

Parte I

Traços de um contexto: saúde internacional, políticas nacionais e recursos humanos

Fernando A. Pires-Alves
Carlos Henrique Assunção Paiva

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PIRES-ALVES, FA., and PAIVA, CHA. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p. ISBN 85-7541-102-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

1. TRAÇOS DE UM CONTEXTO: SAÚDE INTERNACIONAL, POLÍTICAS NACIONAIS E RECURSOS HUMANOS

Os principais eventos e processos descritos e discutidos aqui tiveram início em meados da década de 1970 e uma trajetória que se alonga até finais da década seguinte. Entre os atores institucionais em cena figuraram uma organização intergovernamental da região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), os ministérios da Saúde, da Educação e Cultura, da Previdência e Assistência Social, além de outras agências federais brasileiras. Fizeram-se igualmente presentes os poderes executivos nos estados, em especial as secretarias estaduais de Saúde e Educação; segmentos das classes políticas, dos seus partidos legais e ilegais; além de organizações de uma sociedade civil que, no Brasil, se encontrava em franco processo de reconstrução, superados os anos mais duros da repressão política.

Mesmo que se restringindo a algumas poucas e rápidas pinceladas, esboçar o contexto histórico e institucional em que se estabeleceu a Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos sugere uma abordagem que dê conta de duas dimensões. A primeira diz respeito ao âmbito internacional e interamericano, procurando, portanto, inscrever o objeto no interior da trajetória da Opas como organização internacional de saúde nas Américas, da sua agenda e das suas estratégias no período considerado. Diz respeito, também, a alguns processos de alcance global – como as crises do petróleo e da dívida externa – que provocaram impactos na formulação de políticas no âmbito dos organismos internacionais e na própria percepção acerca do papel do Estado como prestador de serviços sociais e promotor do desenvolvimento.

A segunda dimensão se refere ao contexto nacional, naquele intervalo de tempo. Um contexto política, econômica e socialmente denso, revestido de considerável grau de dramaticidade, como o era o ambiente da reconstrução democrática brasileira. No terreno das políticas sociais e em particular a da saúde, o período assinala a vigência e crise dos planos nacionais de desenvolvimento; a elaboração e tentativa de implantação de um Sistema Nacional de Saúde e de programas destinados a realizar a ampliação da cobertura da atenção médica; os movimentos de crítica teórica sobre os determinantes da saúde e da doença, assim como de ação política no sentido da reforma de sistemas e serviços de saúde. Assinala também os primeiros momentos da constituição do Sistema Único de Saúde, como a forma brasileira de estabelecer, no último quarto do século XX, uma nova institucionalidade para a saúde.

Estas duas dimensões, que se interpenetram, serão abordadas aqui em dois segmentos distintos. Espera-se que as principais áreas de intercessão – fundamentais para o enquadramento contextual que se pretende – se tornem claras ao longo do próprio desenvolvimento do capítulo. Em ambos segmentos, pretende-se explicitar de que maneira o temas dos recursos humanos e do trabalho em saúde se localizam e dialogam com os componentes do contexto. A Cooperação Técnica em Recursos Humanos entre o governo brasileiro e a Opas é, ela mesma, parte integrante destes diálogos.

○ CONTEXTO INTERNACIONAL

Como designar a década de 1970 em termos globais? Uma das possibilidades talvez seja indicar que ela encerra um ciclo, ou vários ciclos mais ou menos articulados. Este período registrou, sem dúvida, o fim do ciclo de crescimento econômico que se iniciara ao final da segunda guerra mundial e que foi relativamente difundido por todo o planeta. Ele pôs fim, no ocidente capitalista, a um relativo consenso acerca dos papéis desempenhados pelo Estado como ente produtivo, promotor do desenvolvimento e da solidariedade social, neste caso principalmente ao prover diretamente serviços considerados básicos, entre estes a previdência social, a educação e a saúde.

Ao seu final tem início um período de estagnação econômica, anunciado na primeira crise do petróleo, em 1973, consolidado no segundo choque, de 1979, e na crise da dívida dos países em desenvolvimento. Ao fim dos anos 70 teve início, também, o movimento ascendente das teorias do Estado mínimo, que, em larga medida, dominariam os termos do debate nas duas décadas seguintes.

A década encerra também o período clássico de vigência do desenvolvimento em todo o seu vigor. Desenvolvimento, tal como o concebe Arturo Escobar (1995), como domínio tanto discursivo, quanto concreto/prático, porque expresso em ações, e que a partir do pós-segunda guerra definiu os termos pelos quais se dariam as relações entre sociedades capitalistas centrais e o chamado mundo periférico. Nele, ciência e técnica tornaram-se condição e modo de expressão de um aparato de conhecimentos e práticas que moldaria o mundo não euro-americano à feição de um ocidente moderno que avançava em seu movimento de mundialização. Atuar de modo cientificamente embasado e promover a introdução da tecnologia nos vários domínios da vida social significava, quase que sem mediações, ser civilizado e moderno. Neste movimento, as organizações internacionais e as iniciativas de assistência/cooperação técnica internacional sem dúvida desempenharam papel decisivo.

Quanto aos acontecimentos políticos do período os enunciados genéricos são mais difíceis de serem feitos. De toda forma, é possível dizer que na América Latina, sobretudo, a década de 1970 assinala a última voga de implantação de regimes autoritários à direita. De outro lado, as ditaduras mais longevas começavam então a dar nítidos sinais de esgotamento. A ditadura brasileira pertencia a este último grupo.

Nos anos 70, a Opas vivia também, em determinado sentido, os anos finais de um ciclo: de uma trajetória de expansão de suas estruturas operacionais como organização internacional funcional de saúde nas Américas.⁵ Com efeito, uma vez superadas as difíceis negociações em torno da sua permanência como organização regional autônoma e reconhecida como tal frente à recém criada Organização Mundial da Saúde (1948), a Opas emergiu do pós-guerra, sob a direção do norte-americano Fred Soper, de 1947 a 1959, como uma entidade institucionalmente legitimada, financeiramente saudável e em franco processo de expansão⁶. De fato, enquanto se desenrolava o propalado ciclo

⁵ Organização internacional funcional é aquela dedicada a áreas temáticas específicas como podem ser a da Saúde, de Comércio Exterior, de Energia Nuclear, entre outras. Para uma categorização das organizações internacionais, bem como para uma introdução ao seu desenvolvimento histórico, ver Herz & Hoffmann, 2004.

⁶ A criação da OMS e o debate sobre o destino da Opas estão descritos em Cueto (2004, p.74-79), OPS (1992: 41-47) e Siddiqi (1995: 53-86). Para uma visão panorâmica da história da Opas, ver também Lima (2002). Parte da história institucional da Opas na segunda metade do século XX foi desenvolvida também em Pires-Alves, 2005: 22-26) e fração deste trabalho foi retomada na elaboração deste capítulo. A saúde financeira da organização no final dos anos 40, em que pesem restrições nas contribuições por parte dos EUA, deveu-se principalmente à capacidade de Fred Soper em mobilizar prestígio pessoal para a obtenção de recursos complementares.

dourado da prosperidade capitalista do pós-segunda guerra, a Opas aumentou seu orçamento e estrutura, decidindo por dividir o continente em sete zonas de atuação, cada uma com um escritório local⁷, e instituir centros regionais especializados, em um movimento que avançaria pelos anos 60 e 70, já na gestão do chileno Abraham Horwitz, entre 1959 e 1975⁸. Esta expansão dos seus meios operacionais diretos, “em campos específicos que transcendem o alcance dos países individualmente”, envolveu quase sempre uma estratégia de celebração de acordos e convênios com outros organismos intergovernamentais, instituições internacionais de fomento e os próprios Estados da região, na época razoavelmente receptivos a uma expansão dos seus gastos⁹. Ao se aproximar a década de 80, a Opas vai paulatinamente passar a preferir estabelecer redes cooperativas entre instituições, baseadas na capacidade já instalada nos países, aos custosos encargos resultantes da montagem e manutenção de centros próprios.

De toda forma, quando a Aliança para o Progresso trouxe os temas sociais para o primeiro plano da cooperação internacional nas Américas, a Opas operou como instância técnica do sistema interamericano e espaço de expressão das comunidades especializadas da saúde. Na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial (Cies-OEA), realizada entre 5 e 17 de agosto de 1961, na cidade uruguaia de Punta del Este, um evento que reuniu delegações de alto nível de todos os

⁷ As zonas, sedes e áreas de cobertura foram as seguintes: Zona I (Washington), para Canadá, EUA e territórios não autônomos; Zona II (México), México, Cuba, República Dominicana, Dominicana, Haiti; Zona III (C. da Guatemala), Guatemala, Peru, Honduras, Costa Rica, El Salvador, Nicarágua, Panamá; Zona IV (Lima), Bolívia, Peru, Venezuela, Colômbia, Equador; Zona V (Rio de Janeiro), Brasil; e Zona VI (Buenos Aires), Argentina, Uruguai, Chile, Paraguai. (Cueto, 2004).

⁸ Foram os seguintes os centros pan-americanos estabelecidos pela Opas e suas sedes e anos de instalação: Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, (Incap), Cidade da Guatemala 1946; Centro Pan-americano de Febre Aftosa (Panaftosa), Rio de Janeiro, 1951; Centro Pan-americano de Zoonoses (Cepanzo), Buenos Aires, 1956; Biblioteca Regional de Medicina, Bireme, São Paulo, 1967; Centro Latino-Americano de Administração Médica (Clam), Buenos Aires, 1967; Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe (IANC), Kingston, 1967; Centro Pan-Americano de Planificação da Saúde, Santiago, 1968; Centro Pan-americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (Cepis), Lima, 1968; Centro de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (Clap), Montevideu, 1970; Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde, (Clates), Rio de Janeiro, 1972; Clates - México, Cidade do México, 1973; Centro de Epidemiologia do Caribe (Carec), Porto Espanha, Trinidad e Tobago, 1974; e o Centro Pan-Americano de Ecologia Humana e Saúde (ECO), Cidade do México, 1974 (Cueto, 2004 e Opas, 2002) Um ciclo de desativações se inicia em 1976, começando pelo CLAM. O Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (Inppaz) foi criado em 1991, em Martinez, Argentina, sendo uma espécie de centro temporário (Opas, 2002).

⁹ A citação é atribuída a Fred Soper, então diretor da Opas, em OPS (1992:512), sem indicação de fonte.

países americanos, com grupos de especialistas e observadores convidados, Abraham Horwitz, diretor da Opas, apresentou dois trabalhos¹⁰ (Horwitz, 1961a: 379-382; 1961b: 387-388). Seus temas se prenderam à afirmação da centralidade da saúde como condição para o desenvolvimento, à prescrição de ações de caráter imediato e à identificação de temas de atenção estratégica de longo prazo e aos meios adequados para abordá-los. Horwitz, nestas intervenções, renovava as proposições presentes em “Hechos sobre Problemas de Salud: la salud en relación con el progreso social y el desarrollo económico de las Américas”, um documento de referência elaborado pela Opas para aquela reunião (OPS, 1961). Em sua maior parte, os seus princípios, temas e eixos organizadores foram incorporados ao Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso, um dos documentos aprovados ao final do encontro (OEA, 1961).

Afirmando as relações recíprocas entre saúde e desenvolvimento e a necessidade de promoção coordenada do desenvolvimento econômico e social mediante a elaboração e implementação de planos nacionais de desenvolvimento, o documento prescrevia a preparação de planos nacionais de longo prazo, identificava os problemas e metas prioritárias imediatas e definiu os meios de atuação preferenciais. Os problemas e metas demarcados diziam respeito à oferta de água potável e à provisão de serviços de esgotamento; à mortalidade infantil; ao controle de doenças transmissíveis, o que incluía a erradicação da malária e da varíola; à alimentação e nutrição de populações desfavorecidas; e à ampliação, organização e administração da rede de assistência à saúde.

Os meios preferenciais ficavam definidos como sendo o planejamento e avaliação de ações, o que implicava a instituição de unidades especializadas nos ministérios e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias; a administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, assim como a integração da prevenção com a assistência curativa; e a ênfase na formação e capacitação dos recursos humanos, o que implicava “estabelecer quantitativos ideais de profissionais, técnicos e auxiliares, promover a capacitação em serviço e ampliar a oferta de cursos formativos (...).” (OEA, 1961: 490-491).

¹⁰ A delegação brasileira foi chefiada por Clemente Mariani Bittencourt, à época Ministro da Fazenda do governo de Jânio Quadros. Este renunciaria uma semana depois do fim da reunião. A delegação cubana foi chefiada por Ernesto Che Guevara.

Em conseqüência de uma resolução complementar da reunião uruguaia, a Opas organizou em Washington, entre 15 e 20 de abril de 1963, uma Reunião de Ministros da Saúde dos países signatários da Carta da Punta del Este. Precedida de um conjunto de reuniões preparatórias e da realização da XVI Conferência Sanitária Pan-Americana, este encontro teve por objetivos aprofundar a análise comum dos problemas de saúde e estabelecer uma agenda objetiva a partir dos enunciados do Plano Decenal. Seu Informe Final, deste modo, repercutiu e procurou imprimir materialidade prática às prescrições da Reunião Extraordinária de Punta del Este e aos seus desdobramentos imediatos. As análises e recomendações da reunião se organizaram em torno do que seriam os quatro meios ou instrumentos preferenciais para a proteção, promoção e recuperação da saúde: o planejamento, a administração dos serviços, a investigação científica e a formação dos recursos humanos (OPS, 1963: 1-49).

A idéia de planejamento, como forma de proceder a uma mobilização programada dos recursos disponíveis, com o fito do alcance de objetivos e metas definidos segundo determinados diagnósticos, afirmava no terreno da saúde a necessidade da pesquisa epidemiológica e da informação estatística, como requisitos para a fixação de prioridades. Da mesma forma, prescrevia o desenvolvimento de metodologias para o que deveria ser um “planejamento integral do desenvolvimento econômico e do bem-estar”. Nos marcos desta pretensão totalizante, a planificação da saúde deveria ser parte integrada aos planos nacionais de desenvolvimento, estes últimos uma precondição para que um país pudesse se candidatar à ajuda interamericana segundo os termos da Aliança para o Progresso. Recomendava-se o estabelecimento, em cada ministério da Saúde, de unidades especializadas nas metodologias de planejamento e avaliação de programas, na reunião sistemática de informações vitais, sanitárias e hospitalares, assim como para a formação e treinamento de pessoal para estas atividades específicas (OPS, 1963).

Com o objetivo de desenvolver metodologias e auxiliar os governos da região nas tarefas de planejamento da saúde, a Opas instituiu uma unidade especializada na sua sede em Washington, em 1961. O desenvolvimento de projetos específicos, com o concurso de especialistas contratados, suscitou a abertura de frentes de cooperação com instituições latino-americanas, entre estas o Centro de Estudos do Desenvolvimento Econômico Social (Cendes) e a Escola de Saúde Pública, ambos da Venezuela. O trabalho com estas instituições resultou na elaboração de um método de planejamento em saúde que

ficou conhecido pela sigla Cendes-OPS, com ampla difusão na região das Américas. Sua primeira versão veio à luz em 1962¹¹.

A experiência venezuelana permitiu à Opas promover cursos destinados à formação de planejadores da saúde em escala regional, em conjunto com o Instituto Latino-Americano e do Caribe de Planejamento Econômico e Social (Ilpes), um organismo da Comissão Econômica para a América Latina – Cepal/ONU, localizado em Santiago, Chile. Esta conexão Caracas – Santiago e a colaboração com o Ilpes e a Cepal ensejaram a criação de um Programa de Planejamento da Saúde, em 1968 formalizado como um novo centro especializado da Opas: o Centro Pan-Americano de Planejamento da Saúde, que entrou em operação efetiva em 1970, nas dependências do Ilpes. Constituiu-se neste processo uma escola de planejamento em saúde que teria vasta penetração no continente (OPS, 1972, p. 1-2; Paiva, 2005).

Em larga medida, o tratamento dado pela Opas aos temas dos recursos humanos em saúde nas décadas de 1960 e 1970 seria informado pela inscrição destes como parte dos planos de saúde de alcance regional e nacional e como parte dos objetos do planejamento como ferramenta preferencial de intervenção. Vale salientar, todavia, ainda que de modo ligeiro, que as posições doutrinárias em torno do planejamento e das suas técnicas vivenciavam também uma transição no período em questão. Já ao final da década de 1960, o método Cendes-OPS seria gradativamente abandonado, tendo em vista seu caráter normativo e tecnocrático, em favor das formulações orientadas para o planejamento estratégico e as suas variações¹².

Este movimento, como todo o resto, correspondia a uma transição entre perspectivas na saúde internacional, inclusive no contexto latino-americano. Em linhas gerais, a gestão de Abraham Horwitz como diretor da Opas, compreendida entre 1958 e 1975, foi referida como sendo a da afirmação do direito à saúde (OPS, 1992). Ela compreendeu o enunciado do aumento da cobertura dos serviços de saúde como uma idéia-força capaz de organizar as pautas institucionais, ao mesmo tempo em que registra o aumento da crítica às intervenções massivas de tipo vertical, orientadas por doença, e à medicina curativa centrada na organização hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas. Correspondeu à crescente popularidade das abordagens ditas in-

¹¹ A versão final e de circulação continental é de 1965 (Ahumada et al., 1965).

¹² Para uma análise crítica do planejamento em saúde no período, ver Giovanella, 1989, 1992 e 2006. Uma abordagem histórica do planejamento em saúde está em Barrancos & Mendes, 2006.

tegrais e das experiências de medicina simplificada empreendidas em países em desenvolvimento, entre as quais aquela que envolveu a utilização dos *Médicos de Pés Descalços* na República Popular da China¹³. Este trânsito culminou, em termos globais, com o estabelecimento, em 1977, da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e, no ano seguinte, da atenção primária como a estratégia central para alcançá-la (Cueto, 2004).

Em inícios dos anos 60 a Opas já mantinha a pelo menos uma década uma atenção institucional para as questões de recursos humanos, em particular no que concerne ao ensino geral de medicina e da medicina preventiva. O próprio Abraham Horwitz, em artigo de 1962, indicava que nesta área a época seria de “profundas transformações” ocorrendo “progressivamente desde há vinte anos” e seria especialmente bem representada por uma seqüência de eventos iniciada em 1951, com o Congresso Pan-Americano de Educação Médica, realizado em Lima, Peru; passando pela Conferência de Colorado Springs sobre o Ensino de Medicina Preventiva, de 1952; e terminando com a Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, de 1959, realizada em Chicago, sob os auspícios da World Medical Association¹⁴ (Horwitz, 1962: 281, 286). São igual e freqüentemente citados, como eventos fundamentais, a realização dos seminários de medicina preventiva realizados em Viña del Mar, Chile, em 1955, e em Tehuacán, México, no ano seguinte. Em certa medida o próprio campo dos recursos humanos em saúde refere a Opas como parte importante da sua própria constituição, ao participar e promover a realização de reuniões com o propósito de empreender uma revisão do ensino médico no continente (Nunes, 2000; Ferreira, 2005; Santana, 2005).

Já a partir Conferência de Punta del Este, e da subsequente Reunião de Ministros da Saúde dos Países Americanos (1963), às preocupações com o ensino de medicina e o quantitativo de profissionais de nível superior disponíveis nos países somavam-se enunciados relativos aos contingentes daqueles então designados genericamente como trabalhadores auxiliares. No Plano Decenal de Saúde Pública, apontava-se para necessidade de atribuir importância programática à formação e capacitação de profissionais e auxiliares, o que incluiria determinar o número necessário em cada categoria; capacitar em ser-

¹³ Para um exemplo da repercussão da experiência chinesa no ocidente, ver Lee (1974).

¹⁴ A série de eventos mencionados por Horwitz inclui também: Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, Cidade do México, 1957; Reunião Científica da Associação Latino-Americana de Ciências Fisiológicas, Punta del Este, 1957; Seminário de Ensino de Medicina Interna, Manizales, Colômbia, 1959; e os I e II Seminários de Educação Médica da Colômbia, respectivamente 1955 e 1957, Cali e Medellín (Horwitz, 1962).

viço os trabalhadores atuais e formar outros nos quantitativos necessários; e ainda ampliar ou criar as instituições educativas requeridas para tal fim (Opas, 1961). No Informe Final da Reunião de Ministros da Saúde, de 1963, o tema foi desenvolvido, tornando explícito o diagnóstico geral que informava tal preocupação (OPS, 1963).

Registrava-se uma carência de pessoal em todas as profissões de saúde, em especial de enfermeiros e engenheiros sanitários¹⁵. Além desta insuficiência numérica, identificava-se uma inadequada distribuição geográfica destes profissionais, em especial dos médicos, concentrados nas capitais e, nestas, nos bairros mais abastados. Os serviços de enfermagem eram executados, geralmente, por auxiliares sem nenhum tipo de capacitação, sendo, portanto, urgente um incremento na formação de enfermeiras e na sua capacitação para o exercício de atividades de supervisão. Preconizava-se a necessidade de incrementar a formação de técnicos auxiliares tendo por base um ensino médio de melhor qualidade. Ressaltando o papel do médico como liderança das equipes de saúde, o documento reclamava um maior empenho dos governos nacionais no sentido de imprimir maior qualidade às escolas médicas. Preconizava-se uma revisão dos programas de ensino e uma maior aproximação entre as instituições formadoras e aquelas encarregadas da prestação de serviços com vistas ao estabelecimento de hospitais-escola e laboratórios de medicina comunitária urbana e rural (OPS, 1963).

Era este o diagnóstico mais geral. Todavia, no capítulo das recomendações, quando medidas mais imediatas foram preconizadas, é possível perceber que a principal atenção dos ministros da saúde era dirigida para a escola médica e a formação destes profissionais. Com efeito, a década de sessenta e os primeiros anos setenta registrariam em todo o continente um aumento quase explosivo do número de faculdades de medicina e de médicos titulados anualmente. O caso brasileiro é exemplar deste crescimento exponencial (Opas, 1973; Pierantoni, França & Varela, 2006: 39-40).

Quando os ministros do continente se reuniram para estabelecer aquele que seria o II Plano Decenal de Saúde, de 1972, o tema dos recursos humanos já assumiria uma nova configuração. Entrementes, um grupo de médicos e especialistas, a partir da Opas, não só realizaram um profundo balanço do duplo movimento de expansão e reforma do ensino médico na América La-

¹⁵ Nos documentos do período, a expressão *profissões de saúde* era utilizada exclusivamente para designar as habilitações de nível superior, uma distinção mais tarde praticamente abandonada. Todavia, foi mantido este uso neste trabalho, tornando a narrativa mais próxima do tempo narrado.

tina, como empreenderam uma atualização da sua agenda programática com base em uma ativa militância¹⁶. Ao mesmo tempo, organizações internacionais, entre elas a Fundação W.K. Kellogg e a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina, davam suporte a um crescente movimento de medicina comunitária (Chaves, 1994: 6).

O II Plano Decenal de Saúde para as Américas foi firmado ao final da III Reunião Especial dos Ministros da Saúde das Américas, realizada em 1972, em Santiago, Chile, durante o Governo de Salvador Allende. Neste plano, sob o signo da expansão da cobertura dos serviços de saúde por meio da estratégia da atenção básica, o componente de recursos humanos mereceu considerável destaque e uma orientação marcadamente diferente em alguns aspectos importantes em relação ao plano precedente.

O problema, em larga medida, deixara de ser a quantidade de médicos disponíveis. Recomendava-se a valorização do médico generalista como resposta à tendência de uma crescente e cada vez mais precoce especialização, ao mesmo em que se renovavam as preocupações com a sua distribuição no território. O recurso ao auxiliar de nível médio é enfatizado como meio de se alcançar uma efetiva ampliação da cobertura dos cuidados médicos e, ao mesmo tempo, aumentar a própria produtividade do trabalho médico. Assinalava-se a necessidade de formação de odontólogos, nutricionistas, farmacêuticos e médicos veterinários e destacava-se o caráter multiprofissional das equipes de saúde. De um ponto de vista doutrinário, o documento reafirmava o compromisso com uma concepção integral do fenômeno saúde-doença; com a abordagem multidisciplinar para o conhecimento destes fenômenos e para as ações de prevenção e cura; e com a integração docente-assistencial como forma de articular os processos formativos e as ações de atenção à saúde, tanto de profissionais de nível superior, quanto de técnicos e auxiliares (Opas, 1972: 17-21)¹⁷.

¹⁶ Entre os principais personagens deste grupo figuravam: Ramón Villareal, Juan César García e Jorge Andrade. Ver García, 1972, e Andrade, 1979.

¹⁷ Esta transição entre os temas que dominavam a pauta dos recursos humanos em saúde no contexto latino-americano era parte de um debate que também se manifestava globalmente. É possível identificar uma sensível correspondência entre a evolução dos debates no âmbito da Opas com aquela verificada nos processos de formulação de políticas no contexto da Organização Mundial da Saúde, ao longo entre 1960 e 1980. Como assinalam Fülöp & Roemer (1982), em um estudo de fôlego sobre as políticas de desenvolvimento de recursos humanos nos primeiros 40 anos da OMS, os debates no âmbito das Assembléias Mundiais de Saúde registraram, nas décadas de 1970 e 1980, paulatino e consistente aumento da presença relativa de temas como o treinamento de pessoal auxiliar; treinamento para a atenção primária; abordagem por meio de equipes de saúde; e integração entre formação de pessoal e serviços de saúde. Um tema a ser investigado diz respeito a aquilatar até que ponto a Opas e os delegados latino-americanos são protagonistas desta reconfiguração.

Como assinala Schraiber (1989:121), àquela altura norteavam os debates sobre a educação médica os imperativos de uma expansão da atenção médica presidida pela idéia da existência de necessidades sociais prioritárias, assim como de cuidados prioritários, básicos e integrais a serem ofertados às populações, segundo a frequência de agravos e patologias, no interior de uma concepção hierarquizada da prestação de cuidados, segundo a sua complexidade (primária ou básica; secundária; terciária).

Tratava-se assim de, prioritariamente, promover a formação de um profissional médico habilitado a prover um tipo de cuidado primário, fundamental, orientado tanto pelas exigências de integralidade, quanto de adequação ao contexto nosológico. Isto significava, também, preparar profissionais, em novos termos, tanto para a prestação de serviços como para a sua própria organização. Os principais obstáculos identificados eram, novamente, a fragmentação dos conhecimentos e práticas; a especialização voltada para a doença rara, cientificamente atraente, mas de baixa significação social; e o cuidado com base em tecnologias custosas. A respeito deste último aspecto, prescrevia-se um processo de simplificação tecnológica com vistas à obtenção das chamadas tecnologias simples e apropriadas ao seu contexto de aplicação (Schraiber, 1989:122).

As correntes do pensamento médico mais próximas a estas preocupações seriam, ainda segundo Schraiber, a Medicina Generalista, a Medicina Comunitária e a Integração Docente-Assistencial – IDA (1989: 106). Sobre tudo a IDA era uma das formulações mais presentes no pensamento médico educacional crítico na segunda metade da década de 1970, com ampla expressão a partir da Opas. Ao final da década, por exemplo, o Informe Final do Grupo de Trabalho sobre Requisitos Mínimos para a Criação de Escolas de Medicina, publicado em *Educación Médica y Salud* (1979), recomendava a IDA como uma das estratégias mais promissoras na medida em que pretendia, no âmbito de processos de regionalização, uma profunda articulação entre todos os segmentos da escola médica e os vários níveis de atenção, a partir da idéia de regionalização (Almeida, 2001: 46).

O próprio hospital-escola, peça chave da arquitetura curricular em vigor em várias escolas, era nitidamente secundarizado em termos de importância como espaço docente. Seu perfil excessivamente acadêmico, orientado para a pesquisa dos quadros patológicos raros, o diagnóstico e a terapêutica tecnologicamente intensivas eram considerados uma distorção. Para os defensores da IDA, todos os lugares e níveis de prestação de serviço deveriam ser

considerados como espaços docentes e o próprio hospital-escola reconfigurado à semelhança das unidades regulares do sistema de saúde (Schraiber, 1989: 124; Ferreira, 1976: 140-149).

Principalmente a IDA, mas também as demais correntes sensíveis às questões da expansão da cobertura da atenção à saúde, produziram uma atualização do tema da integração, na perspectiva de uma saúde pensada prioritariamente em termos coletivos. Pretendia-se integrar radicalmente a formação e capacitação de recursos humanos às prioridades objetivas dos serviços de saúde, percebidas estas como projeção das necessidades sociais mais amplas rumo ao desenvolvimento.

O CONTEXTO BRASILEIRO

Durante os anos 1970, o Brasil vivenciaria o ápice e a decadência do ciclo de crescimento acelerado, comumente referido como do milagre econômico. Ao final da década, o período de altas taxas de crescimento havia se encerrado, ainda que sua sobrevivência tenha sido prolongada com base em uma arriscada política de endividamento externo. Em 1980, iniciava-se o ajuste econômico que imoria anos de depressão entre 1981 e 1983 e uma década de desempenho pífio, a chamada década perdida.

Todavia, ainda durante os anos de crescimento econômico de meados da década de 1970, as bases políticas do regime já davam sinais de enfraquecimento. Mesmo em um contexto de liberdades políticas especialmente restritas, as oposições representadas no Movimento Democrático Brasileiro haviam imposto revezes eleitorais ao regime já no pleito de 1974, ameaçando o frágil equilíbrio entre as correntes mais autoritárias do exército e a estratégia de democracia relativa e abertura controlada¹⁸.

Foi neste quadro político e econômico que o governo Geisel lançou o II Plano Nacional de Desenvolvimento. No terreno estritamente econômico, ainda informado pelos anos de euforia e pela idéia de um país-potência em construção, o plano pretendia aprofundar a política de substituição de importações, concentrando sua atenção sobre a produção de insumos básicos e de bens de capital ao invés da mera substituição de bens de consumo. Suas chances de sucesso neste terreno seriam reduzidas, uma vez que combinava os vícios

¹⁸ Para uma visão abrangente sobre este período da história brasileira, ver Fausto (2000) – especialmente a parte IX, *O Regime Militar (1964-1985)*. Ver também Skidmore, 2004.

do gigantismo das metas com uma crise internacional em gestação (Lessa, 1998). O plano, porém, introduziu como inovação todo um capítulo destinado às políticas sociais, cujo sentido era, segundo algumas análises, restaurar as já desgastadas bases de legitimidade social do regime (Escorel, 1998: 43). Segundo outras avaliações, o II PND refletia o grau de relativa autonomia com que, naquela conjuntura, núcleos de autoridade da tecnoburocracia governamental, com base estritamente em princípios de racionalidade técnica, concebiam planos e projetos de desenvolvimento a partir do Estado¹⁹.

De toda forma, o II Plano Nacional de Desenvolvimento pretendia alcançar a coordenação entre os ministérios que compunham a chamada área social, a partir da constituição do Conselho de Desenvolvimento Social e do estabelecimento do “orçamento social”, resultado da soma dos recursos de cada pasta e de uma pretendida integração programática. Três áreas de atuação do governo funcionariam como eixos organizadores: o Programa de Desenvolvimento Social Urbano, voltado para a infra-estrutura de transportes de massa, iluminação pública, entre outros aspectos; a Integração Social compreendendo, sobretudo, as políticas de suplementação de renda e habitacional; e, principalmente, 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 profissional (Velloso, 1975). Desta forma, o plano, pelo menos no terreno da retórica, conferia alguma centralidade estratégica ao tema de recursos humanos, ainda que considerados sob um viés acentuadamente econômico. Também no âmbito do discurso, enfatizava o tema da integração entre as pastas ministeriais diretamente envolvidas com a temática da saúde, ao mesmo tempo em que delimitava formalmente as áreas de atuação de cada ministério – uma dicotomia que, aliás, seria uma das questões recorrentes nos debates sobre serviços de saúde no Brasil até criação do Sistema Único de Saúde, cerca de 15 anos depois.

Foi neste contexto que o regime instituiu, por meio da Lei 6.229, de julho de 1975, o Sistema Nacional de Saúde. Um sistema que no mês seguinte foi debatido, quanto à sua operacionalização, no âmbito da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. A literatura que analisa este período

¹⁹ Ambas as posições estão representadas na literatura de saúde que refere o período. Escorel (1998) é um exemplo do primeiro caso. Um artigo assinado coletivamente pelo Nerhus-Ensp-Fiocruz em PEC-Ensp/Abrasco (1987), baseando-se na tese de doutoramento de Carlos Lessa, de 1978, publicada em Lessa (1998), exemplifica um uso da segunda interpretação.

identifica na proposição deste sistema de saúde uma iniciativa que termina por consolidar, nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a separação entre os campos de atuação da saúde pública e assistência médica previdenciária. Em que pese esta diferenciação, foi também, segundo as mesmas análises, uma tentativa de introdução de componentes de maior racionalidade em um sistema que, desde a década anterior, favorecia a prestação privada – contratada e financiada pelo Estado a custos crescentes – dos serviços médicos assistenciais, ao mesmo tempo em que deixava à margem do sistema amplos contingentes de trabalhadores não formalmente inscritos no sistema previdenciário (Escorel, 1998: 51-64; Escorel, Nascimento & Edler, 2005: 64-67).

Medidas racionalizadoras nesta direção tendiam a demandar quadros técnico-científicos nem sempre imediatamente disponíveis nas agências estatais. Esta escassez de competências propiciaria oportunidade de acesso aos postos da burocracia técnica estatal para um contingente de profissionais médicos de posições inovadoras, que vinham gradativamente constituindo um movimento pela reforma do sistema de saúde, como parte do movimento de oposição ao regime (Escorel, 1998: 51-64).

Destas novas posições nas agências estatais, estes membros do nascente movimento sanitário brasileiro – orientados ideologicamente à esquerda e favoráveis à prestação estatal de serviços de saúde – procuraram introduzir mudanças graduais nas bases de organização do sistema de saúde do país. Uma das ações nesse sentido foi a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o Piass (Escorel, 1998: 155-172).

Lançado em agosto de 1976, e formalmente vinculado ao Ministério da Saúde, o Piass teve dois grandes propósitos: 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. Como um programa estratégico, o Piass refletia uma aproximação da política de saúde brasileira aos princípios defendidos no âmbito da Opas, o que incluía a ênfase no aumento da cobertura dos serviços nas comunidades mais remotas, mediante o uso de pessoal auxiliar, recrutado localmente e capacitado para este fim. Deste modo, como iniciativa estratégica de ampliação da cobertura da atenção médica o Piass requeria necessariamente uma outra, destinada à capacitação de pessoal técnico e auxiliar para a saúde. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o Ppreps, contemporâneo do Piass, foi uma resposta a esta demanda.

Ao mesmo tempo em que estas ações eram concebidas e implementadas – e de forma simultânea e articulada –, o movimento da reforma sanitária brasileira avançava em seu processo de organização, alcançando maiores níveis de institucionalidade. Em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, com o objetivo principal de editar um periódico especializado, instituiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Desde então, *Saúde em Debate* tornar-se-ia um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento e o Cebes, uma de suas referências como entidade da sociedade civil (Escorel, 1998: 76).

Entre 1976 e 1978, ampliando o movimento de realização das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesacs), os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina transformam-se em reuniões políticas de mobilização dos estudantes de medicina e dos profissionais de saúde. Vários outros exemplos do vigor dos movimentos sociais da saúde no período podem ser indicados: em setembro de 1979, criava-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da Saúde Pública, da Medicina Social e da Saúde Coletiva. No mês seguinte realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento²⁰.

Em vários destes episódios, em especial nesses dois últimos, a Cooperação Técnica Opas-Brasil desempenharia um importante papel catalisador. Para tanto, se valia da própria flexibilidade proporcionada pela sua natureza algo ambígua – ora movimentando-se como parte da organização interamericana, ora algo como uma paraestrutura do Estado brasileiro. De fato, permeável aos interesses em movimento no contexto local, ao mesmo tempo em que implementava políticas da própria Opas em áreas como da pós-graduação em saúde pública, da reforma da educação médica e na organização de serviços, a Cooperação Técnica era ela mesma uma arena de negociação e um espaço de formulação e coordenação de políticas²¹.

²⁰ Para uma visão abrangente dos primeiros anos do moderno movimento sanitário, ver Escorel (1998) e Paim (1981). Ver também Campos (1995) para o movimento estudantil médico nestes anos. Os anais do seminário encontram-se publicados em Brasil. Câmara dos Deputados, 1980.

²¹ José Paranaçu de Santana utiliza a expressão “situação anfíbia” para indicar esta relativa imprecisão de vínculos institucionais da Cooperação Técnica. Imprecisão esta em várias ocasiões utilizada pelo próprio Grupo Técnico Central para facilitar negociações com vários parceiros. Ver: Santana, 2005: e.1, f.4.

A Opas – da mesma forma que agências internacionais privadas como as fundações Rockefeller e Kellogg – já tinha uma tradição de assistência e cooperação técnica no terreno do ensino de medicina e do conjunto das profissões de saúde, tanto na América Latina como no Brasil²². Nos anos 1950 e 1960 esta presença se fazia sentir, por exemplo, na introdução do ensino de medicina preventiva e social, da medicina comunitária, assim como no apoio direto à criação, em 1962, da Associação Brasileira de Educação Médica, e da Federação Pan-Americana de Faculdades (Escolas) de Medicina, a Fepafem, que funcionaria inicialmente com sede no Brasil.

A segunda metade da década de 1960 e os primeiros anos 70 foram, por outro lado, na experiência latino-americana, o período de ápice de um ciclo de ampliação quantitativa do ensino médico. Todavia, antes de meados da 1970, já eram explícitas as preocupações quanto à qualidade deste ensino em expansão, tendo sido adotadas medidas mais restritivas à sua ampliação. No Brasil, este aumento seria especialmente concentrado nas escolas isoladas e mantidas pela iniciativa privada. Este incremento quantitativo por certo respondia às demandas crescentes de um mercado público em ampliação e constituía uma resposta às demandas pela formação superior, como modo de ascensão social em sociedades em franco processo de urbanização e complexificação do seu tecido social (Almeida, 2001: 46).

Tratava-se de um ciclo de expansão orientado pela idéia de mercado; concentrado regionalmente no Sudeste como região mais afluyente; tendente a promover a especialização precoce e a uma alienação frente aos serviços públicos de saúde. Em resposta a ele, no terreno das doutrinas acerca do ensino médico e das suas relações no plano das práticas de atenção à saúde, verificou-se um movimento complexo, portador de ambigüidades e antagonismos, de crítica daquilo que se convencionou chamar modelo flexneriano de ensino médico, a partir dos enunciados da medicina integral, preventiva e comunitária e da radicalização desta crítica, pretendida, por exemplo, pela integração docente-assistencial, com a formulação de enunciados que pretendiam ajustar o ensino médico aos imperativos de uma política de extensão da cobertura dos serviços orientada à atenção primária à saúde²³.

²² Sobre a história da cooperação técnica entre a Fundação Rockefeller e o Brasil, recomenda-se Castro Santos e Faria (2003) – e Marinho (2001). O papel da Fundação Kellogg constitui ainda importante tema de investigação, dada a escassez de trabalhos historiográficos de maior fôlego. Para um panorama do movimento de integração docente-assistencial no Brasil, que contou com substantivo apoio da Kellogg. Ver Marsigliá (1995).

Neste contexto, portanto, se tornava cada vez mais presente uma preocupação com as relações estabelecidas entre o chamado sistema formador de médicos e demais profissionais de nível superior em saúde e aquele responsável pela prestação de cuidados. No plano da assistência médica previdenciária, por exemplo, em 1973, já era formalmente explicitadas recomendações no sentido de que os hospitais previdenciários e os postos de saúde sob responsabilidade do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) fossem colocados à disposição das instituições de ensino. Tal decisão, é preciso dizer, proporcionaria espaços de prática para várias das recém criadas faculdades isoladas que não dispunham de hospitais-escola, ao mesmo tempo em que a celebração de convênios entre a Previdência Social e as universidades passavam a prover os recursos financeiros indispensáveis à sobrevivência dos hospitais universitários, às voltas com os custos da especialização e sofisticação tecnológica crescentes (Marsiglia, 1995: 26-27; Sayd, Vieira Junior & Velandia, 1998: 180).

A V Conferência Nacional de Saúde, de 1975, foi convocada após um longo intervalo de oito anos, na mesma conjuntura temporal em que se realizavam os entendimentos com vistas à celebração de um acordo de cooperação em recursos humanos entre o governo brasileiro e Opas. Seus temas e debates reafirmavam aquelas preocupações. Identificava-se um desajuste entre uma oferta de cursos de formação profissional em expansão e as necessidades das populações, ao mesmo tempo em que se criticava o excessivo foco nos aspectos curativos e especializados tanto no processo de formação profissional, quanto na prestação de serviços médicos, em detrimento da dimensão preventiva. Reiterava-se a necessidade de uma maior articulação das ações institucionais no âmbito da saúde, da educação e da previdência e assistencial social, como pré-condição para uma maior racionalidade e eficiência do sistema global. Com o mesmo objetivo racionalizador, foi conferida atenção crescente à formação de pessoal não médico, inclusive nos níveis médio e elementar²⁴.

²³ O uso desta classificação se fundamenta na sua descrição presente em Lampert (2002: 31-52); Schraiber (1989: 104-127); Veras, (1981: 86-92); Rodriguez Neto, 1979 e Feuerwerker (1998: 51-56), que comportam variações entre si. Para uma crítica no uso deste tipo de categorização a partir de modelos, em particular ao chamado modelo flexneriano, ver Kemp & Edler, 2004: 570-574. De qualquer modo, é importante salientar que estas percepções modelares são elas mesmas construídas no calor da hora da revisão crítica, operada pelos intelectuais e profissionais da saúde ao longo dos anos 60 e início dos 70.

²⁴ Para um panorama da presença do tema do ensino médico e dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde entre 1941 e 1992, ver Sayd, Vieira Junior & Velandia, 1998. Os anais da V Conferência Nacional de Saúde estão em Brasil. MS, 1976.

Em meados dos anos 1970, a celebração do Acordo Geral para o Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde entre a Opas e o governo brasileiro e a implementação do Ppreps seriam certamente informadas por este debate, inclusive estendendo-o em uma escala até então jamais pretendida e que, àquela altura, era compatível com as expectativas acerca de uma acelerada expansão da cobertura dos serviços de saúde. Ao fazê-lo, a Cooperação Técnica Opas-Brasil contribuiria, também decisivamente, 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 domínio cognitivo. O seu percurso histórico nos primeiros anos é o objeto dos próximos capítulos.