

Parte I

Os primeiros anos: o Ppreps em implantação (1976-1978)

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.

3. OS PRIMEIROS ANOS: O PPREPS EM IMPLANTAÇÃO (1976-1978)

Decorrencia de um acordo de cooperação exclusivamente voltado para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) procurou articular, como apresentado no capítulo anterior, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, entre outros órgãos federais e estaduais, tendo em vista a realização de três metas programáticas. Esta integração experimentaria dificuldades importantes, mas, de toda sorte, para tal empreitada foi previsto um orçamento considerado generoso, basicamente constituído por recursos provenientes do Ministério da Saúde e de outras potenciais fontes institucionais. Além disso, o Programa procurou mobilizar diferentes esferas de governo, os serviços de saúde e as universidades.

Da concepção ao arranjo e à realização efetiva do Programa, contudo, no contexto da segunda metade dos anos 1970, os idealizadores do Programa interagiram com um cenário que gradativamente se tornaria inesperado e, em alguma medida, hostil. Assim, os constrangimentos decorrentes da crise do final da década de 70, as discrepâncias nos diferentes níveis de desenvolvimento regional e institucional, o maior ou menor grau de adesão das universidades, entre outras variáveis, desenharam a cooperação técnica possível naqueles anos.

O objetivo desse capítulo será discutir as realizações e os maiores desafios enfrentados no desenvolvimento do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, a partir de junho de 1976, quando o Ppreps entrou em

operação, até 1978, ano em que se inicia o processo de avaliação e de renovação da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos e que conclui o que se pode considerar o seu primeiro ciclo de desenvolvimento. Nesta oportunidade, teve início um conjunto de alterações programáticas cujas implicações avançariam sobre a década seguinte. O capítulo se encerra com a explicitação destas novas orientações.

PPREPS, PRIMEIRAS REALIZAÇÕES

No capítulo anterior, indicamos que o Ppreps foi operacionalmente estruturado em torno de três eixos programáticos. O primeiro deles era diretamente referido às atividades de preparação de pessoal de nível médio e elementar, em volume proporcional às pretensões de expansão da cobertura da atenção previstas quando da implantação do Sistema Nacional de Saúde e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, Píass, ambos contemporâneos ao Ppreps. O segundo objetivo indicava a criação e o funcionamento de dez regiões docente-assistenciais de saúde, que corresponderiam a um universo entre 15 e 20 milhões de indivíduos atendidos. O terceiro, por fim, dava conta das ações de apoio às instâncias estaduais responsáveis pela condução das políticas e programas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Quanto ao primeiro objetivo as ações realizadas nos primeiros três anos de funcionamento do Programa, o balanço realizado pela equipe em 1978 – e portanto ao final do primeiro acordo de cooperação técnica – revelou um número considerável de pessoas capacitadas, em diferentes níveis e categorias. Foram ao todo cerca de 39 mil pessoas. No nível elementar, correspondendo às categorias de atendentes, agente comunitário, auxiliares de enfermagem e administração, foram quase 20 mil indivíduos capacitados. Os dados relativos às categorias de nível médio, englobando visitantes sanitários e as áreas técnicas de enfermagem, saneamento, laboratório, nutrição, administração, entre outras, indicaram o alcance de algo como 11 mil egressos. No nível superior, os números davam conta de 9 mil alunos capacitados para as funções de supervisão. Deste modo, metade dos egressos corresponderam ao nível elementar, 28% ao nível médio e pouco menos de 23% ao nível superior (Ppreps, 1979).

Tais resultados foram obtidos mediante o desenvolvimento de 11 projetos de alcance estadual diretamente apoiados pelo GTC³⁸. Os primeiros estados atendidos, ao longo do ano de 1976, foram o Piauí, Minas Gerais e o Rio Grande do Sul. Os demais, todos das regiões Norte e Nordeste do país, foram iniciados em 1977. Da mesma forma, foi a partir deste ano de 1977 que a produção do Programa atingiu números mais expressivos³⁹.

Assim, observando-se os indicadores estritamente quantitativos, o Programa alcançou, em seus primeiros anos, resultados bem aquém das estimativas incluídas no projeto base, da ordem de uma variação entre 160 e 180 mil pessoas capacitadas. Todavia, os números alcançados foram expressivos. Este impacto foi provavelmente mais sensível nos estados de Minas Gerais, da Bahia, do Pará e Pernambuco, que atingiram patamares variando entre cinco e onze mil alunos, respectivamente para o caso pernambucano e mineiro. Segundo dados percentuais, Minas Gerais capacitou 28,5% do total realizado pelo projeto; a Bahia, 19,3%; o Pará, 13,7% e Pernambuco respondeu por 12,4%.

A base operacional mobilizada para a realização dos vários cursos foram, sobretudo, as secretarias estaduais de Saúde dos estados federados, tal como especificado no projeto original. Como se discutirá com mais detalhes quando examinarmos as atividades orientadas para o terceiro objetivo do Programa, o programa promoveu a constituição ou designação, no interior das secretarias de Saúde de cada estado, de órgãos especialmente dedicados às atividades de desenvolvimento de recursos humanos. Na terminologia técnica do Ppreps, cada um desses órgãos passou a ser designado como Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ainda que eventualmente sem um ato formal de constituição.

Nos estados, segundo a percepção da própria coordenação, o Programa assumiu uma perspectiva que incluía: enfrentar o equacionamento das necessidades de recursos humanos, derivadas dos programas de extensão de cobertura, notadamente do Piass; dar continuidade às atividades já em andamento, as ditas “práticas tradicionais”, de modo a não comprometer os programas já existentes; e, considerando esta experiência, introduzir e consolidar novos conceitos, práticas e instrumentos compatíveis às necessidades da população local.

³⁸ Os estados atendidos foram: Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

³⁹ Em 1976 formaram-se 4.217 pessoas, em 1977, foram 15.233 alunos, e, em 1978, 19.098.

Desse modo, o Programa tinha como um imperativo realizar, como etapa prévia a cada projeto, um diagnóstico pretensamente exaustivo da realidade estadual. Assim, o Programa teria se constituído “num mosaico de projetos bastante aderidos aos respectivos contextos, tendo como traço comum a preocupação de interpretar a proposta inicial dentro de diferentes realidades estaduais”. A mesma orientação contribuiria para promover junto a cada secretaria estadual de saúde e aos órgãos estaduais de planejamento maior atenção no que concerne aos diagnósticos de estoques e de necessidades em recursos humanos e às ações melhor programadas e menos “marginais” (Ppreps, 1979:30).

O desempenho em cada uma das unidades da federação foi reconhecidamente desigual, segundo os termos do *Relatório Anual de 1978*. Os fatores a serem considerados determinantes para um maior ou menor êxito, em cada iniciativa, diziam respeito: ao grau de mobilização e apoio político nas várias agências dos governos estaduais envolvidos na execução dos projetos; à capacidade de produzir um arranjo institucional amplo em torno da iniciativa; e a um maior ou menor grau de maturidade técnico-institucional nos setores mais diretamente ligados aos temas dos recursos humanos.

No caso, por exemplo, do Pará, considerado um projeto de desempenho acima da média, o mesmo mobilizou, além da Secretaria de Saúde, as secretarias de Educação e Administração, a Universidade Federal do Pará; a Escola Técnica Federal; a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp); o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac); e a Escola de Enfermagem Magalhães Barata, subordinada ao governo estadual. Fora isso, as estruturas da Secretaria de Saúde já comportavam um departamento específico de desenvolvimento de recursos humanos, uma espécie de Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, dotado de recursos materiais e de pessoal.

Ainda que o estado do Amazonas não tenha reunido um arranjo institucional semelhante àquele desenvolvido pelo seu vizinho, o Pará, seu Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos teve papel considerado de destaque na Secretaria de Saúde do estado, não apenas nos assuntos relativos aos recursos humanos, mas também naqueles relativos à extensão de cobertura, à regionalização dos serviços e à modernização administrativa.

Já as experiências desenvolvidas nos estados do Piauí, Rio Grande do Norte e Ceará foram consideradas importantes pelos técnicos do Grupo Técnico Assessor Principal (GAP) em face da inserção dos projetos no desenvol-

vimento do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o Piass. No caso de Minas Gerais, onde Cesar Vieira havia até há pouco tempo atuado junto às áreas de planejamento da secretaria estadual de Saúde, o projeto promoveu o que seria uma renovação das atividades de desenvolvimento de recursos humanos, mediante uma maior integração das várias agências estaduais atuantes no setor. Para tanto, a principal articulação técnica foi realizada com os centros regionais de saúde e com a Assessoria de Planejamento da SES-MG, e a Escola de Saúde Pública da Fundação Ezequiel Dias.

Se estes foram os melhores resultados alcançados pelo programa, o relatório técnico de 1978 não deixou de registrar os projetos com desempenho abaixo da média. Entre os estados nessa condição, figuraram o Maranhão e a Paraíba, onde os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos se viram comprometidos pelas condições institucionais das secretarias como um todo. No segundo caso, por exemplo, a principal dificuldade foi 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 Saúde.

Em vários estados, além das iniciativas voltadas para a preparação de pessoal de nível elementar e médio, os projetos apoiados pelo Ppreps, e, portanto, os núcleos estaduais de recursos humanos em saúde, atuaram diretamente na qualificação de pós-graduação em saúde pública, apoiando a realização do Programa Nacional de Cursos Descentralizados de Saúde Pública. Este programa, liderado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, vinha sendo desenvolvido nos estados do Pará e do Rio Grande do Sul desde 1975, em caráter experimental. No ano seguinte foi implantado, com o apoio do Ppreps, na Bahia e Pernambuco. Em 1978 era, da mesma forma, realizado também no Amazonas (Ppreps, 1979: 4-11).

Componentes da própria equipe do GTC apoiavam a realização destes cursos descentralizados, eventualmente atuando como docentes em alguns dos módulos ou responsabilizando-se pela coordenação didática. Esta participação, todavia, segundo os próprios membros do grupo técnico, procurava respeitar a esfera de competência da Ensp no terreno do ensino de saúde pública, evitando a sobreposição de ações e os possíveis conflitos (Santana, 2005 e.2 , f. 4).

Ainda no tocante ao primeiro objetivo, o Ppreps desenvolveu uma relação próxima de cooperação com o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde

(Nutes/Clates), da Universidade Federal do Rio de Janeiro⁴⁰. Neste caso, tratava-se de complementar a própria capacidade técnica do Grupo Técnico Central (GTC), do Ppreps, principalmente no tocante à elaboração de recursos instrucionais, a criação de sistemas de treinamento, de currículos, além de realização em conjunto, nos núcleos de desenvolvimento de recursos humanos dos estados, de cursos de capacitação destinados à formação de supervisores e instrutores, entre outras atividades.

Entre os resultados alcançados por esta cooperação em particular, destaca-se a elaboração, em parceria com a Secretaria Técnica do Pias e a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, de um guia curricular para atividades de capacitação de pessoal na saúde. Dirigido para a capacitação de visitantes sanitários e de atendentes de saúde pública, representou um esforço de sistematização conceitual e metodológica que pretendia ir de encontro às necessidades mais prementes nos estados (Ppreps, 1979: 20).

Particularmente com relação ao conjunto das atividades voltadas para o treinamento e o desenvolvimento de pessoal de saúde, segundo avaliação realizada então pelos próprios técnicos do Ppreps, o apoio federal às secretarias estaduais de Saúde foi considerado restrito ou limitado. Faltava, segundo estas análises, uma instância ou um mecanismo político-administrativo que empreendesse de forma sistemática a identificação de necessidades e problemas neste campo, especialmente se considerada a evolução dos serviços de saúde locais, integrando-as ao movimento de planejamento setorial em escala nacional. E que também realizasse uma efetiva articulação intersetorial, principalmente em âmbito interministerial.

Na ausência de tal instância ou mecanismo, os estados realizaram esforços mais ou menos isolados a fim de que fossem contempladas as necessidades de recursos humanos, especialmente tendo em vista o desenvolvimento do Pias. Nesse contexto, as secretarias estaduais procuraram priorizar projetos que atendessem às demandas mais imediatas de recursos humanos, resultantes dos programas de extensão de cobertura; procuraram também não paralisar instantaneamente as práticas já existentes, a fim de não provocar interrupções na oferta de pessoal de saúde aos serviços, mas favorecer a intro-

⁴⁰ O Nutes/Clates, criado em 1972, era àquela altura um centro pan-americano da Opas. Esta vinculação orgânica com a organização intergovernamental permanecerá até 1983, quando o Clates, de duração relativamente efêmera, foi “nacionalizado”, perdendo seu vínculo orgânico com a Opas, mantendo apenas a sigla Nutes e seu vínculo com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (Opas, 1983).

dução de mudanças graduais. Além disso, pretenderam promover novos conceitos, práticas e instrumentos que permitissem os gestores desenvolver serviços compatíveis às necessidades da população.

Com relação ao segundo objetivo, voltado para a instalação das regiões docente-assistenciais, foram quatro as iniciativas diretamente apoiadas pelo Programa no período compreendido entre 1976 e 1978. Como etapa prévia de lançamento desta linha de atuação realizou-se em Brasília um encontro nacional das várias iniciativas nacionais especialmente focadas no tema da integração ensino-serviço (Santana, 2006: e.2.; f.2) O primeiro projeto conveniado com o Ppreps destinava-se a apoiar a implementação, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, do internato rural, ao mesmo tempo em que se promovia uma reformulação curricular. A área da implementação correspondia àquela do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, então uma das mais dinâmicas regiões do processo de descentralização dos serviços de saúde empreendida pelo governo do estado a partir da gestão de Aureliano Chaves, iniciada em 1975 (Campos, 1995:219-238).

Um segundo projeto de integração docente-assistencial (IDA) apoiou a Universidade Federal da Pernambuco no desenvolvimento de iniciativas na área do município de Vitória de Santo Antão, em convênio com a Secretaria Estadual de Saúde. Nesta cooperação, pretendia-se apoiar a criação de modelos alternativos de atenção primária à saúde, a promoção da organização comunitária, além da adoção de sistemas de treinamento e supervisão de pessoal auxiliar e de estágios para estudantes das várias profissões da saúde.

No estado da Paraíba, foi iniciada uma cooperação considerada a mais ambiciosa. Seus componentes mais importantes envolveram a revisão dos currículos de enfermagem, medicina, farmácia e bioquímica; a implantação de estágios rurais integrados, a criação do curso de especialização em administração e planejamento de sistemas regionais de saúde; a implantação de programas de educação continuada e de uma rede de informação científica e tecnológica. Entre as instituições participantes incluíam-se o Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba e a Secretaria de Estado de Saúde, as quais estreitaram relações com os órgãos estaduais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o Inamps.

O último projeto a entrar na pauta de cooperação técnica do Ppreps no período desenvolveu-se junto ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí. Suas atividades consistiram na realização de um seminário

e de avaliação das experiências na universidade que pudessem ser consideradas inovadoras, tendo em vista as propostas de integração docente-assistencial. Além disso, o projeto procurou também desenvolver condições favoráveis para a implantação da IDA no estado, tais como a criação de mecanismos de articulação entre a universidade e a rede de serviços, programação de estágios de graduação nos cursos de medicina e enfermagem, entre outras.

De maneira geral, considerou-se que a linha de atuação em torno dos projetos IDA enfrentou as mais sérias dificuldades do Programa. Estas decorreram, de início, de sua frágil sustentação institucional, consequência de uma insipiente institucionalização do recém-criado Sistema Nacional de Saúde. Outras dificuldades referiam-se à existência, no interior das universidades, de grupos refratários às reformas, assim como de uma tradição profissional que não estimulava uma abordagem de cunho interdisciplinar, que contemplasse especialmente as ciências sociais. Isto significava que, na altura de 1978, a estratégia de constituição das regiões docente-assistenciais fosse considerada uma proposição em larga medida prematura frente ao grau de institucionalidade do próprio sistema de atenção à saúde, e cujos resultados deveriam ser necessariamente “mais demorados e custosos”. Na prática, isto determinou que, quando da ocorrência de cortes orçamentários na programação inicial do Ppreps, os projetos IDA tenham sido os mais diretamente afetados. Não só se restringiu a um terço o número de projetos a serem apoiados como se viram reduzidos os recursos disponíveis para o apoio a cada um deles (Ppreps, 1979: 12-13). Como alternativa, o GTC e a Comissão de Coordenação estabeleceram que a cooperação deveria se ater às iniciativas já em andamento, concentrando-se em agregar maior capacidade de transformação àquelas mais promissoras.

Mesmo neste âmbito, mais restrito, os projetos enfrentavam percalços quando se tratava de ajustar os empreendimentos já em curso aos objetivos da IDA, tal como estabelecidos no projeto base. De outra forma, as práticas vigentes nas universidades tendiam a amenizar os possíveis impactos transformadores das proposições introduzidas pela IDA, seja relegando-as a uma dimensão estritamente formal, seja confinando-as a aspectos puramente experimentais. Mesmo os grupos mais inovadores tenderiam, por outro lado, a se manter circunscritos aos seus domínios disciplinares e departamentais, reproduzindo as práticas não integradas (Ppreps, 1979: 14).

A limitação do volume de recursos, a concentração das áreas de atuação da cooperação técnica em poucos projetos, além das dificuldades de ordem institucional, poderiam, segundo a avaliação do grupo técnico, compro-

meter severamente os progressos para o desenvolvimento da integração entre a docência e as práticas concretas de atenção à saúde no país, um objetivo cuja relevância era reiterada. As correções de rumo preconizadas apontavam então para a necessidade de focar o conjunto do ensino de terceiro grau em Saúde e oferecer cooperação para diferentes instituições, identificando iniciativas e situações adequadas para se oferecer apoio.

Mais do que isso, a própria organização da atuação do Ppreps a partir de projetos foi criticada. Dada a complexidade das ações de IDA, o longo período necessário para a sua maturação, em um ambiente institucional extremamente dinâmico, recomendava-se adoção de formas mais permanentes de atuação, ainda que flexíveis e capazes de uma melhor resposta a oportunidades não previsíveis e, portanto, de maior aderência à realidade (Ppreps, 1979: 32).

Todavia, paralelamente, na altura de finais da década de 1970, a Opas e a Fundação Kellogg estabelecem uma parceria na condução dos projetos de integração docente-assistencial na região das Américas. Por este entendimento, caberia à Opas operar como instância de assistência técnica a todos os projetos apoiados financeiramente pela fundação filantrópica norte-americana. No Brasil, a experiência do Ppreps no apoio direto aos projetos IDA o tornava especialmente credenciado para esta função. Esta linha de colaboração teria profundas implicações no desenvolvimento de iniciativas de IDA ao longo das décadas seguintes, como será discutido nos próximos capítulos (Santana, 2006: e.2.; f.4).

No que diz respeito ao terceiro objetivo, relativo ao fortalecimento das instâncias estaduais dedicadas ao tema dos recursos humanos para a saúde, o principal resultado alcançado pelo Programa foi, exatamente, imprimir maior destaque ao tema dos recursos humanos como componente das políticas de saúde em âmbito nacional e estadual. Neste sentido, a criação dos núcleos estaduais de desenvolvimento de recursos humanos, integrados às secretarias de saúde dos estados, era uma estratégia considerada fundamental, na medida em que propiciava, nesta esfera, a instituição de uma referência tanto para os aspectos político-administrativos quanto pedagógicos.

A equipe do GTC procurou promover, como já sinalizado, maior articulação intersetorial no interior dos executivos estaduais. Pretendeu também estabelecer uma maior proximidade entre as várias agências federais envolvidas com a temática da formação e capacitação de pessoal em saúde. Da mesma forma, buscou estreitar laços político-institucionais entre os âmbitos federais e estaduais, sobretudo no que se refere a planejamento e programação

setoriais de saúde e educação. Quanto a esta dimensão, o *Relatório Anual de 1978* indicava que estes esforços integradores obtiveram êxito sensivelmente maior nas relações em âmbito estadual.

Essas dificuldades nas esferas federais e a maior facilidade de trânsito no âmbito dos estados aparentemente contribuíram para a afirmação daquele que seria um dos sentidos desejados da própria cooperação técnica Opas-Brasil: embora prevalecesse o desejo de alguma centralização normativa, por parte do GTC, toda a plataforma operacional estava desenhada tendo em vista um gradual processo de descentralização. E mais, a cooperação técnica representava essencialmente a promoção da autonomia local, de uma forma que tanto mais o Ppreps fosse eficiente, mais seria tecnicamente dispensável.

De toda forma, ainda segundo o *Relatório*, a montagem do arranjo institucional em torno do GTC teria sido

viabilizada a duras penas, numa fase em que eram muito estreitas as linhas de dependência técnica e financeira entre o Ministério e Secretarias de Saúde de um lado e Ministério e Secretarias de Educação e Universidades de outro. Além disso, a permeabilidade que se encontrou a nível estadual para rearticular tais instituições não foi correspondida na mesma proporção no nível central.

E o relatório conclui:

pode parecer paradoxal ser mais fácil articular Saúde e Educação nos Estados que no plano federal mas isto, de fato, a experiência do Ppreps comprova. A coordenação entre os Ministérios, relativa ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde foi apenas incipiente. (Ppreps, 1979: 26)

Essa matriz institucional não foi totalmente elaborada a partir de um arranjo prévio. Em certo sentido, ela foi negociada ao longo do próprio desenvolvimento da cooperação técnica, em um processo em que dependeu da percepção política e gerencial das lideranças do Ppreps na avaliação dos vários cenários e circunstâncias. Como se verá no próximo capítulo, as dificuldades vivenciadas no que concerne a uma maior articulação institucional entre os órgãos federais iriam requerer, como pauta futura, a montagem de novos arranjos institucionais, a mobilização de novos atores.

No que concerne ao financiamento do Programa, até dezembro de 1978, ao final da vigência do primeiro acorde de cooperação técnica, havia

sido aportado ao Programa um volume global aproximado de Cr\$ 39.000.000,00 (trinta e nove milhões de cruzeiros), ou algo como R\$ 15.500.000,00 (quinze milhões e quinhentos mil reais), em valores corrigidos. Este volume correspondeu a uma distribuição de Cr\$ 7.000.000,00 (R\$ 5.500.000,00), em 1976; Cr\$ 16.000.000,00 (R\$ 9.000.000,00), em 1977; e Cr\$ 16.100.000,00 (R\$ 6.400.000,00), para o ano de 1978. Dos recursos transferidos durante todo o período, metade foi destinada ao treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; cerca de 16% para a integração docente-assistencial e cerca de 34% para os encargos da coordenação. A distribuição anual dos recursos indica em que medida o último ano deste primeiro período de operação do Ppreps registrava uma importante redução no volume de recursos alocados no projeto. Os anos do endividamento externo fácil estavam chegando ao fim e, em certa medida, desferindo o tiro de misericórdia na política econômica triunfalista do regime militar brasileiro.

Os valores globais, que não incluíam os recursos alocados como contrapartida pelas secretarias estaduais e outros parceiros, equivaliam a apenas 35,1% daqueles inicialmente previstos. Uma redução gradativa do valor real dos repasses anuais parecia ser, então, aos olhos da coordenação do Programa, uma tendência duradoura já a partir de 1977, quando as contas públicas nacionais passaram a refletir mais intensamente as vicissitudes da crise global de finais da década (Ppreps, 1979: 25).

Limitações orçamentárias, aliadas às diferentes conjunturas políticas e às disparidades nos níveis de desenvolvimento local contribuíram para resultados considerados apenas parciais, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento dos projetos IDA e tendo em vista as ambiciosas metas quantitativas previstas no projeto original.

Estes resultados, contudo, não são indicadores seguros. O legado destes primeiros anos é dificilmente redutível aos seus efeitos quantitativos imediatos. A médio prazo, a cooperação contribuiria decisivamente para a própria constituição dos recursos humanos em saúde como domínio de saberes e práticas sociais e âmbito de formulação e implementação de políticas públicas. Para alguns de seus contemporâneos, os primeiros anos do Ppreps foram responsáveis por mobilizar opiniões, interesses, vocações e atores até então mais ou menos dispersos.

Foi, por exemplo, por iniciativa do Ppreps que o tema da integração entre a formação profissional e os serviços de atenção à saúde foram retomados, em 1978, no âmbito dos debates na Associação Brasileira de Educação

Médica (Santana, 2005, e.1, f.3). Na visão da equipe central do Ppreps, em artigo publicado em 1980, o principal resultado alcançado nos primeiros anos da iniciativa foi tornar visível, no plano das políticas de saúde e tanto em âmbito federal quanto estadual, aquele que seria o caráter global do desenvolvimento de recursos humanos em saúde e a “subordinação dos seus componentes à evolução do todo, dentro do contexto sócio-político e administrativo em que se desenvolve” (Macedo, Santos & Vieira, 1980: 73-74).

Em outro exemplo deste tipo de atuação, durante o mês de outubro de 1979, a equipe do Ppreps estaria diretamente mobilizada na realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados. Em um evento de ampla repercussão nos meios especializados e políticos, o tema dos recursos humanos seria objeto de uma conferência de Carlyle Guerra de Macedo que, em larga medida, explicitava as orientações assumidas na orientação do programa e da própria cooperação técnica (Brasil. Câmara dos Deputados, 1980).

A inserção do Ppreps e da equipe do seu GTC no nascente movimento de crítica e reforma das instituições e das práticas de saúde no país, além de imprimir maior visibilidade ao tema do desenvolvimento de recursos humanos, suscitava que, em várias ocasiões, o Programa operasse como espaço para o debate de pautas e para a formulação de estratégias do próprio movimento. Deste modo, por exemplo, uma reunião no edifício sede da representação da Opas no Brasil, em Brasília, de amplitude nacional, organizada com o propósito da realização do Seminário Nacional sobre Oferta e Demanda de Pessoal de Saúde, constituiu oportunidade para a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a Abrasco (Santana, 2005: e.2, f.5; Vieira, 2005: e.1, f.1).

Estes “propósitos invisíveis” de parte da atuação do Ppreps eram também componentes de um movimento de gradativo transbordamento dos próprios objetivos originais do programa em direção a temas como as políticas globais de saúde e à organização dos serviços de atenção. Há que se ter claro, no entanto, que este transbordamento era também, por seu turno, uma manifestação da forma com que se conceituava o desenvolvimento de recursos humanos. Em uma perspectiva integradora, este somente seria completamente compreensível se relacionado às formas de identificação das necessidades coletivas em saúde, de organização dos serviços e de realização do trabalho em saúde – como parte indissociável, portanto, das políticas de saúde, no âmbito de uma formação social concreta e dos seus modos de produzir e

compartilhar bens e serviços. Nos dizeres do primeiro coordenador do Ppreps, Carlyle Guerra de Macedo, eram

os componentes do processo de desenvolvimento de recursos humanos: em primeiro lugar a identificação das necessidades (...) e tendo em contas a disponibilidade de conhecimento, de tecnologia e de recursos em uma sociedade concreta, (...) os tipos de serviço necessários e a maneira de organizá-los (...) e a partir daí, (...) a identificação das necessidades de recursos humanos, por tipos, por quantidade, e sobre estas bases o desenho de programas para formação (...) e dos sistemas para sua adequada utilização.

E mais adiante:

Inseparável da política de saúde (...) e, por sua vez, inseparável da política social e da política global de desenvolvimento, os recursos humanos para a saúde não podem ser analisados senão neste contexto mais amplo de todo o desenvolvimento social; de todo o desenvolvimento do país. (Brasil. Câmara dos Deputados, 1980: 64-65)

De qualquer modo, paulatina e consistentemente – como se discutirá com mais detalhes no próximo capítulo –, temáticas como a organização global dos serviços de saúde e o planejamento em saúde se fizeram mais e mais presentes, de maneira que os “propósitos invisíveis” terminariam por assumir também a sua face oficial e se exprimir nos próprios documentos formais da cooperação. No segundo semestre de 1978, quando que se aproximavam do seu término, simultaneamente, o governo Geisel e o período de vigência do *Acordo de 1973*, a equipe do GTC e os representantes das instituições signatárias realizaram negociações com vistas à renovação do termo de cooperação.

Simultaneamente, em um esforço no sentido de ampliar as bases institucionais para uma ação cooperativa no desenvolvimento de recursos humanos em saúde, foi instituído, em setembro de 1978, um grupo de trabalho interministerial para a realização de um diagnóstico de situação e a proposição de ações conjuntas no terreno da educação superior e técnica. Coordenado pelo Departamento de Assuntos Universitários do MEC e contando com componentes indicados pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan) e pelos ministérios da Educação e Cultura, do Trabalho, da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o grupo de trabalho deveria terminar suas atividades em 90 dias – meados de dezembro –, portanto a tempo de subsidiar a celebração de um novo acordo. Todavia, o relatório do grupo de

trabalho seria finalizado apenas em março de 1979. Sua publicação tardaria ainda mais, ocorrendo em 1981⁴¹. Neste novo contexto, como se verá no próximo capítulo, seriam melhores as condições políticas e institucionais para uma maior articulação.

Quanto a este aspecto, vale reiterar que apenas em finais de 1979 o Ministério da Educação e Cultura Saúde iria designar os seus representantes junto ao Grupo Técnico Central do Ppreps (Santana, 2005: e.1, f.3). A partir deste ano, passariam a integrar a equipe do Ppreps, por designação da Secretaria de Ensino Superior do MEC, o médico piauiense José Paranaguá de Santana, dedicado aos temas do ensino médico, a educadora Regina Coeli Nogueira e o administrador Francisco Lopes, indicado pela Secretaria Geral do Ministério da Saúde (Santana, 2005, e.1, f.3).

Regina Nogueira, educadora de formação, era uma especialista em legislação e organização do ensino técnico de nível médio e sua presença na equipe resultou de uma demanda expressa de Izabel dos Santos. Francisco Lopes, administrador, tornara-se um técnico especializado na elaboração e implantação de planos de carreira, cargos e salários. José Paranaguá de Santana, médico pela Universidade de Brasília, havia participado da coordenação do Projeto Planaltina, voltado para a implantação de uma experiência de medicina comunitária no entorno de Brasília, uma iniciativa da UnB, do governo do Distrito Federal, do Funrural e Fundação Kellogg, sob a coordenação de Frederico Simões Barbosa. Em meados da década de 1970, José Paranaguá de Santana havia atuado na Secretaria de Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura (MEC), quando apoiava diretamente o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica e os processos de regulamentação da residência em Medicina Preventiva e Social.

Neste mesmo ano, as transferências financeiras a cargo do MEC tornaram-se também objeto de um compromisso formal (Opas/Brasil, 1979: 6-7). A integração do Ministério da Previdência e Assistência Social seria ainda mais tardia, em março de 1980. Esta maior articulação intersetorial, porém, tal como será discutido no próximo capítulo, será ela mesma expressão e resultado de uma cooperação técnica renovada em sua orientação (Opas/Brasil, 1980: 7).

⁴¹ Compunham o grupo de trabalho Edson Machado de Souza e Carlos Marcílio de Souza, pelo MEC; Sólton Magalhães Vianna e Leandro Amaral Lopes, pela Seplan, Stella Winge e Pedro Luis Tauil, pelo MS; Hugo Alquerque e Doriane Calvet, pelo MPAS; e, ainda, José Alberto Couto Maciel e José Maciel Neves, pelo MT. José Paranaguá de Santana foi um dos que apoiaram diretamente a elaboração do documento. E é possível mesmo que o funcionamento do GT tenha propiciado uma maior presença do MEC como ente constituinte do Ppreps.

O ano de 1979 registraria também uma primeira retirada na equipe do Ppreps. No primeiro semestre, Danilo Prado Garcia dirigiu-se a Paris para um período de estudos em economia da saúde, custeados com a ajuda de uma bolsa de estudos oferecida pela OMS. Em inícios de 1981, ele estaria de volta para um período de assessoria ao Ministério da Previdência e Assistência Social (Garcia, 2005, e.1, f.1).

De qualquer modo, entre 21 e 29 de dezembro de 1978, Paulo de Almeida Machado, Ministro da Saúde, Euro Brandão, Ministro da Educação e Cultura e Héctor Acuña, Diretor da Opas, firmaram o *Termo Aditivo ao Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*. Neste documento, os compromissos básicos firmados cinco anos antes ficavam prorrogados até finais de dezembro de 1986 – por mais oito anos, portanto –, o que significava um importante alongamento do prazo de vigência da cooperação.

Este novo instrumento alterava também algumas cláusulas substantivas presentes no acordo original e seus documentos complementares. Todavia, as incertezas e os vazios de poder mais ou menos característicos dos períodos de transição, impuseram uma certa demora na efetiva implementação dos novos encaminhamentos. Apenas em agosto de 1979, durante o curto período de Mário Augusto Castro Lima no exercício da pasta da Saúde, um instrumento de cunho operacional foi firmado entre as partes signatárias, ratificando os planos de ação de cada uma das áreas de saúde e educação e possibilitando uma retomada mais efetiva dos trabalhos. Contudo, na memória de pelo menos um dos participantes da equipe central do Programa, somente com a posse de Waldyr Mendes Arcoverde no Ministério da Saúde, em 30 de outubro de 1979, o tema dos recursos humanos em saúde voltaria a figurar com alguma centralidade na pauta de prioridades ministeriais (Santana, 2005: e.1, f.3).

O *Termo Aditivo ao Acordo*, de 1978, e o instrumento complementar de 1979 reiteravam alguns dos macroobjetivos presentes no documento de 1973 e não completamente assumidos pela agenda do Ppreps. Incluíam também temas apenas parcialmente enfrentados e ainda outros até então abordados de modo mais ou menos informal. Os novos termos retomavam, em certa medida, parte dos objetivos gerais formulados pelo Grupo de Trabalho sobre Recursos Humanos, de 1974⁴². De outra parte, ajustavam os marcos formais

⁴² Sobre este grupo de trabalho e o seu relatório, ver capítulo 2.

ao desenvolvimento concreto da iniciativa ao longo de seus primeiros três anos. A Fundação Oswaldo Cruz deixava de figurar como entidade intermediadora dos recursos e responsável pela sua administração contábil.

Desta forma, os novos compromissos reafirmavam o objetivo de desenvolver ações orientadas para o planejamento e desenvolvimento dos recursos humanos, nos marcos de um plano geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; pretendiam o aperfeiçoamento de processos e mecanismos voltados para a integração docente-assistencial; e propugnavam pela melhoria da qualidade no ensino, apoiando iniciativas de revisão de currículos, a adoção de técnicas pedagógicas inovadoras e um estímulo direto à produção e oferta de informação atualizada. Quanto a este último aspecto, tornaram explícita a necessidade de uma articulação mais sistemática com o Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde (Nutes/Clates) e a Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), instituições administrativamente vinculadas à Opas⁴³. Vale ainda ressaltar que os documentos, em várias passagens e sintomaticamente, abandonam a expressão assistência técnica, substituindo-a pela de cooperação. Por outro lado, os novos documentos conferiam um maior destaque às ações orientadas para o fortalecimento das áreas de ensino e pesquisa de pós-graduação, em especial em saúde coletiva, inclusive renovando a necessidade de estabelecimento de um programa de bolsas de estudos tanto no país como no exterior.

Foram reformatadas as instâncias de coordenação e de condução executiva. A Comissão de Coordenação passou a ser composta por oito representantes, sendo três para cada um dos ministérios e dois de escolha da Opas, todos a serem designados mediante portaria interministerial. O Grupo Técnico Central passou a receber a denominação de Grupo Assessor Principal (GAP) e a ser integrado por três assessores principais, admitindo-se porém a constituição de uma equipe de assessores especiais, a ser composta segundo os recursos transferidos para o projeto por cada uma das pastas envolvidas. (Opas/Brasil, 1978: 10). Por outro lado, os documentos definiam os montantes a serem diretamente transferidos à Opas, segundo planos de trabalho previamente aprovados.

⁴³ A Bireme, desde 1982 Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, foi instituída em 1967, em São Paulo, como um centro pan-americano especializado. Ligada à Opas, mantém esta condição até os dias de hoje. Para uma história da Bireme, ver Pires-Alves, 2005 e Silva, Ferla & Gallian, 2006.

Em março de 1980, um novo termo aditivo introduziria um novo e fundamental elemento no arranjo institucional de sustentação da cooperação técnica em recursos humanos e de seu principal programa. O Ministério da Previdência e Assistência Social, à época ocupado pelo gaúcho Jair de Oliveira Soares, passou a ser um dos entes signatários do Programa e um dos seus financiadores diretos. Esta nova base institucional refletia, no domínio do desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, as tentativas que à época eram empreendidas com o intuito de estabelecer mecanismos de integração entre as principais áreas do executivo federal envolvidas com a atenção à saúde. Àquela altura, em certo sentido, generalizava-se a crítica à dicotomia entre saúde pública e a prestação de serviços de medicina curativa, sobretudo por meio da assistência médica previdenciária, materializada na própria existência das pastas ministeriais distintas e em alguma medida ratificada quando da criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975.

Este relativo consenso terminaria por impor a necessidade de novas configurações institucionais. Na passagem da década, a necessidade de uma nova base institucional na prestação de serviços de atenção à saúde terminaria por produzir, no caso da cooperação técnica Opas-Brasil e do Ppreps, em particular, uma radical ampliação dos seus objetos.

