

Parte I

Primeiros movimentos: a gênese da cooperação técnica (1973-1976)

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.

2. PRIMEIROS MOVIMENTOS: A GÊNESE DA COOPERAÇÃO TÉCNICA (1973-1976)

Do ponto de vista estritamente econômico, como já indicado, na primeira metade dos anos 1970 ocorreu o epicentro do chamado milagre econômico brasileiro, marcado por taxas altas de crescimento econômico, uma tendência à expansão que se manteve ao longo da década, mesmo sob o impacto da primeira crise do petróleo. Em meados da década teve início a crise do modelo de desenvolvimento adotado pelo regime autoritário e da sua própria sustentação política. O cenário macroeconômico, com disponibilidade relativa de recursos orçamentários, permitia ao Estado autoritário expandir suas estruturas e âmbitos de ação. Já a necessidade de recuperação de seus níveis de legitimidade social induziu a implementação de políticas públicas consideradas em certo sentido inovadoras. Neste movimento, as estruturas deste mesmo Estado se mostravam permeáveis à constituição de grupos especializados, mais ou menos autônomos, que facilitariam, em tese, a formulação e gestão de políticas públicas.

Sobre esta base econômica e neste contexto político e institucional, autoridades governamentais e médicas renovaram o debate acerca da ampliação da cobertura dos serviços públicos de saúde, afirmando a sua centralidade estratégica como tema do planejamento. Em torno desta pauta se congregariam, além de agências nacionais, organizações internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

Como tópicos desta agenda, incluíam-se o diagnóstico e a implementação de iniciativas voltadas para a formação e treinamento do pessoal de saúde,

tendo em vista enfrentar a concentração de profissionais nos grandes centros urbanos e a necessidade de mudança de um padrão de formação dos recursos humanos considerado desconectado das necessidades de saúde da população do país.

Neste capítulo narra-se o processo de gênese e instituição, em 1976 e, portanto, neste contexto, do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, (Ppreps) no âmbito de um acordo de cooperação técnica estabelecido três anos antes entre a Opas e o governo brasileiro, representado pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Apresentam-se os objetivos e as estratégias inicialmente formuladas para o desenvolvimento do programa, assim como o arranjo institucional adotado para a sua gestão e os mecanismos e recursos mobilizados no seu financiamento. Em seguida, à luz dos aspectos contextuais apresentados no capítulo anterior, discute-se o que seria o sentido estratégico da proposição do programa.

A CRIAÇÃO DO PPREPS: ANTECEDENTES IMEDIATOS

Quando o mexicano Héctor Acuña, diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, desembarcou em Brasília no início de agosto de 1975, tinha pelo menos dois compromissos relevantes. O primeiro deles foi participar da V Conferência Nacional de Saúde, realizada nos salões do Palácio Itamaraty. O segundo foi participar, na companhia de Paulo de Almeida Machado e de Jarbas Passarinho, os ministros brasileiros das pastas da Saúde e da Educação e Cultura, da cerimônia de assinatura do instrumento formal que estabeleceria as bases para que, meses depois, entrasse em operação o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o Ppreps.

Em seus discursos na sessão de encerramento da Conferência, Acuña e Almeida Machado reafirmavam a relevância das políticas sociais como componente do desenvolvimento, tal como pretendido pelo então recém-lançado II Plano Nacional de Desenvolvimento (V CNS, 1975: 315-326).

Ambos foram também explícitos ao conferir centralidade aos temas dos recursos humanos na conformação do Sistema Nacional de Saúde, instituído em julho do mesmo ano. A este respeito, Almeida Machado reiterava um diagnóstico já conhecido: a má distribuição da força de trabalho em saúde ao longo do território e uma excessiva concentração na formação de profissionais de nível superior, em especial de médicos, em detrimento do contingen-

te de trabalhadores de nível técnico, auxiliar e mesmo elementar. As estratégias para a abordagem destes temas deveriam incluir, no entender de Acuña: a utilização de elementos da comunidade local, das suas lideranças, uma vez participando de processos de capacitação.

Ao firmarem um acordo de cooperação explicitamente orientado ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde, Acuña e os ministros brasileiros estavam renovando esforços iniciados três anos antes, em 1973. Em novembro daquele ano, o então diretor da Opas, Abraham Horwitz, o Ministro da Saúde, Mario Machado de Lemos, e o Ministro da Educação e Cultura, Jarbas Passarinho, haviam firmado um Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil²⁵. Neste instrumento, tendo por orientação as recomendações presentes no II Plano Decenal de Saúde para as Américas, de outubro de 1972, o governo brasileiro e a organização internacional regional estabeleceram três objetivos centrais para uma cooperação técnica. No primeiro, pretendia-se promover as ações de planejamento e desenvolvimento dos recursos humanos no âmbito do setor, o que incluía a elaboração de um plano de recursos humanos em saúde.

O segundo objetivo era aumentar a integração entre o sistema formador e a realidade da rede assistencial. Para tanto, pretendia-se propiciar maiores oportunidades para a utilização de todos os recursos do setor saúde como parte do processo de ensino-aprendizagem; estimular a integração multiprofissional como necessária ao adequado funcionamento das equipes de saúde; rever os modos de organização de instituições docentes e prestadoras de serviços, assim como promover o desenvolvimento curricular e técnico-pedagógico, sempre orientado a uma maior integração entre a docência e serviço.

O terceiro objetivo, por fim, voltava-se para o fortalecimento da 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. Dentre os temas de investigação a serem considerados, incluía-se o desenvolvimento de metodologias de educação continuada.

Em junho de 1974, o Ministro da Saúde instituiu uma comissão com o objetivo de avaliar as disponibilidades e necessidades do setor no que concerne aos recursos humanos. Compunham a comissão Ernani Braga, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Oswaldo Lopes da Costa, diretor da

²⁵ A rigor, enquanto o Ministro da Saúde e o Diretor da Opas assinaram o compromisso em 14 de novembro de 1973, o Ministro da Educação e Cultura apenas o faria em 10 de março do ano seguinte.

Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Aldo Villas Boas, presidente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), João Yunes, chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, José Campos Sampaio, delegado do MS em São Paulo e Mário Sayeg, do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública²⁶. Ao final dos trabalhos, em novembro de 1974, foi apresentado um relatório final contendo a proposta de um Plano de Recursos Humanos para a Saúde (Ppreps, 1976: 3; Brasil. Ministério da Saúde, 1974: 9).

Esse documento previu o desenvolvimento de projetos destinados ao atendimento de três grandes áreas de ação: de planejamento de recursos humanos; de preparação direta de recursos humanos para a saúde; e de apoio ao que seria “o desenvolvimento de um programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde” (Brasil. Ppreps, 1976: 3).

Foi em torno desta terceira e última área que, na altura do primeiro semestre de 1975, José Roberto Ferreira, pela Oficina da Opas em Washington, o peruano Carlos Vidal, como consultor da Organização no país, e Ernani Braga começaram a se movimentar no sentido de produzir uma proposta concreta. Aproveitavam-se, então, de uma conjuntura favorável no âmbito da administração federal brasileira para iniciativas em torno da temática dos recursos humanos, caracterizada, entre outras ações, pela criação e funcionamento do Centro Nacional de Recursos Humanos, no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e de uma subsecretaria de recursos humanos, no próprio Ministério da Saúde (Ferreira, 2005: e.1,f.1; Santana, 2005: e.1,f.1)²⁷.

A ousadia de Carlos Vidal resultou na elaboração de uma proposição cujos componentes orçamentários eram considerados pelo próprio trio de autores como algo dificilmente aceitável pelos ministérios. Na verdade, na metade da década de 1970 registrava-se uma importante disponibilidade de recursos mais ou menos vultosos para o desenvolvimento de novos programas e projetos, em vasta medida decorrência da política governamental de manter a capacidade para investimentos por meio do endividamento externo. Na saúde esta facilidade proporcionou o lançamento de programas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses), o Programa de Estu-

²⁶ À época, a Ensp denominava-se Instituto Presidente Castelo Branco, IPCB.

²⁷ Adotamos a seguinte regra para a referência das entrevistas de história oral: nome do depoente, seguido do ano da realização da entrevista, número da sessão ou entrevista, e, por fim, número da unidade de fita magnética de gravação.

dos Populacionais e de Pesquisas Epidemiológicas (Peppe), de consolidação da Biblioteca Regional de Medicina – Bireme, entre outras iniciativas importantes²⁸. Deste modo, enviada a Brasília, a proposta do Ppreps terminou por ser, meses depois, aprovada integralmente.

Imaginou-se, a princípio, que a Ensp deveria sediar o programa. Seu diretor à época, Oswaldo Lopes da Costa, todavia, manifestou-se de modo terminantemente contrário à iniciativa, acreditando que as implicações administrativas de tal empreitada estavam além da capacidade gerencial da Escola. A alternativa foi considerar a possibilidade de sediar as atividades na própria Opas, uma decisão apoiada por José Carlos Seixas, Secretario Executivo do MS e, João Yunes, Chefe de Gabinete (Ferreira, 2005:e.1; f.1).

Em agosto de 1975, em plena V Conferência Nacional de Saúde, o Acordo Complementar ao acordo de 1973 seria assinado pelas partes, formalizado o compromisso de levar adiante o empreendimento²⁹. Nos meses seguintes, porém, Vinicius da Fonseca, recém-empossado como presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), alterou a posição da Fundação diante da iniciativa. Fonseca tinha como missão reestruturar a Fiocruz, tanto do ponto de vista da sua identidade institucional, da organização de sua estrutura político-administrativa, como dos seus recursos humanos e financeiros. Nesse ponto, a possibilidade de atuar como instituição gestora do Acordo contribuiria, nas suas próprias palavras, para “legitimar Manguinhos internacionalmente” (Hamilton & Azevedo, 2001: 256). Assim, em dezembro de 1975, um Termo Aditivo ao Acordo Complementar definiu a Fiocruz como instituição responsável pela gestão administrativa dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde (Opas. Brasil, 1975b).

Firmado o compromisso, o passo seguinte foi estabelecer as diretrizes gerais de orientação e instituir um grupo de trabalho que seria responsável pela elaboração de um programa de ação. Para tanto foi realizado um seminário em Brasília, sob os auspícios da Opas e do Ministério da Saúde, na sede do Instituto Nacional de Nutrição (Inan), à época dirigido pelo pernambucano Bertoldo Kruse (Ferreira, 2005). O grupo para a condução do programa foi composto tendo como indicações do Ministério da Saúde o médico Cesar

²⁸ Para estes programas e o seu contexto de criação ver Nunes (1998) e Pires-Alves (2005). Para um panorama da economia brasileira no período ver, por exemplo, Gremaud et al. (2002).

²⁹ Foram signatários do acordo Héctor Acuña, pela Opas; Paulo de Almeida Machado, pela pasta da Saúde; e Ney Braga, como ministro da Educação e Cultura.

Vieira, da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, a enfermeira Izabel dos Santos, da Universidade Federal de Pernambuco, Danilo Prado Garcia, cirurgião em São Paulo. Da parte da Opas, atuaram como consultores o chileno Francisco Salazar e o argentino Garcia Scarpone. O sanitarista Sergio Arouca chegou a tomar parte das primeiras reuniões³⁰. Sua efetiva participação, porém, não se concretizou (Macedo, 2005). Dalton Mário Hamilton, argentino, então consultor da Opas, e Eugênio Vilaça Mendes, à época na Secretaria de Saúde de Minas Gerais, também foram nesta primeira hora sondados para participar da equipe do Ppreps. Ao contrário de Arouca e Hamilton, porém, Vilaça Mendes terminaria por se incorporar à equipe nove anos depois, em 1984, como coordenador da Cooperação Técnica, em substituição a Roberto Nogueira (Santana, 2006). Àquela altura, todavia, o escopo, a estruturação e a forma de operação da cooperação técnica seriam substantivamente diferentes³¹.

Nos primeiros momentos da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos, o médico piauiense Carlyle Guerra de Macedo foi designado para exercer o papel de coordenador do grupo de trabalho. Carlyle, ex-secretário de Saúde do Piauí, com passagem pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), havia encerrado uma temporada como professor do Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social (Ilpes) em Santiago do Chile, país que recém ingressara nos dramáticos anos da ditadura Pinochet. Sua indicação contou com o patrocínio do então Ministro da Justiça, Petrônio Portela, e foi capaz de vencer resistências nos meios mais conservadores do regime militar, receosos das suas antigas ligações com Celso Furtado e a Sudene³².

Paralelamente, os Ministérios da Educação e Cultura, da Saúde e da Previdência e Assistência Social instituíram um grupo de trabalho com o propósito de formular uma política conjunta³³. Este grupo de trabalho elaborou

³⁰ Em seus depoimentos, Carlyle Guerra de Macedo e César Vieira registram que Sergio Arouca teria sido sondado para assumir a coordenação do programa (Macedo, 2005: e.1,f.1; Vieira, 2006: e.1, f.1). Esta versão, todavia, não é confirmada por José Roberto Ferreira. Este indica que Arouca foi cogitado apenas para integrar a equipe técnica (Ferreira, 2005: e.1, f.1).

³¹ Informações sobre a Cooperação Técnica em RH em meados da década de 1980 estão nos capítulos 4 e 5.

³² Carlyle permaneceu como coordenador desse grupo de trabalho, depois Grupo Técnico Central (GTC) do Ppreps até 1983, sempre na condição de funcionário nacional da Opas no país, uma situação funcional atípica. Neste ano foi eleito Diretor da Opas.

³³ Este grupo de trabalho foi composto por Célio da Cunha, pelo MEC; Maria Stella Winge, pelo MS; e Nildo Aguiar e Antonio Vespasiano Ramos, pelo MPAS. Foram entrevistados vários especialistas e dirigentes das três áreas. Entre eles incluíam-se: João Yunes, José Carlos Seixas, Nilo Chave, Sólton Viana e Carlyle Guerra de Macedo (BRASIL. MEC, 1976)

um extenso e completo programa de ação, dando conta de aspectos relativos às profissões de nível superior; ao ensino de pós-graduação; ao ensino técnico e auxiliar de nível médio, assim como sobre a extensão universitária – as então chamadas carreiras de curta duração. Suas conclusões apontavam para a necessidade: de uma maior articulação entre várias áreas de atuação ministerial; da celebração de convênios de cooperação mútua; de um aumento do número e na qualidade da formação de pessoal de nível intermediário; de adequação dos currículos, frente aos problemas de saúde mais frequentes; de ênfase na formação de caráter generalista; de incremento das experiências de extensão universitária, entre outros (Brasil. MEC, 1976). Como veremos mais adiante, vários destes tópicos serão enfrentados pela Cooperação Técnica Opas-Brasil em recursos humanos. Todavia, a tão desejada articulação entre as pastas ministeriais dependeria, ainda, de um longo processo de maturação.

Em junho de 1976, o grupo da Cooperação Opas-Brasil levou à consideração do Ministro da Saúde um documento de referência para a criação daquele que seria o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o Ppreps.

O propósito do programa era adequar a formação de recursos humanos para a saúde no país àqueles que seriam os requerimentos do novo Sistema Nacional de Saúde (SNS), de modo a atingir-se a maior cobertura possível, de maneira integral e regionalizada, segundo os diferentes níveis de complexidade e ajustado à realidade socioeconômica das várias regiões brasileiras. Dado este propósito comum, de caráter geral, foram definidos três objetivos.

O primeiro deles envolvia a preparação massiva de pessoal de saúde de nível médio, de tipo técnico e auxiliar, e elementar. As metas inicialmente previstas eram ambiciosas e correspondiam àquelas estimadas pelo grupo interministerial de 1974: entre 160 mil e 180 mil pessoas capacitadas durante o período de 1976-1979, cobrindo as mais diversas categorias profissionais, com ênfase naquelas vinculadas diretamente à prestação de serviços médicos e de características polivalentes, sem descuidar dos serviços intermediários e de apoio técnico e administrativo (Ppreps, 1976:5-6). Entre as categorias previstas, incluíam-se principalmente técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendentes e agentes comunitários. As ações a serem implementadas especificamente pelo programa diziam respeito ao desenvolvimento da capacidade docente, no que concerne às instalações e aos instrutores, às tecnologias instrucionais, bem como à supervisão e à comunicação, visando uma educação continuada. Entre as parcerias imaginadas para o desenvolvimento deste

último aspecto figuravam 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 pessoal de nível técnico nas áreas de enfermagem, laboratório e administração (Ppreps, 1976: 12-16, 35).

O segundo objetivo do Programa consistiu no apoio à constituição de dez regiões docente-assistenciais de saúde, de maneira a atingir-se uma cobertura final de 15 a 20 milhões de pessoas em todo o país. Esta integração deveria se efetivar em todos os níveis da formação de recursos humanos para a saúde e em todos os âmbitos de assistência do sistema de serviços. Deveria permitir a experimentação de modelos, métodos e procedimentos, em apoio ao processo de regionalização dos serviços, a partir de uma articulação técnica e administrativa entre as várias instituições do setor e entre estas e as instituições formadoras, em especial com a universidade (Ppreps, 1976: 7). Esse objetivo, diretamente associado às metas de aumento da cobertura e de regionalização dos serviços de saúde, deveria contribuir para a definição de um novo rumo na formação de pessoal de saúde, mais integrado às necessidades e às prioridades dos próprios serviços médicos, um requisito fundamental para o desenvolvimento do desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

De acordo com texto do Ppreps, entretanto, caberia estritamente ao programa “a formulação e operação dos mecanismos de articulação e/ou integração entre sistemas formador e utilizador para uma melhor adequação da formação às necessidades reais de recursos humanos para a saúde” (Ppreps, 1976: 8; Macedo, Santos & Vieira, 1980: 65).

Com esta frente de atuação, o Ppreps alinhava-se a um movimento de alcance continental, apoiado pela Fundação Kellogg, que pretendia uma reorganização do ensino de medicina, com um fortalecimento dos componentes de interação entre ensino e serviço, com ênfase na cooperação interdepartamental e multiprofissional (Chaves, 1994: 6).

No Brasil, por exemplo, a Kellogg apoiaria a realização de uma reunião para discussão de iniciativas IDA no âmbito de programas de saúde materno-infantil e de um Encontro de Integração Docente-Assistencial do Estado de São Paulo, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, ao mesmo tempo em que proporcionava suporte financeiro e técnico a várias iniciativas. A IDA compunha também as orientações adotadas no âmbito do Ministério da Educação e Cultura na condução do ensino superior médico (Marsiglia, 1995: Sese-MEC: 1981a). Portanto, o desenvolvimento de projetos IDA não era

àquela altura um domínio exclusivo ou tampouco uma preocupação solitária Opas e da Cooperação Técnica.

Um terceiro e último objetivo do Ppreps foi apoiar o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em cada estado federativo, de forma integrada aos sistemas de planejamento setorial regional. Essa meta, complementar às demais, na prática significou também uma estratégia de apoio ao desenvolvimento das secretarias de saúde estaduais, já que o Programa se propunha a atuar operacionalmente de forma descentralizada. Além disso, permitiria o desenvolvimento de recursos humanos como atividade permanente e em sintonia com as necessidades dos serviços locais de saúde (Ppreps, 1976: 9; Macedo, Santos & Vieira, 1980: 66).

Dados esses objetivos, definiu-se uma estratégia geral que explicitava a necessidade a articulação e a cooperação entre diversos órgãos e setores participantes do programa, desde instituições integrantes do Sistema Nacional de Saúde até órgãos do planejamento global e do desenvolvimento. O programa não pretendia criar novas estruturas organizacionais, mas a articulação daqueles já existentes – quando isolados – a um sistema de formação-serviço em âmbito tanto regional quanto nacional.

Assim, pretendia-se acionar os diversos níveis da administração federal e estadual, o que incluía, no âmbito do MEC, os departamentos de Assuntos Universitários, de Educação Média e Ensino Supletivo, assim como o Movimento Brasileiro de Alfabetização, o Mobral. Entre outras áreas do executivo federal: o Ministério da Previdência e Assistência Social, recém-criado; o Ministério do Trabalho; o Ministério do Interior; a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan), e as áreas especializadas das superintendências regionais de desenvolvimento, entre as quais a Sudene. No âmbito estadual, as secretarias estaduais de saúde foram pensadas estrategicamente tendo em vista a pretendida descentralização das atividades do programa.

Estratégias específicas e planos de ação foram desenhados para cada um dos objetivos. Para a formação em massa de pessoal, referente ao primeiro objetivo, as principais orientações incluíram: apoiar as secretarias estaduais de saúde como órgãos centrais para a implementação de projetos de treinamento para o sistema de saúde do estado; o aproveitamento das modalidades de ensino supletivo e profissionalizante existentes de modo a alcançar uma habilitação formal; a criação de cursos, especialmente para o nível auxiliar, nas unidades de saúde que apresentassem condições técnicas consideradas adequadas; a ênfase na capacitação integrada ao serviço e de

caráter polivalente; o desenvolvimento de modelos instrucionais adequados à capacitação em massa, a custos compatíveis e aplicáveis às diversas situações que o país apresentava.

O Programa aconselhava, também, um esquema de prioridades orientado aos subsistemas do MS e das secretarias estaduais e, secundariamente, à rede do Ministério da Previdência e Assistência Social ao subsetor privado (Ppreps, 1976: 12-160). Seriam realizados projetos de treinamento de pessoal de saúde em 16 estados da federação e estabeleceu-se que, a médio prazo, as atividades de capacitação massiva em nível elementar e médio deveriam ser integradas às regiões docente-assistenciais formuladas para o segundo objetivo geral do programa³⁴ (Macedo, Santos & Vieira, 1980: 64-65).

O segundo objetivo, referido à criação das regiões docente-assistenciais, requeria o desenvolvimento prévio de análises sociopolíticas e administrativas, de modo a identificar o que seriam as variáveis essenciais das diferentes realidades institucionais regionais. Pretendia-se que as atividades englobassem a promoção de uma reorganização dos serviços de atenção em cada região, a formulação de programas docentes específicos e o estabelecimento de mecanismos integradores entre os sistemas de saúde de formação. As estratégias quanto a este tópico incluíam, ainda, assegurar a inclusão dos setores de saúde e educação nos planos e programas de desenvolvimento em âmbito regional e estadual e adotar a flexibilidade necessária para, aproveitando as iniciativas em andamento ou em processo de gênese, desenvolver experiências de várias amplitudes (Macedo, Santos & Vieira, 1980: 65).

Assim, admitia-se a definição de dois tipos de região docente-assistencial. O primeiro deles, a integral, seriam aquelas dotadas de serviços completos, do nível mais simples ao mais complexo, atingindo uma população da ordem de um a 2,5 milhões de habitantes. A princípio, foram pré-selecionados para a implantação das regiões docente-assistenciais os estados do Piauí e da Paraíba (Ppreps, 1976: 16-19 e 35).

O segundo tipo, parcial, se destinaria às áreas de dimensões menores, permitindo o apoio às iniciativas de integração docente-assistencial já em andamento. Dentre as iniciativas pré-selecionadas se incluíam aquelas em realização em Vitória de Santo-Antão (PE), Londrina (PR) e na região de Montes

³⁴ Os estados onde seriam desenvolvidos os projetos eram: Pará, todos os da região Nordeste, além de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Goiás, Santa Catarina, Espírito Santo, e Mato Grosso (Ppreps, 1976: 34-35).

Claros, norte do estado de Minas Gerais³⁵ (Ppreps, 1976: 35). Uma outra preocupação era possibilitar a formação de pessoal de direção, gerência e docência para os serviços de saúde.

O terceiro e último objetivo, considerado de natureza complementar aos precedentes, em larga medida seguia a mesma orientação estratégica destes. Adicionalmente, pretendia-se uma articulação aos demais projetos de desenvolvimento de recursos humanos em andamento na esfera federal, em especial no âmbito da Assessoria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, à época chefiada por Stella Winge e parte integrante da secretaria geral do ministério. (Nogueira, 2005: e. 1, f. 1).

Em sua dimensão operacional, o Programa estabeleceu como responsabilidades específicas: promover a participação das várias instituições integrantes do sistema, estimulando que cada uma delas assumisse a realização das atividades executivas diretas; realizar a coordenação das várias instituições participantes e proporcionar suporte técnico e financeiro às instituições executoras, além de outras atividades correlatas. Sua função, portanto, consistia no desempenho de atividades de organização, programação, apoio e acompanhamento das ações, cuja dimensão executiva ficaria a cargo das instâncias e áreas organizacionais dos executivos federal e, principalmente, estadual.

Foram definidas, como instâncias de organização central do Programa, a Comissão de Coordenação (CC) e o Grupo Técnico Central (GTC). Previsita originalmente no texto do Acordo de 1973 e presidida pelo Secretário Geral do Ministério da Saúde, a CC tinha como responsabilidade a orientação dos trabalhos do GTC, aprovar programas, projetos e convênios, assim como exercer o papel de instância de acompanhamento e avaliação do programa. Com um regime de funcionamento que previa a realização de reuniões mensais, tinham acento no CC os representantes do Ministério da Educação e Cultura, do Ministério da Saúde, da Fiocruz e da Opas³⁶. O coordenador do GTC atuaria como secretário das seções, sem usufruir, no entanto, de direito de voto.

O Grupo Técnico Central (GTC), instituído efetivamente em março de 1976, era o núcleo técnico e gerencial do Programa, principalmente em relação à mobilização e à articulação de fato dos vários atores institucionais. Suas

³⁵ Previa-se o estabelecimento de outras três regiões docente-assistenciais nos estados de São Paulo, Pará e Rio de Janeiro ou Espírito Santo (Ppreps, 1976: 35).

³⁶ Ver especialmente o Anexo 1, de Ppreps (1975:55).

atribuições incluíam, ainda, a realização de ações de orientação conceitual e de elaboração de modelos metodológicos; a identificação de fontes de financiamento e a captação de recursos adicionais; a contratação de serviços de assessoria complementares; além das responsabilidades de informação e de documentação do Programa.

Administrativamente, o GTC ficava diretamente subordinado à Opas. Tal vinculação, todavia, não implicava uma subordinação político-técnica à Organização. Ao contrário: o documento de referência do Ppreps foi explícito em indicar que ao GTC cabia “a responsabilidade de promover a implementação de um programa inteiramente nacional e sua subordinação política, técnica e funcional [era] às autoridades nacionais através da CC” (Ppreps, 1976: 26).

Como já assinalado anteriormente, à Fiocruz caberiam as atividades de gestão dos recursos financeiros, o que incluía o repasse à Opas dos recursos para a remuneração do GTC. Desta forma – vale a pena assinalar – os membros do GTC contratados pela Opas, embora funcionários nacionais, recebiam a remuneração baseada em seus valores em dólar. Anos mais tarde, em 1983, este tipo de regime de contratação teria de ser revisto, tendo em vista as restrições na disponibilidade de moeda conversível que a crise da dívida externa imporia às contas nacionais do conjunto de países da região, o que não deixou de produzir algum desgaste político e mesmo pessoal no interior da equipe.

Basicamente o programa funcionaria mobilizando e apoiando atores institucionais, que elaborariam os projetos a serem avaliados em primeira instância ao GTC, encaminhados para análise e pronunciamento do CC e que, posteriormente, seriam objeto de um convênio para a formalização da cooperação.

Os recursos necessários ao desenvolvimento do Programa seriam provenientes principalmente de repasses do Ministério da Saúde. Nenhum recurso financeiro foi explicitamente considerado como de responsabilidade do Ministério da Educação e Cultura, além de uma imprecisa possibilidade junto a eventuais “programas e atividades especiais”. Prevvia-se que recursos adicionais poderiam ser obtidos junto às agências de financiamento como a Finep, órgãos de desenvolvimento regional, entres os quais a Sudene, fundos especiais como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), além de contribuições em caráter extraordinário do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

A constituição desta espécie de *trust fund* entre a Opas e o governo brasileiro pretendia repetir o tipo de arranjo institucional e de mecanismos de repasse e gestão de recursos já adotados alguns anos antes pela organização intergovernamental e o governo do México na ampliação da rede de estabelecimentos de ensino de medicina veterinária naquele país (Ferreira, 2005: e.1, f.1).

Segundo o texto do Acordo, assinado em agosto de 1975, o Ministério da Saúde transferiria, no exercício de 1975, a quantia de 15 milhões de cruzeiros (R\$17.250.000,00) para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sendo Cr\$13.689.000,00 (R\$15.750.000,00) relativos às obrigações estabelecidas pelos convênios celebrados pela Fiocruz e Cr\$ 1.311.000,00 (R\$ 1.508.000,00) para a Opas, decorrente dos encargos com o Grupo Técnico³⁷. Além disso, o Ministério se comprometia a transferir nos exercícios subsequentes os recursos estabelecidos expressamente em seus orçamentos anuais.

A Opas, por sua vez, se comprometia a dispor seus consultores residentes nas zonas de atuação da organização. A seleção dos profissionais que comporiam o Grupo Técnico seria realizada em comum acordo entre a Organização e a Fiocruz, cabendo a última palavra aos ministérios. Tal como na versão de 1973, o texto do *Acordo Complementar de 1975* definiu a sua vigência até 31 de dezembro de 1978, com possibilidade de prorrogação e modificação, o que de fato ocorreu no final desse período.

○ ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO

O período entre novembro de 1973 e agosto de 1975 assinala a gestação de uma nova agenda para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil. O Acordo de 1973 tratava, essencialmente, da promoção da adequação do sistema de formação de recursos humanos brasileiro à realidade da rede assistencial, com atenção para a formação de pessoal de nível elementar, técnico e superior, o que se coadunava também à necessidade de elaboração de uma agenda de recursos humanos em saúde para o Brasil. A partir dessa base, constituiu-se, em 1974, um grupo técnico voltado para a produção de um diagnóstico sobre a realidade dos recursos humanos em saúde do país e propor uma pauta de objetivos e estratégias. Em apenas um ano, as questões

³⁷ A conversão para valores em reais, em setembro de 2006, é obtida mediante a aplicação do Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas. Conversão automática disponível em: http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/servicos/pg_atualizacao_valores.php. Acessada em 20.09.2006.

apontadas pelo relatório produzido por esse grupo se desdobraram na assinatura de um acordo complementar, assinado em novembro de 1975.

Sob o signo da expansão da cobertura dos serviços de saúde, sobretudo para o meio rural, este movimento correspondia a um processo de renovação da agenda estratégica em recursos humanos na saúde. Se nos anos 60 a ênfase recaiu na necessidade de aumentar o número de profissionais de nível superior disponíveis, sobretudo médicos, a década seguinte se orientaria para a necessidade da capacitação de um novo e expressivo contingente de trabalhadores de nível elementar e médio. Ao mesmo tempo, assinalava o imperativo de uma integração entre os processos de formação e de trabalho, entre a docência e os serviços de atenção à saúde, tanto para a capacitação destes novos trabalhadores, quanto para a formação de médicos, enfermeiros e odontólogos.

Este movimento, no plano interamericano, em particular na Opas, assinalava uma crescente afirmação dos recursos humanos como tema estratégico em saúde. Era, também, expressão da necessidade de modelos inovadores na implementação de iniciativas de cooperação técnica que, superando a assistência técnica, marcada pela idéia de subordinação e dependência, propiciassem uma melhor mobilização e a reprodução ampliada das competências nacionais.

Entretanto, ainda que o acordo de cooperação técnica de 1973 que lançou as bases do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o Ppreps, legitimasse e fosse ao mesmo tempo legitimado por movimentos em escala internacional, tal como expressos, por exemplo, na Carta de Punta del Este (1961) e, principalmente, no II Plano Decenal de Saúde (1973), ele representou e articulou vários atores institucionais nacionais em favor de uma agenda eminentemente atrelada às discussões e necessidades do país. Neste sentido, ele deve ser observado, no âmbito interno, como intimamente associado à formulação e implementação do Sistema Nacional de Saúde e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

Como indício desta articulação estratégica, pode-se mencionar que ambos programas, em seu primeiro momento, conferiam centralidade às ações desenvolvidas nas regiões Norte e Nordeste do país, as regiões consideradas as mais carentes no que concerne aos recursos humanos e à infra-estrutura em saúde. De outro, vale mencionar que, desde a primeira hora, o Ppreps assumiu uma perspectiva descentralizadora, tanto ao se propor a promover o fortale-

cimento de competências locais para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, quanto ao afirmar seu compromisso com a constituição de sistemas de atenção integral, hierarquizada e regionalizada.

No plano interno, o Ppreps significou a implementação de um modelo de resposta relativamente planejado para as demandas nacionais, constituindo-se em um arranjo institucional e programático que procurava alinhar-se aos objetivos do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975). Foi parte das preocupações do regime militar em introduzir – ainda que de forma restrita e autocrática – uma pauta social na agenda do desenvolvimento, como forma de renovar as condições de reprodução deste mesmo regime.

Nas circunstâncias daqueles que foram os últimos anos de expansão dos gastos públicos, às vésperas do segundo choque do petróleo e da crise da dívida, o Ppreps e vários outros programas contemporâneos constituíram espaços de intervenção na cena pública para um expressivo contingente de especialistas, muitas vezes alinhados ao pensamento democrático e aos movimentos sociais. Destas posições estes especialistas desempenhariam um papel decisivo na transição para a democracia e, na saúde, na constituição das bases sociais, políticas e institucionais daquele que viria a ser o Sistema Único de Saúde.

