

## Parte I

Cooperação técnica em novas bases (1979-1988)

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.

## 4. COOPERAÇÃO TÉCNICA EM NOVAS BASES (1979-1988)

---

Com a co-autoria de *Janete Lima de Castro\**

Em 1978, iniciou-se o processo de renovação do *Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*, assinado cerca de três anos antes pelo governo brasileiro e pela Opas. Este ciclo de reformulação da cooperação técnica Opas-Brasil em RH somente se encerraria em 1980. Ao final deste período, o Ministério da Previdência e Assistência Social se tornaria um novo componente de sustentação institucional do Acordo e teria início um conjunto de mudanças importantes na matriz original do Programa, tanto no que concerne aos objetivos da cooperação técnica na área de formação de recursos humanos para a saúde, quanto à sua estrutura político-administrativa, inclusive em relação à composição do Grupo Técnico Central, a sua principal instância executiva.

Estas mudanças, registradas em documentos institucionais e nos depoimentos dos personagens que tomaram parte do processo, conduziram o Programa a experiências institucionais inovadoras. Entre elas, a elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde; o desenvolvimento daquele que se tornaria amplamente conhecido como o Projeto Larga Escala; a introdução e implementação de um subprograma especialmente voltado para a formulação de políticas e ao planejamento em

---

\* Janete Lima de Castro é professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. Mestre em Administração e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Educação na UFRN, é coordenadora do Observatório de Recursos Humanos do Nesc/UFRN.

Ciência & Tecnologia em Saúde; e a realização, mais tarde, a partir de 1987, do Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, o Cadrhu.

Essas mudanças e inovações na cooperação representaram também o duplo movimento de afirmar e promover a institucionalização da frente de trabalho dedicada à preparação de pessoal de saúde de nível médio, bem como de ampliar a própria cooperação em direção a outros temas referentes à organização e à infra-estrutura dos serviços de atenção à saúde.

Neste capítulo, serão pontuados estes novos domínios de atuação da cooperação inaugurados, em 1978/80, com a renovação do Acordo. Todavia, serão, sobretudo, discutidos os seus desdobramentos e experiências mais importantes no terreno da formação de recursos humanos em saúde, até a conjuntura imediatamente anterior à VIII Conferência Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Estes dois eventos, nos marcos do governo de transição democrática, inauguram um ciclo de aceleração do processo da Reforma Sanitária que alteraria definitivamente a base institucional em que se desenvolvia a cooperação técnica Opas-Brasil.

## A REORGANIZAÇÃO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA OPAS-BRASIL

No final de 1978 encerrava-se a vigência do primeiro Acordo Opas-Brasil em RH para a Saúde. Em linhas gerais, o ambiente não se mostrava particularmente favorável para a abertura das rodadas de negociação com vistas à sua renovação. No plano econômico se tornavam mais e mais nítidos os impactos da crise internacional e das suas implicações nas contas públicas brasileiras. No plano político, a sucessão do governo Geisel dava início às costumeiras incertezas quanto à continuidade de políticas, programas e processos. Mais do que isso, tornava visíveis as fissuras entre as forças a favor do regime ditatorial e aquelas mais favoráveis a uma abertura política.

Graças ao apoio do então presidente da República Ernesto Geisel, o general João Baptista Figueiredo foi eleito em reunião do Colégio Eleitoral em outubro de 1978, tomando posse em março do ano seguinte. Chefe do Gabinete Militar, durante a gestão de Médici e chefe do Serviço Nacional de Informação (SNI) no governo que se encerrava, Figueiredo, uma vez eleito, teve como principais desafios, por um lado, conter a chamada Linha Dura das

Forças Armadas e, de outro, sob pressão dos movimentos sociais, avançar no processo de uma abertura política, denominada, segundo o jargão do próprio regime, “lenta e gradual”. Seu governo experimentaria o aprofundamento da crise econômica. Os primeiros anos da década de 1980 apresentariam indicadores de PIB negativos, estagnação econômica e inflação crescente (Fausto, 2000).

A assinatura de um novo acordo de cooperação entre a Opas e o governo brasileiro ocorreu nos últimos dias dezembro de 1978, ao término do governo Geisel, somente. Todavia, como indicado no capítulo anterior, as atividades da cooperação pouco avançaram durante a primeira metade de 1979, no período de gestão do Ministro da Saúde Mário Augusto Castro Lima, uma indicação de Antônio Carlos Magalhães, liderança governista na Bahia e então recém-eleito para um segundo mandato como governador do estado. Somente em outubro de 1979, com a saída de Castro Lima do Ministério da Saúde e a posse de Waldyr Mendes Arcoverde, a cooperação passou a vivenciar perspectivas políticas relativamente mais promissoras.

O piauiense Waldyr Arcoverde assumia a pasta a partir de uma indicação de Jair Soares, que passaria a ocupar o Ministério da Previdência e Assistência Social, depois de deixar o governo do Rio Grande do Sul, onde Arcoverde havia ocupado até poucos meses antes a Assessoria de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde. Arcoverde mantinha também relações de afinidade política com Petrônio Portela, Ministro da Justiça, e eram ambos próximos do também piauiense Carlyle Guerra Macedo. Além disso, havia por parte da equipe da cooperação expectativas de que o projeto recuperasse o apoio e o ritmo anterior, mobilizando as alianças que havia constituído naqueles estados onde os trabalhos tinham alcançado bons resultados, graças ao financiamento e o aporte técnico proporcionado pelo grupo técnico às secretarias de saúde e às universidades (Macedo, 2005: e.1, f.3; Escorel, 1998: 171).

No entanto, a situação econômica do país se agravava. A pretendida combinação de crescimento econômico com controle da inflação tornava-se cada vez mais distante, até que, em fins do ano de 1980, restringiu-se a expansão da moeda, os investimentos nas empresas estatais foram drasticamente reduzidos, as taxas de juros se elevaram e, ao mesmo tempo, os novos investimentos privados tornavam-se escassos (Fausto, 2000: 502).

Se, com o II Plano Nacional de Desenvolvimento de 1975, o regime autoritário pretendia incorporar à sua agenda as políticas sociais – no nosso caso em particular a da saúde –, a conjuntura de crise dos anos 1979/80 finaria exigiria um novo esforço racionalizador, tendo em vista restrições de natureza

econômica e o próprio avanço das oposições. Para tanto, foi preciso mobilizar a capacidade e boa parte de uma imaginada neutralidade técnica representada por equipes de especialistas sediadas nas universidades e por aqueles como a do Ppreps, constituídas sob a égide de um organismo intergovernamental. Isto significava também franquear maiores espaços institucionais ao nascente movimento social envolvido com a reforma dos sistemas de atenção à saúde.

Em outubro de 1979, sob os auspícios da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e com o apoio do Programa de Cooperação Técnica Opas-Brasil, realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Este evento reuniu, na capital da República e no Congresso Nacional, delegados de todo o país e boa parte dos profissionais mais engajados no movimento sanitário brasileiro e procurou discutir temas considerados chave para uma abordagem integral e articulada das questões de saúde no contexto da reabertura democrática. Entre os temas abordados figuraram: perspectivas das políticas públicas de saúde no Brasil; saúde e desenvolvimento econômico social; hierarquização, descentralização e regionalização dos serviços de saúde; privatização e estatização; e, vale destacar, contemplaram de modo destacado o tema do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Brasil. Câmara dos Deputados, 1980).

Nesse contexto modifica-se a composição do Grupo Técnico Central, desde 1978 renomeado Grupo Assessor Principal (GAP), assim como da Comissão de Coordenação da Cooperação. Em finais de 1979, ingressaram, na equipe executiva do GAP, o médico piauiense José Paranaguá de Santana, a educadora Regina Coeli Nogueira e o administrador Francisco Lopes, todos indicados pelo Ministério da Educação e Cultura.

Em março de 1980, mediante o *Segundo Termo Aditivo ao Acordo*, e a assinatura de Jair Soares, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passou a integrar a base institucional de sustentação do Acordo, somando-se à Opas e aos ministérios da Saúde e da Educação e Cultura. Neste mesmo ano, integraram-se à equipe do GAP os médicos Alberto Pellegrini Filho, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e Roberto Passos Nogueira, indicado pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde.

Foi nesse contexto e com forte componente de simultaneidade que os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social mobilizaram a cooperação técnica Opas-Brasil para a constituição de um grupo técnico e elaboração daquele que seria o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, e que se tornou amplamente conhecido no setor pela sigla Prev-Saúde.

Como a própria sigla expressa, este programa se constituiu em uma proposta de articulação objetiva entre as áreas de saúde pública, tradicionalmente sob a responsabilidade da pasta da saúde, e os serviços de assistência médica até então sob a órbita do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social vinculado ao MPAS. Concebido de forma a propiciar atendimento universal, privilegiando a atenção básica em saúde, o Prev-Saúde alinhava-se às recomendações da Assembléia Mundial de Saúde, de 1977 e da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano seguinte, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, república da então União Soviética.

Os principais objetivos do Prev-Saúde eram amplos: enfrentar o problema da cobertura dos serviços básicos de saúde, de forma a atingir o conjunto da população; promover um reordenamento do setor público, estimulando maior articulação entre as esferas federal, estadual e municipal; aumentar a produtividade, via racionalização da oferta de serviços disponíveis; e promover a melhoria das condições sanitárias do ambiente, com a implantação de sistemas de abastecimento de água e esgoto, particularmente nas áreas com maior prevalência de endemias e maior densidade populacional. Prevvia-se um gradual avanço no atendimento as áreas mais carentes economicamente, sobretudo periferias urbanas e zonas rurais; o controle de doenças transmissíveis, especialmente diarreias infecciosas; a prevenção de cáries dentárias e da desnutrição; e o atendimento equitativo para grupos de maior risco, em particular, mulheres gestantes e crianças. Pretendia-se, por fim, como componente integrado desta pauta abrangente, desenvolver a infra-estrutura institucional e dos recursos humanos.

No componente de RH, visava-se, no que concerne às profissões de nível superior, promover a formação e utilização preferencial de pessoal generalista. Da mesma forma, pretendia-se ampliar a preparação de um contingente de pessoal auxiliar nos níveis médio e elementar. Visava também promover as condições institucionais e a formação de pessoal em nível gerencial de modo a permitir um melhor planejamento e gestão do trabalho em saúde (Prev-Saúde, [1981]).

O novo programa definia o médico generalista como sendo aquele profissional que, dispondo de auxiliares adequadamente treinados, estaria apto a resolver os casos epidemiologicamente mais relevantes, em áreas como clínica médica, pediatria e saúde da mulher, intervenções cirúrgicas de menor complexidade, prevenção de doenças e promoção da saúde. No que concerne aos

trabalhadores auxiliares de nível elementar e médio, a ênfase recaía, no primeiro caso, nos atendentes, auxiliares de serviços gerais. Sua formação dar-se-ia mediante ações de integração ensino/serviço, de forma descentralizada e recorrendo-se a instrutores e supervisores de nível superior e médio. O contingente de trabalhadores de nível médio seria composto por pessoal tanto previamente habilitado pelo ensino regular e supletivo de segundo grau, quanto pela formação no próprio serviço de trabalhadores com escolaridade mínima de primeiro grau. As áreas de atuação previstas incluíam serviços de enfermagem, saneamento, odontologia e outros serviços finalísticos; serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em laboratórios, serviços radiológicos, farmácia, entre outros; e, por fim, serviços de apoio administrativo, documentação e informação em saúde.

Os documentos de referência do Programa definiam como condição básica e essencial os aspectos concernentes à administração de recursos humanos. Previa-se o estabelecimento de planos de cargos e salários no âmbito dos executivos federal e estadual, o que, imaginava-se, tornaria compatíveis as políticas de pessoal das instituições participantes; permitir uma maior movimentação de pessoal entre esferas de governo e instituições; estimular a formação de profissionais nas categorias consideradas mais escassas; estabelecer jornadas de trabalho compatíveis, com ênfase na dedicação exclusiva, e a introdução critérios de ingresso e promoção baseados no mérito e na impessoalidade, entre outras medidas e iniciativas. Neste domínio em particular, vale mencionar, os enunciados do Prev-Saúde tornam pela primeira vez explícitos, e com uma abrangência que se pretendia nacional, uma agenda de gestão do trabalho nas agências públicas de saúde (Prev-Saúde, [1981]).

A perspectiva da sua implementação se mostraria, no entanto, francamente contrária ao aprofundamento da crise global, marcada pela redução geral da atividade econômica, com expressão na capacidade de financiamento do Estado, inclusive do próprio setor previdenciário.

O Prev-Saúde terminaria por se tornar um dentre vários outros planos e programas relegados às prateleiras e, eventualmente, ao esquecimento. Todavia, embora o projeto em seu conjunto tenha sido abandonado, suas principais idéias organizadoras – a um só tempo, de síntese e de formulação original nos marcos do debate sanitário brasileiro – iriam ser retomadas e atualizadas em outros contextos e circunstâncias. No que concerne às questões centrais tratadas aqui, o Programa, ao propor a organização de um sistema de saúde em âmbito nacional, universal e hierarquizado, com foco na atenção básica, confe-

riu explícita centralidade ao tema dos recursos humanos. Procurou aprofundar a articulação entre a formação de pessoal e a experiência em serviço, assim como aos processos de gestão da força de trabalho. Neste sentido, atualizava e aprofundava a pauta original da Cooperação Técnica, em larga medida contemplada na formulação e implementação do PPREPS desde o seu início e enunciada nos documentos da sua renovação, entre 1978 e 1980 (Opas/Brasil, 1978; 1979; 1980).

No terreno da formação de pessoal de auxiliar, nos níveis elementar e técnico, a expectativa de implementação de um programa que objetivava alcançar a cobertura total da população no que concerne a atenção básica, suscitou a ampliação dos esforços voltados para a formação em massa de pessoal auxiliar. Uma das respostas a estas expectativas foi a implementação do chamado Projeto Larga Escala.

## O PROJETO LARGA ESCALA

Sob a expectativa de implementação do Prev-Saúde considerou-se fundamental realizar a formação em massa de pessoal de saúde para fazer frente às metas de expansão da cobertura dos serviços. Com este intuito foi proposto, em 1981, o Programa de Desenvolvimento de Sistemas de Capacitação em Serviço de Pessoal Auxiliar de Saúde, que rapidamente passou a ser referido no setor pela denominação Projeto Larga Escala (PDRHS, 1985a).

De acordo com sua concepção original, o Larga Escala atenderia a uma demanda de duzentos mil profissionais de nível elementar e médio. Todavia, o abandono do Prev-Saúde logo tornou desatualizadas estas ambiciosas metas quantitativas. Como alternativa, o Projeto Larga Escala conferiu centralidade aos aspectos metodológicos e marcou definitivamente a sua opção político-pedagógica pela formação do trabalhador em saúde em oposição às práticas restritas ao mero treinamento utilitário de habilidades.

Conceitualmente, por detrás da noção de ‘formação’ estava a de desenvolvimento integral das capacidades e potencialidades cognitivas do indivíduo, o estímulo ao aprimoramento de habilidades intelectuais e psicomotoras que não apenas se vinculariam ao exercício profissional. Teriam maior amplitude, se estendendo para a constituição do cidadão e o desenvolvimento da cidadania. Nesse sentido, em acordo com a legislação então vigente, o processo de formação se dividiu em dois componentes: de um lado, a formação



profissionalizante, coordenada e executada por pessoal de nível superior proveniente das secretarias estaduais; de outro, a educação geral, conduzida pelos departamentos de ensino supletivo das secretarias de educação.

Deste modo, o Larga Escala, sempre sob a liderança determinada da enfermeira Izabel dos Santos, se afastava da perspectiva mais utilitarista da capacitação de recursos humanos que teria guiado a implementação de inúmeros programas verticais de controle de endemias e, posteriormente, mesmo nos programas de extensão da cobertura mais recentes, como o Piass. Nestes, segundo os argumentos críticos, a capacitação era feita em pouco tempo, decorrente do caráter emergencial na implantação dos programas, com currículos voltados para tarefas normatizadas e certificados reconhecidos válidos somente no âmbito restrito da instituição promotora (PDRHS, 1985a: 3-7; 14-26).

Em cada estado da federação previa-se o estabelecimento de um Grupo Estadual de Coordenação com a função básica de coordenar, acompanhar e avaliar as atividades do Programa em âmbito estadual. Cada estado comportaria um determinado número de regiões, como uma forma de estrutura geográfica de organização do programa, e que, regra geral, correspondiam às áreas de atuação das diretorias regionais de saúde. A estratégia compreendia, também, a constituição de uma rede de Centros de Formação de Recursos Humanos. Estes seriam, por definição, unidades reconhecidas pelo sistema educacional, mediante a aprovação de seu documento regimental, teria a função de apoio administrativo e pedagógico requeridos pelo ensino em serviço ministrado e avaliado por instrutores da rede de serviços de saúde. Cada uma destas unidades deveria preferencialmente dispor de biblioteca especializada, além de uma secretaria escolar e um corpo técnico.

Assim, desde a concepção, o Projeto Larga Escala intuiu a necessidade de organização de um espaço que permitisse a validação dos processos de formação. Contudo, esse espaço, devido à especificidade dos alunos como trabalhadores de saúde, deveria romper com as estruturas vigentes. Nessa perspectiva, o conceito de Centro de Formação evoluiu para o de Escola de Formação Técnica de Saúde, idealizada e concebida a partir do pressuposto de que a escola formal regular existente pouco seria útil para o aluno/trabalhador que, em algum momento de sua vida, tinha sido excluído dessa escola. Portanto, a escola destinada à formação do pessoal de nível médio para os serviços de saúde deveria ter, como princípio primordial, a inclusão; buscar alternativas que incluíssem o trabalhador no processo de formação e o mantivesse até o final do curso; ser flexível e ofertar cursos descentralizados, de forma a atender

a todos os municípios. Nesse sentido, a escola destinada à formação de pessoal de nível médio para os serviços de saúde deveria ter currículos diferentes dos existentes na escola formal, com instrutores e supervisores de ensino que não se compreendessem como meros transmissores de conhecimentos, e sim como agentes mediadores do ensino e da aprendizagem. Ela se tornaria, nos termos da própria Izabel dos Santos, em vez de uma escola-endereço, uma escola-função, que se mobiliza para alcançar o aluno-trabalhador em seu próprio ambiente de trabalho e se organiza a partir do trabalho em sua dimensão pedagógica (Castro, Santana & Nogueira, 2002, p. 60-61).

O desafio metodológico do Projeto Larga Escala exigia, portanto, um desenvolvimento que primasse pela integração ensino e serviço, atendendo a uma necessidade fundamental: proporcionar qualificação específica a uma significativa parcela da força de trabalho inserida nas instituições de saúde, não afastando os trabalhadores de suas atividades. Tratava-se, portanto, de garantir processos educativos vinculados à prática do serviço e que propiciassem ao trabalhador adquirir habilidades e capacidades para pensar e agir. O projeto tinha como propósito possibilitar identidade profissional ao trabalhador por meio da construção sistematizada do conhecimento e de uma abordagem pedagógica crítico-reflexiva. Tinha, desta maneira – e sobretudo –, o compromisso com a reorganização dos serviços de saúde, atrelada ao processo de formação de pessoal.

A partir desses princípios, o primeiro passo foi pensar uma proposta pedagógica que atendesse às necessidades do trabalhador do setor Saúde, compreendido como uma pessoa adulta, marginalizada do sistema formal de educação e, no entanto, apta a construir conhecimentos e desenvolver habilidades específicas na formação plena de sua cidadania. Deste modo definia-se a dimensão política do projeto de formação em larga escala, no sentido de “[...] viabilizar a formação para a cidadania plena através de legitimação social de sua prática e sua qualificação específica” (Souza et al., 1991: 33). Nessa perspectiva, alguns pressupostos foram indispensáveis na definição da metodologia a ser desenvolvida para os processos de formação: a indissociabilidade entre o método e o conteúdo; a coerência com a natureza do objeto em construção; e a apropriação da estrutura do conhecimento pelo aprendiz.

Trabalhou-se, portanto, na construção daquelas que viriam a ser algumas das principais aquisições de todo o Projeto: uma metodologia de ensino que enfrentasse o desafio da integração docente-assistencial no âmbito da formação técnica; um currículo que atendesse às necessidades do aluno trabalha-

dor; uma escola onde o aluno pudesse adquirir o diploma sem abandonar o trabalho; um processo que contemplasse a preparação de pessoal dos serviços para o desempenho das funções de instrutores e supervisores.

O desafio pedagógico seria difícil para instrutores e alunos. Ambos deveriam se libertar dos modelos prescritivos. As reações dos alunos seriam registradas nas palavras de Izabel dos Santos:

Primeiro, os alunos ficaram irritados, diziam que as professoras eram preguiçosas e não ensinavam, e só faziam perguntas. [...]. O começo foi difícil. Teve uma turma no Piauí que se rebelou. Os alunos diziam, 'a gente veio aqui para aprender e não para ficar só respondendo perguntas'. [...] Eu procurava fazer com que eles se encontrassem no processo e percebessem o quanto eles eram importantes. O problema é que eles não acreditavam neles próprios. Eu entendia essa reação. Vejam, as pessoas sempre foram escravas e demitidas da função de pensar, então, qual é o raciocínio do aluno? Que ele vai fazer o curso, que o professor vai *ensinar*, e que ele vai *aprender*, não é assim? Ele não consegue imaginar que discutindo se aprende. (Castro; Santana & Nogueira, 2002: 67-68)

No triênio compreendido entre 1982 e 1984, o Larga Escala foi implementado em quatro estados da federação, segundo uma estratégia que compreendia ações em quatro níveis: (1) criação da infra-estrutura de coordenação, secretaria e biblioteca; (2) capacitação de pessoal de nível superior para o desempenho das atividades de instrução e supervisão; (3) a realização de cursos profissionais propriamente ditos nos níveis médio e elementar, classificados segundo o que era considerado o seu alto ou baixo teor de supletividade frente aos processos regulares e supletivos de ensino; e (4) o desempenho mesmo das ações de supervisão das atividades<sup>44</sup>.

O primeiro estado a ser contemplado foi o Piauí, com os cursos de capacitação de nível superior iniciando-se em março de 1982. Sua clientela foi composta por enfermeiros, em sua maioria (69%), seguidos de médicos, assistentes sociais e odontólogos, revelando um importante componente multiprofissional. Os próximos estados a se integrarem foram Rio Grande do Norte, em julho de 1982; Alagoas, em setembro do mesmo ano; e, por fim, Minas Gerais, em maio de 1983. Entre 1982 e 1984, no conjunto dos estados,

---

<sup>44</sup> Por *alto teor de supletividade* entendia-se um maior nível de articulação – quanto a currículos, prazos e necessidades operacionais do serviço – entre o curso ministrado e a formação escolar. O *baixo teor de supletividade* significava que o curso era desenvolvido de modo mais ou menos autônomos. (PDRHS, 1985b, [Anexo 27]).

as atividades de formação se concentraram em cursos destinados a visitantes sanitários e classificados pela coordenação do Projeto como de alta articulação com o ensino regular e supletivo, e, portanto, de alta supletividade.

Foram diferenciados os ritmos de desenvolvimento de cada estado no concerne à institucionalização do programa, à constituição dos grupos estaduais e dos centros de formação, secretaria e biblioteca. Neste particular, Rio Grande do Norte e Alagoas foram as unidades da federação mais rapidamente mobilizadas, respectivamente, para a formalização do Grupo de Coordenação Estadual e para instituição do Centro de Formação de Recursos Humanos<sup>45</sup>.

O desenvolvimento do projeto não deixou de enfrentar dificuldades. Em primeiro lugar, uma crítica que objetava quanto a um possível papel formador das instituições prestadoras de serviço de saúde mostrou-se ser sistemática e persistente. O encontro entre serviço – na perspectiva da saúde – e ensino – na perspectiva do MEC – conformava uma arena, no mínimo, conflituosa. Quanto a este ponto, os responsáveis pela cooperação Opas-Brasil e pela coordenação do Larga Escala retrucavam que o projeto era uma das alternativas possíveis para as dificuldades enfrentadas na introdução da capacitação profissional no ensino regular de segundo grau no país, exatamente pela presença do componente da integração ensino-serviço (PDRHS, 1985a: 7).

Além desta oposição de sentido mais doutrinário, o Projeto enfrentou vicissitudes diretamente relacionadas ao próprio esgotamento dos recursos mobilizáveis para a expansão da rede de serviços básicos, assim como para o suprimento material e humano da rede já instalada, o que – é importante ressaltar – deveria desempenhar um papel fundamental no próprio processo ensino/serviço. Esta restrição afetava particularmente a clientela focal dos primeiros anos do programa, representada pelos atendentes de saúde, envolvidos nas ações junto às populações rurais e pequenas localidades. Dispersos geograficamente, estes trabalhadores tinham seu desempenho mais drasticamente atingido pela situação crítica de funcionamento da rede, pela ausência de vacinas, medicamentos e outros recursos. E o atendente de saúde, transformado em visitante sanitário, deveria ser uma figura chave para os programas de extensão de cobertura.

---

<sup>45</sup> Vale indicar ainda que o projeto foi também desenvolvido no então recém instituído estado de Rondônia. Neste caso, porém, o seu desenvolvimento mostrou-se particularmente irregular e na altura de finais de 1984 cogitou-se de encerrar ali as atividades do Projeto (PDRHS, 1985a).

Por outro lado, as tarefas de formulação de currículos e de programação dos cursos ficaram, regra geral, excessivamente concentradas no nível central. A atuação dos membros locais tendia a se restringir a um mero acompanhamento burocrático das atividades, descuidando de todo e qualquer componente pedagógico. A constituição das equipes de supervisores, central na proposta pedagógica, repetia, em certa medida, o conhecido padrão de vulnerabilidade diante das injunções do poder local. O anseio por reformas e a militância mais engajada se defrontavam com a inércia do conservadorismo.

O Projeto, segundo o enunciado crítico de seus líderes, ressentia-se de uma maior coordenação no âmbito federal. Eram constantes os conflitos de autoridade entre esferas e instâncias, a par de uma reconhecida ambigüidade em torno da própria vinculação funcional do Grupo Assessor Principal, o núcleo executivo da cooperação técnica Opas-Brasil, em relação às autoridades ministeriais. À parte desta ausência de clareza a respeito dos respectivos papéis institucionais, no âmbito da cooperação técnica, havia também uma distribuição de recursos que não refletia as diferentes realidades e complexidades das iniciativas em desenvolvimento em cada estado. O repasse de recursos se operava via conta única das secretarias de educação, o que terminava por dificultar a utilização de recursos pelos projetos locais. Além disso, eram frequentes os cortes e interrupções no repasse de verbas já garantidas.

As dificuldades com o financiamento do Projeto diziam também respeito à desmontagem do Prev-Saúde. Ao longo de seus primeiros anos, o Projeto Larga Escala foi sustentado principalmente por aportes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura. Neste contexto, a ausência do Ministério da Previdência e Assistência Social como um ente apoiador mais efetivo comprometia, de certa maneira, a legitimidade institucional e a própria eficácia de toda a iniciativa. Permanecia, portanto, o desafio da integração entre estas áreas fundamentais na prestação dos cuidados em saúde. Sua resolução seria, em última instância, tarefa de uma nova república.

Em 1981, diante da grave crise de financiamento do sistema previdenciário, instituiu-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp). Este conselho fez recomendações expressas no sentido de reorientar a assistência médica previdenciária mediante a celebração de acordos conjunto entre as três pastas ministeriais mais diretamente envolvidas com a prestação de serviços de atenção médica. O Plano Conasp seria, em certa medida, uma base conceitual e política para a formulação do Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), no segundo semestre de 1983, ainda

como agenda restrita ao âmbito da Previdência. Em maio de 1984, apenas alguns meses depois, as Ações Integradas de Saúde passaram a ser implementadas como principal estratégia setorial, comportando um forte componente de articulação intersetorial, reforço da dimensão pública da saúde, regionalização e hierarquização dos serviços; valorização da atenção básica e desenvolvimento de recursos humanos, entre outros princípios caros ao pensamento reformador em saúde (Brasil. MPAS, 1984; Escorel, 1998: 183-185; Paim, 1986: 167-171).

## NOVOS RUMOS PARA INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

Ao mesmo tempo em que o Projeto Larga Escala era implementado, e também em estreita relação com as expectativas abertas pela formulação e proposição do Prev-Saúde, a Coordenação de Ciências da Saúde, da Secretaria de Ensino Superior do MEC, à época sob a responsabilidade de Frederico Simões Barbosa, lançou o Programa de Integração Docente-Assistencial, o Pida. A Cooperação Técnica Opas-Brasil em RH, na pessoa de José Paranaguá de Santana, compartilhou a redação técnica do documento-base (Coutinho, 2004: 428; Santana, 2006: e.2.;f.2.).

Em suas linhas gerais, este programa objetivou amparar o desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial no país. Para isto, o Pida procurou estimular a criação dos chamados Distritos Docente-Assistenciais (DDA)<sup>46</sup>, com o intuito de viabilizar uma maior regionalização e hierarquização da assistência médica e das iniciativas de integração ensino-serviço no setor da saúde. Procurou também estimular, com o apoio de instâncias do MEC, um processo de transformação das bases curriculares dos cursos da área de saúde, de forma a permitir a aproximação do processo de formação de recursos humanos às necessidades dadas pelo avanço da racionalização dos serviços de saúde.

---

<sup>46</sup> Os Distritos Docente-Assistenciais seriam definidos a partir de características gerais como extensão geográfica e funcional, níveis de atenção e aspectos demográficos e socioeconômicos. Cada DDA se transformaria em uma base física e funcional para a realização dos projetos IDA, como também se constituiria como seu lócus administrativo (Sesu/MEC, 1981:23). Em certa medida, um Distrito correspondia a uma Região Docente-Assistencial na terminologia utilizada até então.

Nesse ponto, cabe salientar que o Programa pretendia promover o desenvolvimento de atividades de pesquisa voltadas para os interesses das comunidades, bem como estimular a criação de estratégias que permitissem uma maior participação dos representantes destas em todo o processo. Tencionava também contemplar todas as categorias profissionais de saúde, em todos os níveis de formação de recursos humanos e prestação de serviços. Todavia, seu tom era marcadamente dirigido às instituições de ensino superior, um dos pontos mais problemáticos do desenvolvimento da Cooperação Técnica em seus anos anteriores.

Esse foco no ensino superior e o protagonismo da Secretaria de Educação Superior (Sesu) na proposição do novo programa IDA sugerem que sobre ela recaiu grande parte das responsabilidades institucionais na direção do programa, como parte, inclusive, de suas competências no que concerne ao ensino universitário das profissões da saúde. Desde finais da década anterior, as iniciativas de IDA recebiam apoio substancial da Fundação Kellogg. Deste modo, é como um dos componentes deste arranjo que a Cooperação Técnica Opas-Brasil compartilhava a condução institucional do programa.

Os responsáveis pela elaboração do documento-base do Programa IDA assinalaram o que seriam, segundo a sua análise, os limites das iniciativas de saúde comunitária em andamento, consideradas tópicas e restritas, e a sua impossibilidade de realizar uma transformação efetiva das práticas docentes no que se refere à uma efetiva integração entre ensino e serviços. Seria preciso promover a sua generalização no ambiente universitário e uma gradativa participação de todas as instituições envolvidas com a atenção em saúde e a assistência médica (secretarias de saúde, Inamps) e com os processos educativos (universidades, secretarias de saúde) na mesma área de execução de cada projeto. (Sesu/MEC, 1981: 15-29).

A coordenação geral seria realizada centralmente por técnicos da Secretaria de Educação Superior (Sesu), do Ministério da Educação, com assessoramento do GAP. A integração e coordenação dos projetos locais seria função de um Grupo de Integração Docente Assistencial (Gida), cuja responsabilidade seria planejar, coordenar, acompanhar e avaliar os programas a serem realizados nos DDAs. O Gida, por seu turno, seria composto por representantes dos serviços de saúde, da previdência social e das universidades. Ainda que o documento do programa não regulamente a participação de representantes da comunidade, estes são também considerados na organização da Gida.

A apresentação impressa do programa recuperava, ponto a ponto, os princípios que norteavam aquela que deveria ser a expansão da atenção primária à saúde, à luz das diretrizes da saúde internacional tanto no que concerne aos enunciados da Opas a respeito da expansão da cobertura da atenção médica, quanto à Saúde para Todos no Ano 2000, como meta global enunciada pela OMS e à estratégia da atenção primária em saúde. Considerando o movimento de aproximação entre o MS e o MPAS na formulação do Prev-Saúde, dirigia-se principalmente à comunidade universitária da saúde, conclamando-a a uma profunda transformação das práticas dominantes de modo a resgatar aquele que seria uma responsabilidade histórica da universidade. Seria preciso considerar, segundo a Sesu/MEC, uma necessária participação popular no planejamento, condução e avaliação das práticas docentes e de atenção; uma progressiva adoção de uma concepção gradualmente integradora dos currículos, que afirmasse a necessidade de uma formação generalista, orientada por problemas epidemiologicamente relevantes; e que fosse capaz de promover a superação das dicotomias entre ensino básico e clínico, entre teoria e prática; entre ensino e serviço; entre atenção promotora e preventiva e os cuidados curativos; entre o hospital universitário e a rede serviços básicos; e que superasse, deste modo, ainda segundo o documento de lançamento do programa, uma já clássica concepção entre ensino, pesquisa e extensão, como dimensões estanques da missão da universidade (Sesu/MEC, 1981: 5-11).

Mais do que isso: a Sesu-MEC prospectava que, sob a sua coordenação, com assessoria da Cooperação Técnica Opas-Brasil, um novo e abrangente Programa de Integração Docente-Assistencial fosse capaz de superar aqueles programas comunitários considerados localmente circunscritos e, por isso mesmo, ingênuos em suas pretensões quanto à sua capacidade de transformação do ensino superior em saúde. Desta forma, sob a égide de um Prev-Saúde – que hoje sabemos hipotético – o enunciado programático para a integração docente-assistencial estabelecia a sua inscrição em um movimento de larga envergadura, voltado, em seus próprios termos, para uma completa reformulação do que seriam a conceituação e a prática da atenção à saúde. Movimento de tal abrangência teria, como sabemos, de esperar alguns anos mais.

Entre os últimos anos da década de 1970 e durante a primeira metade da década de 1980, foram vários programas e projetos de integração docente-assistencial desenvolvidos nas universidades brasileiras, em geral, resultantes



de uma reconfiguração das iniciativas de extensão típicas da medicina comunitária<sup>47</sup>. Sua distribuição regional chegou a alcançar treze estados com sensível concentração, todavia, nas universidades do Sudeste. No conjunto de programas, os cursos mais freqüentemente contemplados foram, pela ordem: medicina, enfermagem, odontologia e serviço social. Era também digna de nota a preponderância de projetos conduzidos nos departamentos de medicina preventiva, secundados, de longe, pelos de pediatria, seguidos pelos de tocoginecologia e psiquiatria/psicologia. A maior parte das experiências, como já mencionado, contou com o apoio financeiro da Fundação Kellogg e não foram poucas as que enfrentaram dificuldades quando este apoio reduziu-se (Feuerwerker & Marsiglia, 1996: 26).

Em 1982 a Federação Pan-Americana de Faculdades (escolas) de Medicina (Fepafem), a Opas e a Fundação Kellogg estabeleceram em conjunto o Programa de Análise da Integração Docente-Assistencial (Proaida), com alcance continental. A experiência brasileira foi objeto de uma reunião na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que, ao fim e ao cabo, terminou por reiterar as dificuldades já registradas pelos projetos diretamente apoiados pela Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos. Dentre os problemas identificados, incluíam-se: o conservadorismo da universidade brasileira, a desarticulação estrutural entre as instituições formadoras e as prestadoras de serviço, a freqüente limitação das iniciativas ao mero efeito-demonstração, tornando-as inócuas quanto a sua capacidade de, pela generalização, produzir alteração substantiva das práticas docentes e na qualidade do cuidado médico. Também ficou registrado que de modo mais ou menos regular ocorria um divórcio entre as esferas decisórias do projeto e os níveis de execução direta, o que, no mais das vezes, produzia um cenário de baixa resolutividade. Naquela ocasião, propôs-se que os projetos IDA deveriam superar aquela que seria uma fase preliminar – “empírica” – de sua evolução para atingir maior “base científica”, mediante a utilização de critérios populacionais e clínico-epidemiológicos na definição do escopo e metas de trabalho. Igualmente seria o momento de também superar a fase de desenvol-

---

<sup>47</sup> A literatura retrospectiva sobre o desenvolvimento dos projetos IDA no Brasil fornece poucas informações sobre a evolução quantitativa dos projetos ao longo dos anos 1980. Em 1992 eram cinquenta projetos em desenvolvimento no Brasil (Marsiglia, 1995:62). Além do trabalho de Marsiglia, informações sobre essa trajetória histórica encontra-se em Chaves (1994), Rocha (1985) e Feuerwerker & Marsiglia (1996).

vimento de projetos-piloto e atingir a formulação de macro-modelos passíveis de aplicação generalizada (Rocha, 1985:202).

Era ainda presente, em meados da década, uma crítica que pretendia dar conta das dimensões estruturais e determinantes na conformação das práticas de ensino e das suas relações. Nesta linha, em sintonia com os trabalhos de Donnangelo (1976) e Rodriguez Neto (1979), a IDA era percebida ora como mais uma tentativa de imprimir componentes de maior racionalidade a estes processos, ora como uma nova forma de promover atitudes idealistas e voluntaristas, sem, no entanto, em ambas leituras, alterar substantivamente a realidade.

Em 1983, com o intuito de constituir o que seria uma instância de coordenação nacional dos projetos IDA, a Fundação Kellogg e a Capes instituíram o Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais da Saúde (Papps), articulando em formato de rede sete centros regionais e uma coordenadoria geral (Rocha, 1985: 201). A partir de então, a articulação em rede seria, de fato, uma tendência duradoura na forma de organização do conjunto dos projetos IDA no Brasil.

De qualquer modo, os termos e a forma de organização do relatório de 1984, da Cooperação Técnica Opas-Brasil, elaborado em abril de 1985, sugerem que a integração docente-assistencial perdia força como item da agenda programática da própria cooperação. Este quadro, como será visto mais adiante, seria alterado no contexto da Nova República.

## COOPERAÇÃO TÉCNICA EM NOVAS BASES

À medida que chegava ao fim o período de Héctor Acuña como diretor da Opas (1975-1983), o governo brasileiro e, em particular, o Ministro da Saúde Waldyr Arcoverde movimentaram-se no sentido de eleger Carlyle Guerra de Macedo, então coordenador da cooperação Opas-Brasil em RH, como Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde. A proposição brasileira terminou vitoriosa, ainda que sofresse a oposição de alguns países latino-americanos e dos Estados Unidos da América. O nome de Guerra de Macedo foi capaz também de superar antigas restrições do Serviço Nacional de Informações. Segundo as suas próprias memórias, o seu perfil, considerado ligado ao desenvolvimentismo mais à esquerda, seria então adequado ao posto e eleitoralmente viável, na avaliação de um Golbery do Couto e Silva, recém-exone-

rado no cargo de Ministro Chefe do Gabinete, mas ainda muito influente nos círculos palacianos<sup>48</sup>.

Em finais de 1982, o brasileiro foi eleito, superando o peruano David Tejada de Rivero, figura de grande prestígio internacional, tendo sido Ministro da Saúde em seu país, Subdiretor Geral da Organização Mundial de Saúde durante a gestão de Halfdan Mahler e braço direito deste na realização da Conferência de Atenção Primária de Alma-Ata, em 1978. O médico Roberto Passos Nogueira foi designado, em 1983, coordenador da Cooperação Técnica, em substituição a Carlyle Macedo. Nogueira permaneceria neste posto até o final do ano, quando seria sucedido pelo também médico Cesar Vieira, que então concluíra seus estudos de mestrado na Inglaterra. A tarefa de Vieira seria reorganizar a cooperação técnica Opas-Brasil, passando a considerar, além dos recursos humanos, os temas da organização dos serviços e da ciência e tecnologia em saúde, temas estes que gradativamente se tornavam mais presentes na agenda da cooperação.

De fato, paralelamente, a cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos, vivenciava um processo de progressiva ampliação de seus objetos e, em alguma medida, a experiência de elaboração do Prev-Saúde constituiu um ensaio deste movimento. Entre 1982 e 1984, esta tendência se aprofundou, terminando por legitimar-se com adoção, neste último ano, de três componentes programáticos formalmente anunciados nos termos de referência e relatórios produzidos (PDRHS, 1985a). O primeiro componente, sob a denominação de *Pessoal de Saúde*, dava conta do conjunto de ações tradicionalmente contempladas pela cooperação técnica até então. O segundo e o terceiro componentes organizavam as novas áreas de atuação àquela altura formalizadas, sob as denominações, respectivamente, de *Ciência & Tecnologia em Saúde* e *Sistemas e Serviços de Saúde*.

O componente *Pessoal de Saúde*, fundamental para os objetivos desta obra, será analisado mais adiante em maior profundidade. Será precedido, todavia, de alguns comentários sobre as novas áreas contempladas na programação, permitindo uma visão de conjunto acerca dos novos marcos organizadores da cooperação técnica nos primeiros dias do governo de José Sarney (1985-1989), que completaria a transição democrática.

---

<sup>48</sup> As circunstâncias da eleição de Carlyle Macedo, assim como suas implicações imediatas por certo merecem a atenção dos historiadores. Todavia elas estão além dos objetivos deste trabalho. Para um depoimento pessoal de Carlyle Macedo, ver: Macedo, 2005.

O componente de *Ciência e Tecnologia em Saúde* vinha sendo desenvolvido de forma incipiente desde 1981 a partir de uma série de atividades de assessoria em torno do tema do planejamento em Ciência & Tecnologia. Em 1983, uma aproximação com o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq), suscitou a elaboração dos documentos de referência e uma ativa participação do GAP na Reunião Latino-americana sobre Indicadores da Atividade Científica em Saúde, realizada em Washington, sob a coordenação de Juan César Garcia. No ano seguinte, a Opas, com o apoio direto do GAP, definiu uma programação de trabalho para a cooperação técnica no ensino e pesquisa, que envolvia a realização de estudos de situação na América Latina e Caribe. Os trabalhos desenvolvidos no Brasil foram feitos em parceria com o CNPq e apresentados, em novembro de 1984, na I Reunião sobre Cooperação Científica em Saúde na América Latina, realizada em Brasília.

Em sintonia com as propostas decorrentes da reunião, o GAP, a partir de meados dos anos 1980, apoiou a criação de núcleos de tecnologia em saúde no Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e na Ensp/Fiocruz e na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Paralelamente, o GAP liderou a realização de reuniões itinerantes sobre planejamento de C&T em Saúde no México, Cuba, Colômbia e no próprio Brasil.

A experiência do PDRHS neste domínio não só constituiu uma sensível inovação em termos nacionais na história da cooperação técnica como permitiu a própria OPAS aperfeiçoar, em termos regionais, seus modos de operação em uma área para a qual era conferida uma crescente relevância estratégica.

No âmbito mais interno à Opas-Washington e à Representação no Brasil, o GAP procurou aperfeiçoar mecanismos de coordenação e realizar uma avaliação das performances com levantamento da situação dos centros colaboradores da Organização no Brasil e na América Latina, estabelecer critérios visando a otimização da alocação de bolsas outorgadas pela Opas no Brasil, além de outras medidas (PDRHS,1985a:18-23).

O componente *Sistema e Serviços de Saúde* também foi formalmente definido em 1984. Contudo, ele teve origem mais remota, pois foi fruto da convergência de duas linhas de trabalho. Uma delas foi referente à atividade de assessoria exercida, desde o final dos anos 1970, pelo grupo técnico em temas relativos à organização do sistema de saúde brasileiro, iniciativa situada fora do escopo imediato do tema de recursos humanos. A própria elaboração do Prev-Saúde, foi uma das ações empreendidas nesta linha de atuação. Simultaneamente aos trabalhos no âmbito do PDRHS, também sob responsabilidade

da Opas, outras ações tópicas eram desenvolvidas neste domínio, o que representava a possibilidade de atividades superpostas e o risco de redundância. No início de 1985, pretendia-se promover uma maior articulação e consolidar a presença da cooperação em uma área de temática decisiva no momento em que a abertura democrática abria novas perspectivas para o movimento da reforma sanitária brasileira.

Em 1982, a cooperação técnica Opas-Brasil elaborou um denso termo de referência propondo aquele que seria o Programa de Investigação em Serviços de Saúde (Piss). Neste documento, considerando que uma melhor definição de políticas de saúde, em acordo com a realidade social e as carências de organização e racionalidade dos sistemas e serviços de saúde, demandava uma maior base técnico-científica, propunha-se um extenso programa de investigação, com sete áreas temáticas. Entre estas se incluíam: modalidades assistenciais; organização institucional do setor, inclusive seus componentes de financiamento; profissionais de saúde; e prática médica e políticas sociais (PDRHS, 1985a).

Em 1984, em colaboração com o Ministério da Saúde e o Centro Nacional de Recursos Humanos, do Ipea, a cooperação apoiou a implementação de um programa de investigação em política de saúde, de acordo com os termos de referência do Programa de Investigação sobre Serviços de Saúde (Piss). Nesta linha, o GAP colaborou com o Ministério da Saúde, o CNPq, a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e a Abrasco em diversas iniciativas de pesquisa relativas ao campo da Saúde Coletiva, permitindo a consolidação de programas de pesquisa no Instituto de Saúde da Secretária Estadual de Saúde de São Paulo e no Núcleo de Estudos Integrados de Saúde da Unicamp, entre outros projetos também articulados às atividades do GAP. Dentre as pesquisas mais abrangentes incluía-se aquela que, desenvolvida em colaboração com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, empreendeu o mapeamento e a elaboração de um perfil dos cerca de quinhentos projetos de investigação em serviços de saúde então em execução.

Esta iniciativa em particular representava mais um esforço no sentido de ampliar a capacidade de coordenação das pesquisas em andamento e de imprimir maior racionalidade aos gastos com financiamento, como parte de uma articulação mais geral das agências públicas dedicadas ao tema no país.

## O COMPONENTE DE RH NO NOVO CENÁRIO

Ainda que estes novos componentes representassem desdobramentos importantes da matriz original da cooperação, os temas e ações referentes ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde permaneceram como os mais importantes, tanto no que concerne ao tempo de dedicação da equipe central do Programa, quanto ao volume de recursos financeiros envolvidos. Na altura do início de 1985, e sob o nome genérico de *Pessoal de Saúde*, o componente reunia sete projetos/atividades distintos: (1) Desenvolvimento de recursos humanos para as Ações Integradas em Saúde; (2) o Projeto Larga Escala, sob a denominação oficial Formação de Pessoal Auxiliar em Serviço; (3) Treinamento em áreas prioritárias; (4) Educação continuada; (5) Educação superior em saúde; (6) Modernização da administração de pessoal e (7) Estudos sobre pessoal de saúde. As atividades referentes ao Projeto Larga Escala, às Ações de Treinamento em Áreas Prioritárias e às atividades de Educação Superior em Saúde eram, em seu conjunto, as mais expressivas, em termos de volume de trabalho.

O Projeto Larga Escala – cujos principais elementos já foram comentados alguns parágrafos atrás – vivia então a expectativa de um processo de dinamização. Este era em boa medida a sua revalidação como estratégia relevante no terreno dos recursos humanos em saúde. De fato, em novembro de 1985, já no percurso do governo Sarney, uma resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) definiria o Projeto Larga Escala como estratégia prioritária na preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde, ao mesmo tempo em que ratificava a participação do ministérios da Saúde e Educação, das secretarias estaduais de saúde, de educação e da Opas no desenvolvimento e consolidação do projeto, assim como incorporava o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social, ao sistema de formação proposto pelo projeto (Ciplan, 1985).

Valendo-se da metodologia desenvolvida pelo Projeto Larga Escala e do seu componente de integração entre ensino e serviço, coube à equipe da cooperação técnica do GAP desenvolver programas de capacitação de pessoal em áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde. Desta forma, a atividade de *Treinamento em Áreas Prioritárias* incluiu, no âmbito do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança (Paimsc), a realização de

ações de treinamento para médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório e atendentes, categorias profissionais consideradas fundamentais para o desenvolvimento do programa.

A atividade orientada para a *Educação Superior em Saúde* esteve, na altura da metade da década de 1980, concentrada no apoio aos cursos de graduação de enfermagem e medicina. No ensino de enfermagem, a cooperação técnica atuou como referência para os processos de desenvolvimento curricular e de tecnologias educacionais. A principal clientela institucional permanecia localizada nas universidades do Nordeste, entre as quais as do Maranhão, da Bahia, e do Sergipe. Porém, a cooperação também atendeu às instituições do sudeste, entre estas a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade de São Paulo, tanto na capital do estado quanto em Ribeirão Preto, e a Universidade Estadual de Campinas. Também quanto ao ensino de enfermagem o GAP assessorou a elaboração de um programa de cooperação horizontal entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A Cooperação Opas-Brasil em RH, com o apoio da Universidade Federal de Uberlândia, em relação às tarefas de processamento eletrônico de dados, empreendeu a realização de um cadastro nacional de escolas médicas. Os dados coletados e sistematizados foram objeto de uma série de seminários regionais ao longo de 1984 com vistas à publicação de uma síntese analítica pelo GAP, em colaboração com a Secretaria de Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura (Santana, 2006: e.2; f.3).

Coube também à Cooperação Técnica realizar a uma avaliação programática e de operação no Brasil do Programa Ampliado de Livros-Texto (Paltex), destinando a publicação subsidiada de obras didáticas para o ensino superior das profissões de saúde. Propôs-se uma descentralização da gestão do programa, uma solução que sofreu restrições de várias ordens por parte da Fundação Pan-Americana da Saúde e Educação (Pahef), a sua gestora em toda a região das Américas. Como solução intermediária, a partir de 1984, a Fundação de Amparo ao Estudante passou a responsabilizar-se pelos seus aspectos operacionais no Brasil, ficando o GAP encarregado da orientação técnica e programática. Nos anos seguintes esta orientação passaria a contemplar a seleção, preparação e publicação de materiais instrucionais para a capacitação de nível médio em saúde (Santana, 2006: e.2, f.3).

Quanto aos investimentos em *Educação Continuada*, procurou-se inicialmente articular ações de capacitação em serviço em andamento nas secretarias estaduais e municipais no intuito de se constituir um projeto de características

globais a ser apoiado pela Opas e pela Cooperação. Reuniões realizadas com este propósito revelaram a inviabilidade da proposta, tendo em vista as diferentes concepções e alternativas metodológicas adotadas nas diferentes regiões do país. Assim, optou-se por realizar algumas atividades isoladas com a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí e de Minas Gerais, com o Nutes/UFRJ e outros órgãos.

Gradativamente o componente da gestão do trabalho em saúde se tornaria mais relevante na construção da pauta da Cooperação Técnica. Com regularidade sua equipe era convocada a apoiar a secretarias estaduais e municipais de saúde para a elaboração, implantação e revisão de planos de cargos e salários, ainda que a crise fiscal generalizada, tenha restringido as possibilidades de uma abordagem integral das questões neste domínio. Nesta direção, o GAP colaborou com as secretarias estaduais do Piauí, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, e, ainda, com a secretaria do município do Rio de Janeiro. Da mesma forma, a Cooperação Técnica era acionada para apoiar o desenvolvimento institucional dos órgãos de recursos humanos nos estados e municípios.

Em 1984, em uma linha de trabalho que dois anos mais tarde se tornaria central para a cooperação, foi conferida prioridade para a capacitação nas funções de gerência e desenvolvimento de recursos humanos. O GAP promoveu a realização de um Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos, tendo assumido para tanto as responsabilidades de planejamento, execução e suporte financeiro da iniciativa (PDRHS, 1985a: 1-15).

Em meados da década de 1980, a equipe do Acordo de Cooperação Técnica havia também se expandido. Em parte como consequência da própria ampliação de seus temas e áreas de atuação; de outra parte como fruto de um processo de re-ordenamento interno à própria Opas e da sua representação no Brasil.

Cesar Viera, coordenador da Cooperação, compartilhava com Danilo Garcia, Francisco Salazar e Propício Caldas Filho o componente de *Sistemas e Serviços de Saúde*. O ingresso de Alberto Pellegrini, em 1980, com experiência anterior voltada para temáticas ligadas à organização de sistemas de saúde e à ciência & tecnologia, possibilitaria um contínuo e firme desenvolvimento do novo componente de *Ciência e Tecnologia*. Em 1984 ele era apoiado por Antonio Briquet de Lemos, indicado pelo Ministério da Saúde.

No componente *Pessoal de Saúde*, Izabel dos Santos, José Paranaçuá, Roberto Nogueira e Francisco Lopes, membros veteranos, eram, em 1985,



secundados por Ena Galvão, Glória Briceño, Thereza Grandi e Suzana Alayo e formavam a equipe mais numerosa.

No contexto da expansão dos temas e atividades da Cooperação e da implantação das AIS como estratégia central do setor saúde – que inclusive permitia, segundo análises da época, um maior espaço de atuação político-institucional por parte do movimento reformador da saúde – a equipe do GAP sugeriu a extinção da Comissão de Coordenação, a instância de orientação e articulação da Cooperação Opas-Brasil<sup>49</sup>. Propunha-se que esta função de coordenação estratégica passasse a ser exercida pela Ciplan, que desde 1980 caracterizava-se como sendo a primeira instância de planejamento conjunto à área da saúde pública e com a medicina previdenciária.

Àquela altura, a proposta defendida pelos membros do GAP procurava ajustar as funções de coordenação à nova amplitude assumida pela Cooperação, uma vez que esta já se ocupava de temas que transcendiam aos estritos limites das questões de desenvolvimento de recursos humanos. A Ciplan fora desenhada para funcionar como instância estratégica de articulação em alto nível decisório, sendo composta pelos secretários gerais e pelas secretarias técnicas de cada pasta. Por meio da Portaria Interministerial n° 3, de abril de 1984, o Ministério da Educação e Cultura passou também a compor o conjunto de pastas ministeriais com assento na Ciplan. Deste modo, esta passava representar exatamente o tipo de arranjo institucional pretendido pelo GAP para a condução de uma cooperação que agora se voltava para uma abordagem integrada de temas referentes à organização dos serviços, ao desenvolvimento científico e tecnológico, assim como dos recursos humanos. (PDRHS, 1995a: 47-48).

Em certa medida, a definição da Ciplan como ente responsável pela orientação institucional das atividades do PDRHS implicava também, aos olhos do GAP, aprofundar o que seria um necessário processo de nacionalização das atividades tipicamente de governo então sob a responsabilidade da equipe da Cooperação Técnica Opas-Brasil.

Em 1985, o *9º Termo Aditivo ao Acordo para um Programa Geral de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*, firmado pelos ministros Carlos Sant’anna, da Saúde, Marco Maciel, da Educação, Waldir Pires, da Previdência e Assistência Social, Renato Archer, da recém-criada pasta da Ciência e Tecnologia, e por

---

<sup>49</sup> Para o contexto e os debates em torno da implantação das Ações Integradas de Saúde, ver Paim, 1986: 167-171.

Florentino Garcia Scarponi, representando a Opas, iria dar tintas formais ao processo de expansão dos âmbitos de atuação e da base institucional da Cooperação Técnica.

Nesse instrumento, com vigência estipulada até dezembro de 1988, não só o novo Ministério da Ciência e Tecnologia foi incorporado ao programa de cooperação, como os objetos desta última passaram a ser expressamente definidos como orientados à expansão e à melhoria da infra-estrutura dos serviços de saúde e ao aperfeiçoamento dos meios de coordenação entre instituições e atividades nesta área. Por infra-estrutura de serviços de saúde considerava-se as atividades de planejamento e organização de sistemas e serviços de saúde; o desenvolvimento de recursos humanos e, por fim, pesquisa científica e tecnologia em saúde. O mesmo instrumento, confirmou a expectativa da equipe do GAP em transferir à Ciplan as atribuições de coordenação, que antes eram da alçada da Comissão de Coordenação. Este mesmo instrumento atribuiria uma nova denominação para a cooperação técnica: *Cooperação para o Desenvolvimento da Infra-estrutura de Serviços de Saúde no Brasil*.