impacto, contudo, não produziria efeitos diretos, em curto prazo, na capacidade de investimento do Estado, que permaneceu, ao menos até o final da década, ainda bastante atuante³.

Já o segundo choque do petróleo, de 1979, revelou as fragilidades do processo de desenvolvimento do capitalismo nos países periféricos. A crise fez o Brasil desembocar em uma situação de colapso na dívida externa, que bem marcou a história dos países em desenvolvimento durante toda a década seguinte. Desse modo, o fim dos anos 1970 anunciou a falência do modelo nacional-desenvolvimentista e a aparente hegemonia das teorias do Estado-mínimo, que resultaram em grande debate - sob colorações ideológicas diversas - ao longo dos anos 1980 e 1990. Este debate envolveu questões não apenas a respeito do destino do Brasil, mas de todos os países em desenvolvimento, bem como o futuro das políticas sociais no quadro da crise³.

Na realidade, a década de 1970 encerrava o período considerado clássico de vigência do desenvolvimentismo como norte orientador do papel do Estado nas sociedades. Desenvolvimento que, segundo concepção de Arturo Escobar, teria também definido os termos pelos quais se dariam as relações entre sociedades industrializadas e o chamado mundo em desenvolvimento. Nesse contexto, de acordo com a ideologia do desenvolvimento, ciência e técnica se tornariam o passaporte rumo ao mundo moderno e industrial. A promoção do desenvolvimento tecnológico teria nas organizações internacionais e nas iniciativas de assistência/cooperação técnica internacional tanto os atores privilegiados como as estratégias-chave⁵.

Politicamente, o período foi marcado, *grosso modo*, por grandes incertezas, dadas tanto pela implantação de regimes autoritários à direita, como também pelos sinais de enfraquecimento das últimas ditaduras do continente. O contexto político brasileiro rumava, já ao final da década de 1970, para o que se convencionou chamar de uma abertura política lenta e gradual, em parte pelo visível insucesso econômico do governo, diante da crise econômica que minava os ganhos salariais da classe média e dos mais pobres, de

outra parte, por conta da ação dos mais amplos e variados movimentos políticos a favor da instalação de uma democracia no país.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por sua vez, vinha de um importante período de expansão de suas atividades, iniciado no imediato pós-guerra, sob a coordenação de seu quarto diretor, o norte-americano Fred L. Soper. Soper negociara uma relação mais autônoma e independente da OPAS com a recém-criada Organização Mundial da Saúde (OMS). A gestão Soper produziria como seu maior resultado institucional o fortalecimento da Organização, como uma agência internacional forte economicamente e com legitimidade reconhecida pelos diversos países da continente e do restante do globo⁶.

Aproveitando-se da prosperidade decorrente do ciclo de desenvolvimento capitalista do pós-guerra, a OPAS aumentou seu orçamento e estrutura, dividindo o continente americano em sete zonas de atuação, cada uma com um escritório local, e instituiu centros regionais especializados, em uma iniciativa que avançaria ainda nas décadas seguintes, já sob a gestão do chileno Abraham Horwitz (1959 - 1975). Esta expansão e fortalecimento de sua legitimidade no continente, num só tempo, foram decorrentes e se converteram na celebração de acordos e convênios com outros organismos intergovernamentais, instituições internacionais de fomento e os próprios Estados da região, na época, provavelmente, ainda relativamente receptivos a uma expansão dos seus gastos⁷.

Neste período, a relação da OPAS com o tema da formação de recursos humanos era marcada pelas metas traçadas por planos continentais de saúde, sobretudo em suas pretensões de ampliação da cobertura dos serviços oficiais de saúde em todo continente. O planejamento social, o que incluía as políticas públicas de saúde e educação, era encarado como a ferramenta preferencial de intervenção com este fim, ainda que sua fase mais tecnocrática - presente na elaboração e na disseminação do chamado método Cendes-OPS - já na primeira metade da década de 1970, cedesse lugar para formulações orientadas para o planejamento estratégico e as suas variações⁸⁻¹¹.

No quadro de seu desenvolvimento institucional, no início dos anos 1960, a OPAS já tinha realizado investimentos nas questões dos recursos humanos, em particular ao que concerne ao ensino geral de medicina e da medicina preventiva. Diversos encontros promovidos pela OPAS são exemplos da emergência dessa agenda. Entre

eles, o Congresso Pan-Americano de Educação Médica, realizado em Lima, Peru; a Conferência de Colorado Springs sobre o Ensino de Medicina Preventiva, de 1952, e a Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, de 1959, realizada em Chicago, além de outros eventos¹². Registrava-se uma carência de pessoal em todas as profissões de saúde, em especial de enfermeiros e engenheiros sanitários. Além dos problemas de ordem quantitativos, apontava-se também para uma inadequada distribuição geográfica dos profissionais de saúde, especialmente concentrados nas áreas mais ricas dos grandes centros urbanos. As estratégias apontadas para a solução de todo esse conjunto de problemas começaram a envolver não apenas reformas dos currículos médicos e de outras profissões de nível superior, rumo a um currículo de formação mais generalista, mas também procuraram apontar para a necessidade de incrementar a formação de técnicos e auxiliares tendo por base um ensino médio de melhor qualidade e em sintonia com as necessidades do sistema de saúde¹³.

Nesse contexto, um eixo temático estruturador da cooperação técnica entre a OPAS e o governo brasileiro foi o tema do planejamento social. No Brasil, uma de suas expressões foi o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), cuja meta foi promover uma maior coordenação entre os ministérios que compunham a chamada área social, a partir da constituição do Conselho de Desenvolvimento Social e do estabelecimento de um "orçamento social", resultado da soma dos recursos de cada pasta e de uma almejada integração programática. Entre as frentes de atuação do estado, prevista no Plano, estava o Programa de Valorização de Recursos Humanos, que reunia todos aqueles componentes explicitamente considerados como de alguma forma associados à capacidade produtiva do trabalhador: educação, saúde, assistência médica, nutrição e treinamento profissional¹⁴. Sendo assim, mesmo que retoricamente, o plano atribuía alguma importância estratégica ao tema de recursos humanos, ainda que considerado sob uma perspectiva marcadamente econômica. Propunha também uma maior integração entre as pastas ministeriais diretamente envolvidas com a temática da saúde, mesmo que simultaneamente delimitasse, na prática, uma dicotomia entre as áreas da assistência e da prevenção para a saúde, questão tão somente equacionada com a criação do Sistema Único de Saúde, em finais dos anos 1980. Antes, o Sistema Nacional de Saúde, criado em julho de 1975, consolidava no âmbito dos ministérios da

Saúde e da Previdência e Assistência Social a separação entre os campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária, separação cuja origem remontava a era Vargas¹⁵.

Um segundo eixo temático estruturador da cooperação técnica foram os temas do aumento da cobertura dos serviços de saúde e da atenção primária em saúde. Naquele mesmo contexto, em agosto de 1976, em âmbito nacional, foi lançado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Entre seus propósitos, figuraram iniciativas para se aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais, e viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada, tal como se consagraria no Sistema Único de Saúde na década seguinte. É importante sinalizar que a programação do PIASS marcava uma sintonia entre as políticas de saúde do Brasil aos princípios defendidos no âmbito da OPAS, sobretudo com relação ao aumento da cobertura dos serviços de saúde nas comunidades rurais, com a utilização de pessoal de saúde auxiliar, residente na própria comunidade. Sendo assim, uma das estratégias do PIASS exigia, por sua vez, uma maior capacitação de pessoal técnico e auxiliar para a saúde, tendo em vista o pretendido aumento de cobertura dos serviços. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o PPREPS, criado também em 1976, foi uma das respostas à necessidade de incremento à formação de pessoal auxiliar para a saúde^{16,17}.

Estas reformulações políticas e institucionais tinham também como bastidores todos os movimentos da reforma sanitária brasileira, que iniciava seu processo de organização e influência política durante aquele período. Exemplo foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), por um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo em julho de 1976, e a publicação de seu periódico, *Saúde em Debate*, que se tornou em pouco tempo um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento¹⁸.

No mesmo contexto, ampliou-se o movimento das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesacs), a mobilização dos estudantes de medicina em torno de assuntos políticos era crescente. Outro marco do período foi a criação, em 1979, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), como mais uma forma de organização dos profissionais de saúde em torno das bandeiras da reforma do sistema de saúde, da reformulação na for-

mação dos profissionais de saúde e também sobre assuntos políticos gerais¹⁹. No mesmo ano, realizava-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, evento que reuniu as maiores lideranças das várias tendências do movimento sanitário^{19,20}.

A partir de 1976, a cooperação técnica OPAS-Brasil, celebrada pelo Acordo Geral para o Desenvolvimento de Recursos Humanos, bem como a implementação do PPREPS, seriam informadas e estruturadas por estes debates e questões. Sua forma de organização e seus desdobramentos, planejados e não esperados, também não se encontraram, de todo, desconectados do contexto em que a cooperação foi concebida, ainda que sua mutação, nos anos seguintes, seja informada também por mudanças no panorama político e econômico do país, tendo em vista o referido cenário de crise na capacidade de financiamento do Estado e também o processo de gradual abertura política. De qualquer forma, de uma maneira não passiva e, portanto, eminentemente interativa com as mudanças de todo o contexto, a Cooperação Técnica OPAS-Brasil contribuiu tanto para a conformação em âmbito nacional de redes sociais e de aparatos públicos especialmente voltados para o desenvolvimento de recursos humanos, como para o estabelecimento de um sistema de saúde inovador, que se institucionalizaria na Constituição de 1988.

O acordo de cooperação: objetivos, estruturas e ações

Em novembro de 1973, o então diretor da OPAS, o chileno Abraham Horwitz, o Ministro da Saúde do Brasil, Mario Machado de Lemos, e o Ministro da Educação e Cultura, Jarbas Passarinho, assinaram o *Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*. Este primeiro instrumento jurídico deu início a cooperação técnica OPAS-Brasil em recursos humanos para a Saúde no país. Ele se orientou nas recomendações do II Plano Decenal de Saúde para as Américas, de 1972, nas diretrizes do governo brasileiro e na OPAS, que estabeleceram então os três objetivos principais da cooperação. O primeiro se situava no campo do planejamento e desenvolvimento dos recursos humanos e se desdobrava na elaboração de um plano para a formação de recursos humanos em saúde. O segundo objetivo procurava dar conta de uma maior integração entre o sistema de formação de pessoal de saúde e a realidade da rede assistencial

do país. As estratégias então defendidas eram a utilização do próprio sistema de saúde, em sua face assistencial, como um recurso pedagógico, dentro de um processo de ensino-aprendizagem; o estímulo a uma melhor integração multiprofissional, de forma a permitir uma maior integralidade das ações de saúde; a reorganização das instituições docentes e prestadoras de serviços, bem como o desenvolvimento de uma estrutura curricular e técnico-pedagógico mais afinada com as idéias de integração entre docência e serviço.

O terceiro e último objetivo se relacionava à formação de pessoal docente e de pesquisa, mediante a concessão de bolsas de estudo e o apoio financeiro e técnico científico às instituições de pós-graduação. Estimulou-se, especialmente, a investigação acerca de metodologias de educação continuada para a formação de pessoal de saúde.

A partir deste contexto, no início de 1975, José Roberto Ferreira, pela área de recursos humanos na OPAS-Washington, Carlos Vidal, consultor da OPAS-Brasil, e, Ernani Braga, ex-diretor da Divisão de Recursos Humanos da Organização Mundial de Saúde (1967-1973) e então profissional dos quadros da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), produziram a proposta que procurou efetivar, principalmente, o terceiro objetivo da cooperação. Poucos meses depois, surgia o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o PPREPS. Este foi possível graças a assinatura de um acordo complementar, em agosto de 1975, no momento da realização da V Conferência Nacional de Saúde. Compromisso formalizado por Héctor Acuña, então diretor da OPAS; Paulo de Almeida Machado, Ministro da Saúde; e Ney Braga, pela pasta da Educação e Cultura. Logo, mediante a assinatura de um termo aditivo, no mesmo ano, a Fiocruz seria apresentada como organismo responsável pela gestão administrativa dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde²¹. Com isso, a base institucional da cooperação estaria consolidada.

O passo seguinte foi o recrutamento e a organização do pessoal que faria parte do grupo técnico central da cooperação técnica em recursos humanos; este *staff* seria diretamente responsável pela elaboração do programa de ação. Após a realização de um seminário na sede do Instituto Nacional de Nutrição (Inan), em Brasília, o grupo para a condução do programa, composto por nomes indicados pelo Ministério da Saúde, foi constituído pelo médico Cesar Vieira, da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, a enfermeira Izabel dos Santos, da Universidade Federal de Pernambuco, e Danilo Prado Garcia, cirurgião de

São Paulo, com experiência nas áreas de ensino e formação em serviço. A OPAS indicou o chileno Francisco Salazar e o argentino Garcia Scarpone.

A coordenação do grupo técnico central coube ao médico piauiense Carlyle Guerra de Macedo. Personagem de prestígio nos quadros da OPAS, Carlyle havia sido secretário de saúde do Piauí, colega de Celso Furtado na Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) e professor do Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social (Ilpes) em Santiago do Chile, uma instituição-chave na disseminação do ideário do planejamento em saúde. Sua indicação teria contado ainda com o apoio de um conterrâneo, o então Ministro da Justiça, Petrónio Portela, apoio fundamental para que o nome de Guerra de Macedo fosse capaz de vencer a oposição dos círculos mais conservadores do regime militar, receosos, sobretudo, das suas antigas ligações com Celso Furtado e a Sudene¹⁶.

Os Ministérios da Educação e Cultura, da Saúde e da Previdência e Assistência Social instituíram um grupo de trabalho com o propósito de formular ações conjuntas. O resultado foi um programa de ação que procurava reajustar e reformular a formação das profissões de nível superior; o ensino de pós-graduação, técnico e auxiliar de nível médio e a extensão universitária. Teve-se em vista o enfrentamento de uma série de questões, tais como o desenvolvimento de uma maior articulação entre as várias áreas de atuação dos ministérios, por meio da celebração de convênios de cooperação mútua; o aumento do número e na qualidade da formação de pessoal de nível intermediário; uma maior adequação dos currículos às necessidades epidemiológicas mais imperativas; a promoção da formação generalista, em detrimento da ultra-especialização corrente; entre outras medidas²². Não por acaso este amplo leque de questões se tornaria o alvo da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em recursos humanos, ainda que a promulgada articulação entre as pastas ministeriais não dependesse exclusivamente de sua capacidade técnica e política.

Formalmente criado em junho de 1976, o PPREPS teria como propósito maior o ajuste da formação de recursos humanos para a saúde no país às necessidades do recém-fundado Sistema Nacional de Saúde (SNS), de modo a que se permitisse uma maior cobertura possível, de forma integral e regionalizada, segundo os diferentes níveis de complexidade e ajustado à realidade socioeconômica das várias regiões brasileiras. Dado esta base mais ampla, definiram-se os três objetivos do PPREPS.

Para começar, tinha-se como horizonte uma preparação em massa de pessoal de saúde de nível médio, técnicos e auxiliares de saúde, e também elementar. As metas quantitativas do programa, em seus primeiros tempos, eram bastante ambiciosas. Estimava-se entre 160 mil e 180 mil pessoas formadas durante o período de 1976-1979, dentro de um variado leque de categorias profissionais, ainda que a ênfase caísse naquelas diretamente ligadas à prestação de serviços médicos²³. Entre elas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes e agentes comunitários. Estrategicamente, não coube ao Programa a formação direta deste grande contingente de pessoal de saúde; suas ações se desdobraram no sentido do desenvolvimento da capacidade docente, sobretudo com relação à organização da estrutura de ensino e aos instrutores, ao aparato político-pedagógico, bem como à supervisão e à comunicação, tendo em vista a meta de se desenvolver uma educação continuada. Dentre aquelas instituições que fizeram parte do escopo de parceiros para o desenvolvimento destas metas, destacamos a Escola de Saúde de Minas Gerais, para a formação de pessoal de nível elementar, e o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional (Clates-Nutes), na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para a formação de pessoal de nível técnico nas áreas de enfermagem, laboratório e administração²³.

O segundo objetivo era o apoio para a criação de dez regiões docente-assistenciais de saúde, cuja meta era também permitir uma cobertura da assistência médica na ordem de 15 a 20 milhões de pessoas em todo o país. A partir da constituição de modelos, métodos pedagógicos e procedimentos experimentais, pretendia-se tanto promover um gradual processo de regionalização dos serviços, como contribuir para a definição de um novo rumo para a formação em saúde, supostamente mais integrado às necessidades e às prioridades dos próprios serviços médicos, aspecto fundamental para o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Por fim, o PPREPS deveria dar suporte à criação de um sistema de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em cada estado federativo, permitindo ainda uma articulação com os sistemas de planejamento setorial local. Esse último objetivo representou, ainda, importante passo rumo ao desenvolvimento das secretarias estaduais de saúde, e do processo de descentralização administrativa na saúde^{23,25}.

O processo de descentralização político-administrativo previa ainda as parcerias de diver-

sos níveis da administração federal e estadual, tanto do MEC, com os departamentos de Assuntos Universitários, de Educação Média e Ensino Supletivo, assim como o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), como do Ministério da Previdência e Assistência Social, recém-criado; do Ministério do Trabalho e do Ministério do Interior; com a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan). No âmbito estadual, como se disse, as secretarias estaduais de saúde foram as unidades estratégicas de todo o processo, em âmbito local.

Cada um desses objetivos envolvia estratégias e planos de ação próprios. Para a formação de pessoal, por exemplo, o grupo técnico da cooperação pretendia apoiar as secretarias estaduais de saúde. Elas foram consideradas como os órgãos centrais na implementação de projetos de treinamento para o sistema de saúde de cada estado. Previa-se ainda aproveitar as já existentes modalidades de ensino supletivo e profissionalizante, ainda que também se estimulasse a criação de novos cursos, especialmente para o nível auxiliar. Outro componente importante de toda a estratégia seria o estímulo à formação de recursos humanos polivalente e integrada ao serviço.

O segundo objetivo, relativo à criação das regiões docente-assistenciais, exigia a reorganização dos serviços de saúde dos estados envolvidos com a cooperação técnica, de forma também a promover, localmente, uma reformulação dos programas docentes e o estabelecimento de mecanismos integradores entre os sistemas de saúde e de formação de pessoal. É interessante observar que estas estratégias se situavam no contexto dos programas de desenvolvimento regionais e procuravam especialmente incluir os campos da saúde e da educação na esfera de decisões planejadas, de forma que se respeitasse e aproveitasse as iniciativas em andamento ou em processo de gênese²⁵.

O último objetivo, de forma articulada aos demais, procurava seguir as mesmas orientações estratégicas. Sua particularidade residia na pretensão de promover, gradualmente, uma articulação dos projetos locais de desenvolvimento de recursos humanos à uma orientação federal, a partir da coordenação da Assessoria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, então chefiada por Stella Winge²⁶.

A elaboração destas estratégias, bem como a realização de ações de orientação conceitual, de identificação de fontes de financiamento e a captação de recursos adicionais, a contratação de serviços de assessoria complementares, além dos tra-

balhos de informação e de documentação do Programa, eram responsabilidade do Grupo Técnico Central (GTC). Instituído em março de 1976, instalado em Brasília, administrativamente subordinado a OPAS, mas autônomo do ponto de vista político e técnico, funcionava como o núcleo técnico e gerencial do Programa, principalmente em relação à mobilização e à articulação dos vários atores institucionais envolvidos, em especial no âmbito dos estados, onde o trabalho do grupo técnico operava a cooperação técnica OPAS-Brasil. Operacionalmente, o programa estava organizado de forma a mobilizar e a apoiar os diversos atores institucionais envolvidos com a cooperação técnica. Aos parceiros situados no âmbito dos estados caberia a tarefa de elaborar os projetos a serem avaliados em primeira instância ao GTC. Em seguida, estes projetos seriam encaminhados para análise e pronunciamento da Comissão de Coordenação. Finalmente, se aprovados, seriam objeto de um convênio para a formalização da cooperação técnica¹⁶.

O financiamento destas atividades foi possível graças ao estabelecimento de uma espécie de *trust fund* entre a OPAS e o governo brasileiro. Gerido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), estes recursos permitiram não apenas pagar salários competitivos, em dólares, aos membros da equipe central da cooperação, como também arcar com as despesas de um programa desenvolvido em escala nacional. Tal modelo, segundo nos informa um dos atores fundamentais para a cooperação, se inspirava em um arranjo institucional e em mecanismos de repasse e gestão de recursos já desenvolvidos pela OPAS e o governo do México na ampliação da rede de estabelecimentos de ensino de medicina veterinária naquele país²⁷.

A cooperação e seus desdobramentos

Um balanço realizado em 1978 revelou um total de cerca de 40 mil pessoas formadas, em diferentes níveis e categorias. No nível elementar, nas categorias de atendentes, agente comunitário, auxiliares de enfermagem e administração, foram quase metade do total de formados. Já as categorias de nível médio, visitantes sanitários e as áreas técnicas de enfermagem, saneamento, laboratório, nutrição, administração, entre outras, indicaram cerca de onze mil egressos. No nível superior, os números davam conta de nove mil alunos capacitados para as funções de supervisão. Ainda que os números estivessem bem

abaixo das pretensões originais de formação do Programa, estes não são nada desprezíveis, correspondendo a um contingente bastante considerável de pessoas formadas em um período relativamente curto de tempo²³.

As ações se desenvolveram, nesses primeiros anos, em onze estados federativos. Os primeiros, já no início da atuação do PPREPS, em 1976, foram Piauí, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Os demais, todos das regiões norte e nordeste do país, iniciaram seus projetos no ano seguinte, marcando mais claramente a tendência de formação de pessoal do ano subsequente e final do período.

O impacto maior dos trabalhos do PPREPS pode ser mais bem percebido nos estados de Minas Gerais, da Bahia, do Pará e de Pernambuco, que atingiram números de formandos entre cinco e onze mil alunos, respectivamente para o caso pernambucano e mineiro. Observada a evolução dos projetos segundo dados percentuais, Minas Gerais capacitou 28,5% do total realizado pelo projeto; a Bahia, 19,3%; o Pará, 13,7% e respondendo Pernambuco por 12,4%²³.

Estes números revelam que a *performance* dos projetos financiados pelo PPREPS nos estados foi bastante diferenciada. Para um maior êxito dos trabalhos da cooperação técnica, em âmbito local, foi determinante um conjunto de fatores, como uma maior mobilização e apoio político do governo do estado; uma capacidade dos gerentes locais de produzirem um arranjo institucional amplo a favor das iniciativas; e, por fim, um maior grau de maturidade técnico-institucional dos setores mais diretamente ligados aos temas dos recursos humanos.

Não se pôde contar com esta combinação de fatores em todos os estados. O caso paraense, considerado um projeto de desempenho acima da média, revela que a capacidade de mobilização de atores locais foi um ingrediente fundamental para o desenvolvimento do projeto. Este projeto foi capaz de mobilizar, além da Secretaria de Saúde do Estado, as secretarias de Educação e Administração, a Universidade Federal do Pará, a Escola Técnica Federal, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, e a Escola de Enfermagem Magalhães Barata, subordinada ao governo estadual. Além disso, é interessante notar que a Secretaria de Saúde já possuía, fisicamente, uma espécie de Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, dotado de recursos materiais e de pessoal²³.

Entre os projetos considerados menos bem-sucedidos, segundo relatório técnico de 1978, es-

tavam os dos estados do Maranhão e da Paraíba, justamente onde os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos se viram mais comprometidos pelas precárias condições institucionais das secretarias como um todo. No caso paraibano, a principal dificuldade teria sido a existência de conflitos de competência técnico-administrativa entre a Assessoria de Planejamento, a Coordenação de Saúde e o Departamento de Recursos Humanos, além de sucessivas substituições do próprio Secretário de Saúde²³.

Outro obstáculo identificado foi a ausência de uma instância federal capaz de coordenar, junto às autoridades estaduais, os esforços locais às diretrizes nacionais, tanto em matéria de formação de recursos humanos como, mais amplamente, de conexão dos serviços de saúde regionais ao planejamento de uma rede nacional. As secretarias estaduais acabaram por priorizar aqueles projetos que, em tese, atenderiam às demandas mais imediatas de recursos humanos locais, ainda que tivessem como horizonte a introdução de mudanças graduais no sistema formador de recursos humanos e do próprio sistema de saúde, como um todo.

Com relação a instalação das regiões docente-assistenciais - segundo objetivo da cooperação - registrou-se quatro iniciativas diretamente apoiadas pelo PPREPS no período compreendido entre 1976 e 1978. O primeiro convênio visava a instalação do internato rural e de uma reformulação curricular no curso de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este projeto seria desenvolvido na área do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, região precursora em um recente processo de descentralização dos serviços de saúde, promovido, a partir de 1975, pelo governador Aureliano Chaves²⁸. Outros projetos de integração docente-assistencial foram desenvolvidos com a parceria da Universidade Federal de Pernambuco, no interior do Estado; na Paraíba, com a parceria da Universidade Federal da Paraíba.

A linha de trabalho com resultados imediatos, considerados menos promissores, se deu com os projetos IDA. Suas dificuldades têm relação com a frágil sustentação institucional dos projetos, conseqüência de uma incipiente institucionalização do recém-criado Sistema Nacional de Saúde. Outro problema foi a existência de grupos refratários às reformas nas universidades, parceiros fundamentais em todo o processo. Tal resistência por parte dos acadêmicos tem relação com uma tradição intelectual e profissional que não estimulava uma abordagem inter-

disciplinar, especialmente voltada para as ciências sociais. Como resultado da crise geral da economia brasileira no final da década e, de forma mais imediata, deste leque de dificuldades institucionais, observamos que os projetos IDA foram os que mais sofreram com os cortes nos recursos financeiros do PPREPS. Os projetos financiados pela cooperação técnica tiveram recursos reduzidos e aqueles que deveriam ser apoiados, segundo programação original, sofreram redução a baixo da metade²³.

A IDA, contudo, não seria de todo abandonada pela cooperação OPAS-Brasil. Reiterada sua importância como estratégia de formação de recursos humanos e como mecanismo de ampliação da cobertura dos serviços de saúde, a OPAS e a Fundação Kellogg, no final dos anos 1970, estabeleceram uma importante parceria na condução dos projetos de integração docente-assistencial na região das Américas. Com o aporte financeiro da fundação norte-americana, coube a OPAS operar como instância de assistência técnica na condução das experiências IDA. No Brasil, o PPREPS, particularmente, foi a instância privilegiada para o desenvolvimento desta tarefa, marcando definitivamente a evolução da IDA, como projeto e proposta, nas décadas seguintes²⁸.

Com relação ao último objetivo, referente ao fortalecimento das instâncias estaduais, o principal êxito dos trabalhos de cooperação técnica foi promover um maior destaque ao tema, conferindo aos recursos humanos um papel relevante no processo de elaboração de políticas de saúde, seja em âmbito nacional, seja em estadual. A criação dos núcleos estaduais de desenvolvimento de recursos humanos, integrados às secretarias de saúde dos estados, foi a estratégia privilegiada, uma vez que poderia representar o estabelecimento de uma referência, para a área de recursos humanos, tanto para os aspectos político-administrativos quanto para os pedagógicos.

Em geral, as limitações orçamentárias e as imensas diferenças políticas, administrativas e institucionais regionais, reflexos das grandes disparidades nos níveis de desenvolvimento local, contribuíram para resultados considerados parciais, tendo em vista as pretensões originais do PPREPS. Esta situação, como vimos, foi mais aguda quando se tratou do desenvolvimento dos projetos IDA²³.

As avaliações do PPREPS e seus indicadores quantitativos não revelam de todo a *performance* do Programa. O legado da cooperação técnica, em seus primeiros anos, se estendeu para os anos seguintes, aprimorando-se em função de

novas conjunturas e novos problemas. Sua principal contribuição inicial foi a constituição dos recursos humanos em saúde como domínio de produção teórica e políticas públicas, um campo de formulação e implementação de política tanto de saúde como de educação. O programa foi capaz de mobilizar diferentes interesses, vocações, e serviu como uma espécie de catalisador frente a atores até então mais ou menos dispersos.

Isto revela, de outra parte, que a cooperação foi capaz de estabelecer uma verdadeira simbiose com os propósitos da reforma sanitária brasileira, se expressando, por exemplo, na iniciativa do grupo do PPREPS de debater o tema da integração entre a formação profissional e os serviços de atenção à saúde, em 1978, na Associação Brasileira de Educação Médica³⁰. No ano seguinte, em mais uma investida, o PPREPS se envolvia com a mobilização em torno da realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados. A conferência de Carlyle Guerra de Macedo, então coordenador do GTC, sobre a temática dos recursos humanos, em um evento de grande repercussão política e social, revela a importância estratégica que se pretendia imputar a formação de pessoal qualificado para a organização do sistema de saúde do país²⁴.

A cooperação técnica se articulou e participou do movimento de crítica geral ao sistema de saúde, encabeçado pelo chamado movimento sanitário. A sua base institucional foi espaço e estratégia para o debate de pautas políticas mais amplas, como a construção de um sistema de saúde universal no país, organizado a partir de pressupostos eminentemente não autoritários, afinados com a premissa de maior controle social em saúde. O melhor exemplo desse papel foi a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a Abrasco, a partir de um encontro no edifício sede da Representação da OPAS no Brasil, em Brasília. Dito de outro modo, a Abrasco foi ela mesma uma filha da simbiose entre essa experiência de cooperação técnica com o chamado movimento sanitário brasileiro^{30,31}.

Estas conseqüências não previstas, tendo em vista os objetivos iniciais da cooperação técnica, refletiam sua gradual capacidade de ir além da temática dos recursos humanos, rumo a temas mais globais, como a organização dos serviços de atenção. Ainda que esta ampliação da pauta original da cooperação tivesse conexão com determinada percepção ou teorização acerca da forma como o problema dos recursos humanos se situava na organização dos serviços de saúde, é notável que cada vez mais a cooperação técnica

construía novas metas e objetivos, conformados por novos consultores, sobre aspectos que estritamente transcendiam aos objetivos primeiros do PPREPS, e de fato se situavam além da temática dos recursos humanos.

Este movimento, a que poderíamos chamar de maior abertura programática da cooperação técnica, frente a outros temas, como a organização dos serviços de saúde e o planejamento global em saúde, se situaram cada vez mais presentes, em um sentido que terminaria por obrigar uma reformulação institucional e jurídica do Acordo. O que se exprimiria nos instrumentos formais da cooperação durante toda a década de 1980.

O legado da cooperação técnica OPAS-Brasil em RH para a saúde

Os efeitos da atuação e dos trabalhos em torno da agenda da cooperação técnica OPAS-Brasil foram difusos, não se restringindo unicamente ao tema da formação de recursos humanos para a saúde. Em parte por que a cooperação técnica ensaiada, a partir de meados dos anos 1970, representou a confluência de interesses diversos. De um lado tivemos a OPAS em plena fase de expansão e de fortalecimento de sua legitimidade de atuação no continente; um governo nacional, sob a legitimidade de sua elite técnica, representava uma oportunidade de maior intervenção social, via políticas de saúde supostamente mais planejadas e racionalizadas. De outro lado, as mesmas elites técnicas, instaladas no estado brasileiro, situadas também no campo da militância do chamado movimento sanitário, vislumbraram a oportunidade de reformar o sistema de saúde do país, mobilizando recursos políticos e operacionais e, além disso, fortalecendo uma oposição democrática na sociedade brasileira.

Esta matriz conjuntural deu vida própria à cooperação, definia sua estrutura em seus primeiros anos e, na década seguinte, era impulsionada rumo a novas experiências e empreendimentos, sem abandonar de todo a matriz original, mas avançando em um processo que se poderia chamar de nacionalização.

De outra parte, a Cooperação Técnica repercutia também, no contexto brasileiro, as doutrinas, os princípios e as normas presentes nas formulações da OPAS, quanto à organização dos serviços de saúde, às suas conexões com o processo de desenvolvimento, quanto às políticas de recursos humanos adequadas. Nesse sentido, a Cooperação Técnica era parte do aparato

do desenvolvimento – tanto como ideologia, quanto como um conjunto de propostas práticas – então expresso na Organização Pan-Americana da Saúde.

A recepção destes enunciados se deu de forma a permitir seu reprocessamento e re-enunciação à luz da experiência local dos próprios personagens. Ao operar dessa maneira, a Cooperação Técnica foi eficaz em sua capacidade de, com significativo grau de autonomia, influir e, eventualmente, modelar as políticas nacionais e a própria constituição de espaços e redes institucionais de conformação do campo da saúde coletiva e do desenvolvimento de recursos humanos.

Seu estreito vínculo e compromisso com os problemas e dilemas nacionais e sua hibridez frente às estruturas do governo brasileiro envolvidas com a própria cooperação técnica proporcionaram que, ao longo da trajetória do Acordo, ocorresse uma progressiva ampliação no número de pastas ministeriais e de outros órgãos que cumpram sua base institucional. Dito de outra forma, a cooperação foi, ainda que de maneira não muito uniforme, um palco privilegiado para expe-

riências de maior integração entre agências federais e estaduais.

Nesse ponto é importante salientar que seus objetivos se alinharam a um esforço mais amplo de promoção de um processo de descentralização político-administrativa, ao reforçar a competência técnica e científica nos níveis regionais e mesmo locais. São exemplos categóricos deste movimento centrífugo, a criação dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas secretarias estaduais de saúde; o estímulo ao desenvolvimento dos Núcleos de Saúde Coletiva nas universidades; a instituição de centros de formação e capacitação de pessoal de saúde nos estados, entre outras experiências que se desenvolveram e se estenderam para além do período tratado aqui, mas que se constituem como desdobramentos desta base institucional. Ao fazê-lo, a Cooperação Técnica OPAS-Brasil em Recursos Humanos desempenhou um papel tanto no desenvolvimento da rede de profissionais que na atualidade configuram o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no país, como também contribuiu para a elaboração do próprio sistema de saúde vigente.

Colaboradores

CHA Paiva, FA Pires-Alves e G Hochman respondem igualmente por todas as etapas da pesquisa necessárias a esta publicação, desde o levantamento de dados, leitura de textos, análise de conteúdo e redação do texto.

Referências

- OPAS/Brasil. *Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS; 1973.
- OPAS/ Brasil. Acordo Complementar ao Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Brasília: OPAS; 1975.
- Lessa CA. *Estratégia do desenvolvimento 1974-1976: sonho e fracasso*. Campinas: Instituto de Economia/ Unicamp; 1998.
- Skidmore T. *Brasil: de Getúlio a Castelo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2004.
- Escobar A. *Encountering development: the making and unmaking of the third world*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
- Lima NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman J, organizador. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 23-106.
- Cueto M. *El Valor de la Salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS; 2004.
- Giovanella L. A proposta de Mário Testa para o planejamento em saúde. In: Lígia Giovanella, organizadora. *Planejamento Estratégico, Programação e Orçamento em Saúde: textos de apoio ao ensino da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1992. p. 14-37.
- Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1991 [acessado 2006 Set 6]; 7(1): [cerca de 18 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004
- Giovanella L. *Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 1989.
- Barrancos D, Mendes EV. *Memória de Planificadores: outra história de la planificación de salud en América Latina*. Washington, D.C.: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud/OPAS; 1992. (Série Informes Técnicos, 9). [acessado 2006 Set 11]. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/IT9.PDF>
- Horwitz A. Evolución de la educación médica en la América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1962; 4(52):281-289.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe sobre la III Reunión Especial de Ministros de Salud y medidas necesarias para dar cumplimiento a las decisiones adoptadas*. Washington, D.C.: OPAS; 1972.
- Velloso JPR. O II PND e as oportunidades do Brasil. In: Velloso JPR. *II PND*. Rio de Janeiro: IBGE; 1975.
- Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suarez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- 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.
- Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Washington, D.C.: OPAS; 2005.
- Scorel S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Lima N, Santana JP. *Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Paim JS. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. *Saúde em Debate* 1981; 11:57-59.
- OPAS/Brasil. Termo Aditivo ao Acordo Complementar para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Brasília: OPAS; 1975.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos na área da saúde. Brasília: Departamento de Documentação e Divulgação; 1976.
- Brasil. Ministério da Saúde/MEC/OPAS/Fiocruz. PPREPS – Relatório Anual de 1978. Brasília: Ministério da Saúde; 1979.
- Macedo CG. Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. *I Simpósio sobre política nacional de saúde - Conferências*. Brasília: Câmara dos Deputados/Comissão de Saúde; 1980. p.64-72.
- Macedo CG, Santos I, Vieira CAB. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. *Educación Médica y Salud* 1980; 14(1):62-75.
- Nogueira RP. Depoimento a Carlos H. A. Paiva e Janete Castro [fita]. Rio de Janeiro, 26 de julho de 2005. Transcrito por Andrea Ribeiro. Conferência de fidelidade por Alex dos Santos da Silveira.
- Ferreira JR. Depoimento a Carlos H. A. Paiva, Fernando Pires-Alves, Gilberto Hochman e Janete Castro. [fita] Rio de Janeiro, 15-16 de março de 2005. Transcrito por Annabella Blyth. Conferência por Fidelidade por Alex dos Santos da Silveira.
- Campos FE. O sistema integrado de prestação de serviço de saúde do norte Minas como espaço de atuação acadêmica. In: Fleury S, organizadora. *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p. 238.
- Santana JFP. Depoimento a Carlos H. A. Paiva e Fernando Pires-Alves [fita]. Brasília, outubro de 2006. Transcrito por Andréa Ribeiro. Conferência de fidelidade por Alex dos Santos da Silveira.
- Santana JFP. Depoimento a Carlos H. A. Paiva, Fernando Pires-Alves, Gilberto Hochman e Janete Castro. [fita]. Rio de Janeiro, 21-22 de fevereiro de 2005. Transcrito por Andréa Ribeiro. Conferência de fidelidade por Alex dos Santos da Silveira.
- Vieira C. Depoimento para Carlos H. A. Paiva e Regina C. Marques. [fita]. Rio de Janeiro, 14 de outubro de 2005. Transcrito por Andrea Ribeiro. Conferência de fidelidade por Alex dos Santos da Silveira.

Artigo apresentado em 17/12/2006

Aprovado em 14/05/2007

Versão final apresentada em 04/04/2008

