

Parte I

O legado dos pioneiros

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.

5. O LEGADO DOS PIONEIROS

No contexto da Nova República, da mobilização em torno da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e do funcionamento do Congresso Nacional Constituinte, da implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), a ampliação da agenda da cooperação e a complexificação das suas parcerias institucionais terminariam por impor uma paulatina dissolução do seu núcleo técnico original.

De fato, em 1985, refletindo essa expansão de temas, objetos, e ações, o Programa sofreu um novo processo de institucionalização, já sob a égide da Nova República e dos anos terminais do regime autoritário. O Ministério da Ciência e Tecnologia passou a integrar o elenco de pastas ministeriais participantes da cooperação e esta passou a incluir, entre os seus objetivos formais, além do desenvolvimento de recursos humanos, o aperfeiçoamento da infraestrutura de serviços de saúde e das políticas e programas de pesquisa científica e tecnológica em saúde, com uma correspondente alteração do peso relativo dos recursos disponibilizados para cada item programático.

Nos anos seguintes, a cooperação, a sua agenda e os seus personagens se viram imersos em momentos decisivos na reforma sanitária brasileira, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e na proposição de um sistema de saúde único e universal. A conjuntura registra a dispersão da boa parte do seu grupo pioneiro em direção a novos postos na Opas e no Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A própria denominação Grupo Assessor Principal tornava-se cada mais rara nos próprios documentos da cooperação. Em 1987, ela seria oficialmente abandonada.

Descrevem-se, neste capítulo, essas alterações vivenciadas pela Cooperação Técnica, assim como os seus desdobramentos. Mantida a ênfase nos temas dos recursos humanos, serão especialmente discutidas a realização da Conferência Nacional de Recursos Humanos e das políticas nesta área implementadas pelo Inamps, iniciadas na gestão de Hésio Cordeiro como presidente do instituto.

O capítulo se encerra com a discussão daqueles que seriam os principais legados da cooperação.

RECURSOS HUMANOS RUMO À REFORMA SANITÁRIA

Em 1985 começa a diáspora. Neste ano, Cesar Vieira deixou a Coordenação do GAP, sendo substituído por Roberto Passos Nogueira, já integrante da equipe e que ocuparia o posto até o ano seguinte, quando foi substituído pelo odontólogo mineiro Eugênio Vilaça Mendes. O destino de Vieira seria, na sede da Opas em Washington, as áreas de planejamento e avaliação da cooperação técnica da organização para a América Latina. No ano seguinte, Roberto Passos Nogueira e Alberto Pellegrini Filho também passariam a ocupar postos na sede em Washington, dedicando-se, respectivamente, à pesquisa em recursos humanos e à gestão de ciência e tecnologia, agora em âmbito continental. Danilo Garcia passou gradativamente a se ocupar de missões institucionais da Opas junto aos governos latino-americanos, entre estes os da Argentina, da Bolívia e do Uruguai. Os demais veteranos – entre estes e de forma especial Francisco Lopes, José Paranaguá Santana e Izabel dos Santos – manteriam as conexões mais diretas com o desenvolvimento de recursos humanos em saúde e com as iniciativas institucionais brasileiras neste domínio. Paranaguá, no entanto, iria fazê-lo a partir de um novo posto, junto à nova presidência do Inamps.

Em maio de 1985, a convite de Hésio Cordeiro, então recém-empossado como presidente do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), José Paranaguá de Santana assumiu a cargo de diretor de Modernização Administrativa e Desenvolvimento de Recursos Humanos naquele instituto. A primeira tarefa de Paranaguá de Santana foi estabelecer um Departamento de Recursos Humanos, como parte da estrutura permanente do instituto. Esta missão, inicialmente tópica e com duração prevista para alguns meses, terminou por se desdobrar em um vínculo mais permanente, alongando-se até maio de 1988.

Em meados da década, o Inamps havia se constituído em verdadeiro baluarte do movimento da reforma sanitária brasileira. A implantação das Ações Integradas de Saúde, mediante a celebração de convênios com estados e municípios, recebeu um vigoroso impulso⁵⁰. Da mesma forma, realizou-se uma reversão da histórica tendência de orçamentos declinantes para o financiamento da assistência médica previdenciária, o que possibilitou, entre outras iniciativas, a recuperação da rede hospitalar própria. E ao propor a implantação do Suds, como parte do esforço para prestação de um atendimento médico universal e integral, e que contemplava a descentralização político-administrativa e a participação social na gerência dos sistemas e serviços de saúde, o Inamps, àquela altura, reafirmava e produzia conseqüências práticas para vários dos princípios caros ao movimento.

O período da gestão Hésio Cordeiro correspondeu também àquele da ampla mobilização para a realização, em Brasília, em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Este evento teve como, objetivos centrais, a discussão da reorganização do Sistema Nacional de Saúde e, sobretudo, criar condições que permitissem, com significativo êxito a institucionalização dos princípios fundamentais da reforma, naquele que seria o texto constitucional de 1988.

A Cooperação Técnica e, individualmente, vários dos componentes da sua equipe tiveram papel ativo nos bastidores desta Conferência. Da mesma forma, a presidência e diretorias dos Inamps constituíram-se em uma das bases políticas e institucionais mobilizadas para a sua realização.

Os aspectos gerais do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde são bem conhecidos e discutidos⁵¹. No domínio dos recursos humanos, o relatório identifica como causas das precárias condições dos serviços de atenção à saúde: aquela que seria uma inadequada formação dos recursos humanos, tanto no que concerne aos seus conteúdos técnicos quanto “aos seus aspectos éticos e de consciência social”; e, no plano mais estrito de uma administração de RH, utilização do pessoal de saúde sob condições consideradas insatisfatórias de remuneração e trabalho e a sua contratação baseada em práticas clientelistas (Brasil. VIII CNS, 1986: 6-7).

Dado este diagnóstico, o Relatório Final propôs princípios orientadores para a gestão e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, no âmbito

⁵⁰ Entre 1985 e 1988, as AIS passaram de 112 para 2.800 municípios envolvidos (Buss, 1988: 346).

⁵¹ Para a história da VIII Conferência e do Sistema Único de Saúde, ver Lima et al., 2005. Para o texto completo do Relatório, ver <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/8conferencia.pdf>.

de seu tema n. 2, dedicado aos princípios gerais de organização do Sistema Único de Saúde. Assim, estabelecia-se que deveriam ser perseguidos: (1) uma remuneração condigna e isonômica; (2) uma formação integrada ao sistema de saúde, assim como a capacitação permanente de pessoal; (3) a realização de concurso público como meio de ingresso e a estabilidade no emprego e a dedicação exclusiva como regimes preferenciais; (4) a composição multiprofissional das equipes de saúde, considerando o quadro epidemiológico das regiões e os padrões mínimos de cobertura a serem atingidos; (5) o exercício do direito de greve e de sindicalização; (6) a inclusão nos conteúdos dos processos de formação e capacitação das denominadas práticas terapêuticas alternativas; e, ainda, (7) a incorporação dos agentes populares de saúde como categorial formal e remunerada de trabalhadores, principalmente para a realização de atividades de educação para a saúde e cuidados primários (Brasil. VIII CNS, 1986: 11-12).

Além de estabelecer estas orientações, a VIII Conferência recomendou a continuidade do processo de debate e a realização de processos complementares para a discussão em maior detalhe e formulação de políticas para os temas específicos. Assim, em outubro de 1986, também em Brasília e escassos sete meses depois da Conferência Nacional, realizou-se a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, sob o tema “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”⁵².

Promovido pelas pastas da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social e pela Opas, o evento foi coordenado, por delegação da Ciplan, por uma comissão constituída por Ana Rosa Bogliolo e Maria Regina Vergueiro, indicadas pelo MEC; Izabel dos Santos e Roberto Passos, pela Opas; José Paranaguá, pelo Inamps/MPAS; Paulo Buss, pela Ensp/Fiocruz; e Tânia Celeste Nunes, pelo Ministério da Saúde. A organização da conferência coube a uma comissão presidida por Tânia Nunes, à época ocupando o posto de secretária de Recursos Humanos no ministério.

Cinco grandes eixos balizaram as discussões, segundo seu *Relatório final*, a saber: (1) a valorização do profissional de saúde, (2) preparação de Recursos Humanos, (3) as estratégias de integração interinstitucional para os órgãos de desenvolvimento de recursos humanos; (4) a organização dos trabalhadores e

⁵² O relatório final da conferência encontra-se em Brasil. Ministério da Saúde, 1986. Uma coletânea de trabalhos apresentados à conferência foi publicada pelos *Cadernos de Saúde Pública*. Para o editorial deste número ver Nunes, 1986. Para uma análise da Conferência Nacional de Recursos Humanos no âmbito dos recursos humanos como tema das conferências nacionais de Saúde, ver Sayd, Vieira Junior & Velandia, 1998.

(5) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema. No primeiro tema, valorização profissional, os participantes trataram de aspectos relativos ao mercado de trabalho, ao recrutamento e ao processo de seleção do pessoal de saúde, estágios, jornadas e regimes de trabalho, planos de cargos e salários, avaliação de desempenho profissional, lotação e remanejamento de pessoal, assim como da relação entre a equipe de saúde e a gerência dos serviços. Como elemento comum, articulando estas várias dimensões, a preocupação com a constituição de uma força de trabalho pública em saúde renovada.

No segundo eixo, relativo à preparação de recursos humanos, foram incluídos os seguintes itens: a formação e aprimoramento nos níveis médio e elementar; o ensino de graduação das profissões de saúde; a educação continuada em todos os níveis; o ensino de pós-graduação; e a integração docente-assistencial.

Quanto às estratégias de integração interinstitucional dos órgãos de desenvolvimento de recursos humanos, o terceiro eixo organizador da conferência, considerava-se que os mesmos sofriam de uma persistente desarticulação e que as áreas de RH, historicamente, se situavam de forma marginal nos processos decisórios da gestão dos serviços de saúde. Embora esta posição secundária seja apontada como um problema relativo à organização do sistema como um todo, considerava-se, também, que, em larga medida, decorria da ausência de uma formação profissional adequada dos próprios profissionais de RH. Esta lacuna, por seu turno, implicava uma não percepção do próprio papel dos recursos humanos no processo de reforma do sistema de saúde.

A conferência revela o aumento da importância relativa dos temas mais diretamente concernentes à gestão do trabalho, como dimensão específica e que, em certo sentido, tenderia a ganhar maior autonomia no contexto do desenvolvimento dos recursos humanos. De todo modo, os três primeiros eixos, em seu conjunto, sem dúvida revisitaram e atualizaram os tópicos constitutivos da história recente do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, tal como vivenciada pela experiência da Cooperação Técnica Opas-Brasil.

O contexto da redemocratização, porém, permitia a inclusão na agenda de novos itens especialmente orientados para a organização dos trabalhadores e, por esta via, para o adensamento da sua atuação como atores do processo de reforma. E, mais importante, o controle social, como componente da gestão do sistema único de saúde, introduzia a relação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço como um novo tema de recursos humanos.

Assim, no eixo quatro, a conferência tratou da organização dos trabalhadores em saúde. Entre os temas discutidos: os direitos trabalhistas dos servidores públicos; isonomia salarial e condições de trabalho. O eixo cinco, por seu turno, considerou as relações entre trabalhadores e usuários sob a lógica da co-responsabilidade dos atores coletivos representados pelas categorias de Estado e Instituições, Trabalhadores, e, por fim, Usuários.

Sob a perspectiva do desenvolvimento histórico da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos, vale a pena observar as recomendações presentes no Relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, naquilo em que estas se articulam aos temas centrais da cooperação desde a gênese e anos iniciais do Ppreps, em 1976.

UMA AGENDA DE RH PARA A REFORMA POSSÍVEL

Simultaneamente às discussões da VIII CNS e da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, implantava-se, sob a liderança do Inamps, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), estratégia de consolidação das Ações Integradas em Saúde. A criação do Suds espelhou um importante grau de institucionalização das propostas que caracterizariam, poucos anos depois, o Sistema Único de Saúde, os princípios da universalização e da equidade do acesso aos serviços de saúde; a integralidade dos cuidados; a assistência regionalizada, segundo o funcionamento de diferentes distritos de saúde; a criação de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos que atendessem as necessidades do sistema já faziam parte das suas estratégias e dos seus objetivos programáticos.

Nesse contexto – e nesse sentido –, a política de recursos humanos implementada pelo Instituto informava e refletia os debates e proposições das instâncias que organizavam e explicitavam a pauta do movimento da reforma sanitária.

Esta política consistiu na reformulação organizacional e implantação do sistema de desenvolvimento de recursos humanos do Instituto e, ao mesmo tempo, na implantação de um processo de descentralização administrativa, atinente aos RH, o que envolvia, inclusive, os recursos orçamentários para dinamização das atividades de capacitação de pessoal de saúde. Tal reformulação significou, na prática, a criação do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Modernização Administrativa, tanto no âmbito da Direção Geral, quanto das Coordenadorias e Superintendências

Regionais; a definição de uma estrutura que se pretendia mais racional e funcionalmente mais ágil para as unidades operacionais do sistema de DRH; e, finalmente, a criação dos Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio (Santana, 1986).

Àquela altura, o Inamps e os demais órgãos envolvidos na Cooperação Técnica operavam de modo a promover a criação e fortalecimento, nas instituições de ensino e pesquisa, de núcleos de competência no terreno da saúde coletiva, como massa crítica para suporte técnico-científico da própria reforma sanitária em andamento, um processo que, vale dizer, remontava à própria realização dos cursos descentralizados de saúde pública, iniciada em 1975. Instalados geralmente nas universidades, como forma de vínculo menos sujeita aos humores da política estadual, estes núcleos de saúde coletiva funcionaram também como espaços institucionais por meio dos quais atuavam e interagem, entre outros personagens, os egressos dos cursos descentralizados de saúde pública, representantes regionais e sócios do Cebes e da Abrasco, participantes e coordenadores dos projetos de integração docente-assistencial, profissionais e gestores de recursos humanos em saúde nos estados e municípios (Santana, 2006: e.2, f.3).

Esses núcleos, que compartilhavam siglas como Nesc, Nescon, Nesp eram também elos de ligação que ajudavam a conformar a rede social evolvida no movimento de reforma da saúde nos estados. E como tais, ao lado das Escolas de Saúde Pública, constituíram as bases acadêmicas a serem mobilizadas para a formulação e implementação de políticas e programas também no âmbito dos recursos humanos em saúde. Foram também fundamentais quando se tratou de viabilizar qualquer processo de descentralização neste domínio, tanto no que concerne à gestão, como ao preparo de pessoal de saúde (Santana, 2005: e.1, f.3; e 2006: e.2, f3).

Tratava-se, entretanto, vale registrar, de uma via de mão dupla: em boa medida as atividades de pesquisa e ensino no terreno dos RH em saúde foram também meios decisivos para a própria consolidação destes núcleos. Como examinado no capítulo 3, a Cooperação Técnica Opas-Brasil desempenhou um papel importante na constituição dos núcleos de desenvolvimento de recursos humanos junto às secretarias estaduais de saúde e, dessa maneira, promoveu a constituição deste campo na sua dimensão gerencial e operacional. Por meio dos núcleos de ensino e pesquisa dedicados à saúde coletiva foi possível exercer influência similar na configuração da face acadêmica deste mesmo campo. Deste modo, também neste domínio, a reforma da saúde em

seu andamento, as suas novas bases institucionais, se retro-alimentavam na produção de novas e maiores condições para conhecer e agir.

O desenvolvimento das AIS e da sua estratégia de implantação a partir dos Suds constituíam uma demanda consistente por pessoal de saúde qualificado, em especial de nível elementar e médio, e isto era válido tanto para o pessoal já incorporado às atividades de atenção, quanto para a formação de novos quadros. A estratégia adotada para fazer frente a esta expectativa de demanda seria articular a constituição de uma rede renovada e ampliada de centros formadores de pessoal e a adoção do Larga Escala como projeto e metodologia central na formação e capacitação orientadas pela integração entre ensino e serviço (Brasil. Ciplan, 1985).

Paralelamente, conformava-se um cenário que parecia ser especialmente promissor para o desenvolvimento dos projetos de IDA. A presença de José Paranaguá de Santana no Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Modernização Administrativa do Inamps; de Francisco Campos – personagem historicamente associado ao movimento de medicina comunitária e de implantação do internato rural na UFMG –, então na Secretaria de Recursos Humanos do MS; e de João José Cândido da Silva, na Coordenação de Ciências da Saúde do MEC, permitiria a montagem de um renovado arranjo institucional em sustentação às diretrizes estabelecidas no Programa de Integração Docente Assistencial (Pida), de quatro anos antes. Esta iniciativa recebeu, a princípio, o apoio político de Carlos Santana, Jorge Bornhausen, Waldir Pires e Hésio Cordeiro, titulares, respectivamente, das pastas da Saúde, Educação e Cultura, da Previdência e Assistência Social, e do Inamps. Uma minuta de portaria interministerial e de um programa anexo que reiterava os termos do documento elaborado em 1981 chegou a ser assinada pelos ministros (Santana, 2006: e.2, f.2).

Sua publicação, porém, não se efetivaria. A Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem), então sob a presidência de Clementino Fraga Filho e a direção executiva de Alice Rosa, manifestou o seu desacordo com a proposta. Segundo algumas avaliações, a Abem, então representada por Clementino Fraga Filho e Alice Rosa considerava que o Programa IDA, tal como formulado, punha em xeque a autonomia universitária, implicando em riscos à uma pauta de pesquisa eventualmente menos alinhada às estritas necessidades do serviço. Segundo esta interpretação, a Rede IDA, criada no mesmo período, pretendeu superar estas dificuldades em âmbito institucional, mediante a mobilização e articulação política das lideranças dos projetos em andamento (Santana, 2006: e.2, f.2).

O encaminhamento de um processo de reforma, especialmente de descentralização político-administrativa, na área específica de recursos humanos, esbarrava na capacidade de mobilizar servidores de cerca de 120 unidades técnico-administrativas do Instituto, situadas junto à direção geral e distribuídas pelas superintendências regionais. Nesse contexto, o pessoal das unidades da ponta do sistema deveria ser estrategicamente qualificado, num processo dinâmico e contínuo, capaz de orientá-lo a desenvolver, em condições de relativa autonomia, maior capacidade de gerência local. A estratégia que seria adotada para fazer frente a esta carência comportaria a concepção e realização de uma série de cursos especialmente dirigidos para a capacitação dos profissionais envolvidos nos processos de gestão em RH. Em 1987, tem início, com o aporte do pessoal técnico da equipe da Cooperação Técnica do Acordo Opas-Brasil, o Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos, o Cadrhu.

O Instituto Nacional da Previdência Social mantinha então em sua estrutura, como parte do seu papel tradicional na formação de pessoal de saúde, seis escolas de auxiliares de enfermagem, vinculadas às superintendências regionais nos estados do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo. É este conjunto inicial de estabelecimentos de ensino que constituirá as bases de uma renovada e ampliada rede de centros formadores de recursos humanos. Esta rede pré-existente e a experiência do projeto Larga Escala na constituição de centros de formação de recursos humanos, iniciada em 1982, seriam, nos anos seguintes, as bases para um movimento de constituição de um conjunto de centros e escolas que rapidamente superariam a marca de vinte estabelecimentos mais ou menos integrados⁵³. Este movimento, todavia, já transcendia de muito o âmbito institucional imediato do Inamps. De fato,

⁵³ Em 1990, eram 25 centros formadores e escolas técnicas integradas ao então recentemente instituído Sistema Único de Saúde, SUS. Eram elas: Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde Dr. Waldir Arcoverde (AL); Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (BA); Escola de Saúde Pública (CE); Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde (PB); Escola de Saúde Pública (PE); Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (RN); Centro de Formação em Saúde Coletiva (ES); Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde/Escola de Saúde de Minas Gerais - FED (MG); Escola de Qualificação Profissional da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (MG); Escola Técnica de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (MG); Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (RJ); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (RJ); Centro Formador de Osasco (SP); Centro Formador de Araraquara (SP); Centro Formador de Franco da Rocha (SP); Centro Formador de Assis (SP); Centro Formador de Vila Mariana (SP); Centro Formador de Pariqueira-açu (SP); Centro Formador de São Paulo SES-SP (SP); Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde Caetano Munhoz da Rocha (PR); Escola de Formação em Saúde (SC); Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC); Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Área da Saúde (GO); Escola Técnica de Saúde (MT); Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde (MS). (Sório, 2002: 6).

nesta nova configuração, as escolas e centros estariam vinculados às várias esferas de governo, com nítida predominância do nível estadual e do vínculo direto às secretarias estaduais de saúde. Tratava-se assim, neste sentido, de um movimento em ampla medida bem sucedido de descentralização que, tal qual o estabelecido no desenvolvimento do Projeto Larga Escala, se deu de modo orientado para a esfera estadual de governo (Sório, 2002: 7).

Como parte deste processo, o Inamps assumiu a diretriz de se integrar efetivamente aos projetos em andamento no âmbito do Larga Escala e que correspondiam aos estados do Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e Minas Gerais. A expectativa na altura de finais de 1986 era de que, com o apoio direto do Inamps, o Larga Escala pudesse ser levado a mais dez estados, na condição de estratégia central do instituto para a formação em serviço dos seus profissionais. A própria expansão da rede de escolas técnicas revelaria o fôlego desta pretensão.

Como sinalizado anteriormente, a constituição de um sistema de gestão e desenvolvimento de recursos humanos, que operasse de forma descentralizada, exigiria um esforço de qualificação profissional daqueles a serem institucionalmente responsáveis por estas tarefas em âmbito estadual ou municipal. Tratava-se também de aprofundar a estratégia de constituição de núcleos estaduais de recursos humanos, cuja origem remonta à formulação original e os primeiros momentos de implantação do Ppreps.

O Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cadrhu), iniciado em 1987, tinha como objetivo exatamente a preparação, em âmbito nacional, de quadros técnico-gerenciais que tinham sob sua responsabilidade a condução dos processos institucionais na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, de forma a torná-los melhor ajustados aos princípios e propostas da reforma sanitária em curso. Sua proposição foi liderada por representantes da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e da Cooperação Técnica Opas-Brasil. Seu processo de elaboração, que coube a um grupo *ad-hoc*, liderado pelo Inamps, com a coordenação operacional do Núcleo de Estudos de Saúde Pública/UNB e Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFMG, contou com a participação de gestores, acadêmicos e profissionais de diversas instituições dos campos da saúde e da educação, e, em especial, das equipes dos núcleos de saúde coletiva. Tais núcleos de saúde coletiva, os departamentos de medicina preventiva da Universidade Federal da Bahia e da Universidade de São Paulo, assim como a Escola

Nacional de Saúde Pública, constituíram a base operacional necessária para que fosse empreendido um processo de gradativa descentralização da realização dos cursos no vários estados da federação⁵⁴ (Cadrhu, 1991: 5-12).

Em sua versão inicial, o Cadrhu compreendia um total de 225 horas/aula, correspondendo às exigências de então para um curso de atualização. Foi dirigido essencialmente a dirigentes e técnicos de recursos humanos de todo o país. Sua estrutura geral se baseou em cinco eixos temáticos, que em seu conjunto conformavam o próprio escopo da área de desenvolvimento de recursos humanos. Eram eles: (1) política de saúde e recursos humanos, discutindo a inserção dos recursos humanos na reforma sanitária brasileira, considerada como movimento político; (2) força de trabalho em saúde, relativo à composição, distribuição e usos do trabalho em saúde; (3) preparação de recursos humanos, voltado para análise recente dos processos de preparação de pessoal, em especial das suas estratégias e métodos pedagógicos; (4) administração de pessoal de saúde, concernente aos temas da administração burocrática do pessoal de saúde, principalmente no âmbito da administração pública; e, por fim, (5) planejamento de recursos humanos, dando conta de concepções, métodos e técnicas para a programação de recursos humanos (Cadrhu, 1991: 5-6).

Seu modo de organização compreendia uma Coordenação Nacional, responsável pela programação do curso, pelos seus aspectos pedagógicos e pela articulação interinstitucional necessária para seu funcionamento; uma Coordenação Temática, composta por especialista de várias instituições e cuja responsabilidade envolvia o desenvolvimento dos conteúdos e estudos de cada eixo temático; e uma Coordenação do Curso, que era responsável pela execução administrativa do curso na instituição imediatamente responsável pela sua realização.

A Coordenação do Curso coube, no primeiro ano de realização, ao Nescon-MG, sendo Sábado Nicolau Girardi responsável pela coordenação executiva. No ano seguinte esta função foi transferida ao Nesp-DF, sob coordenação de Alina Maria de Almeida. Uma assessoria técnica da coordenação de curso era composta por Joana Azevedo e Tânia Celeste Mattos Nunes,

⁵⁴ Em 1987, participaram diretamente das atividades do Cadrhu o Núcleo de Saúde Coletiva (Nescon) da UFMG; o Núcleo de Estudos de Saúde Pública (Nesp), da UNB; o Núcleo de Saúde Coletiva (Nesco), sediado na Universidade Estadual de Londrina (PR); o Departamento de Medicina Preventiva (Ufba) e a Ensp/Fiocruz. No segundo ano esta rede foi ampliada com a participação dos núcleos de saúde coletiva de Pernambuco (Nesc/Fiocruz); e da Paraíba (UFPB). Em 1990, esta rede passa a contar também com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, com o Nesc do Ceará (UFCE), com o Nesc do Rio Grande do Norte (UFRN); e com o Nesc de Mato Grosso e Goiás (Cadrhu, 1991: 8, 74-75).

representando a SRH-MS; e Izabel dos Santos, Francisco Lopes e José Paranaquá, indicados pela Cooperação Técnica Opas-Brasil⁵⁵.

O desenvolvimento do Cadrhu nos seus três primeiros anos ocorreu segundo dois eixos, articulados entre si. Ao mesmo tempo em que se realizavam os cursos nos estados – e para que fosse possível promover a sua descentralização – procurou-se também dar atenção estratégica à preparação do pessoal docente, tanto dos coordenadores de curso em cada instituição, como dos coordenadores de cada área temática e dos seus grupos de professores especializados. Ao longo dos três anos, a realização de seminários e oficinas técnicas em torno de cada um dos eixos temáticos propiciava oportunidade e meios para a definição de conteúdos e de estratégias pedagógicas comuns, assim como para o estabelecimento de novas conexões entre as instituições universitárias da saúde coletiva e o domínio das práticas de gestão dos serviços, em especial no que concerne ao planejamento, preparação e gestão de recursos humanos em saúde.

Como já sinalizado, o Cadrhu expandia o número de alunos ao mesmo tempo em que empreendia seu movimento de descentralização. Nos três anos iniciais foram cerca de 730 egressos, provenientes de 24 estados e do Distrito Federal, de uma série de 29 cursos realizados sob a responsabilidade de 12 núcleos nas instituições de ensino e pesquisa, em igual número de unidades da federação. Para tanto, estes cursos mobilizaram mais de uma centena de professores convidados (Cadrhu, 1991: 6-8).

Ao mesmo tempo em que a oferta de cursos era crescentemente realizada nos estados, aumentava no corpo discente a presença dos técnicos oriundos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Uma análise comparada do número de egressos por sua origem institucional revela que um paulatino aumento do número relativo de quadros provenientes do nível municipal correspondia à redução dos alunos oriundos da esfera estadual e, principalmente, do Inamps. Deste modo, a descentralização que então se realizava no contexto mais geral do sistema de saúde terminava por se expressar na composição da clientela do Cadrhu.

⁵⁵ José Paranaquá de Santana deixara as suas funções no Inamps, em maio de 1988, como parte do episódio da saída de Hésio Cordeiro da Presidência deste órgão. Foi como Diretor de Modernização Administrativa e Desenvolvimento de Recursos Humanos que ele participou da Coordenação Nacional do Cadrhu nos seus primeiros anos. A partir de 1988, retorna às suas atividades junto à Cooperação Técnica Opas-Brasil, continuando a participar da coordenação como quadro indicado pela Opas-Brasil.

Havia uma nítida predominância de enfermeiras na composição das turmas, seguida à distância pelos assistentes sociais, por graduados em administração e psicólogos. Este predomínio era acompanhado de uma presença minoritária de médicos e odontólogos. Geralmente, o alunado revelava, porém, uma importante heterogeneidade, tributada a uma característica da composição inespecífica do próprio corpo funcional normalmente dedicado aos temas dos recursos humanos em saúde, uma vez que mais de 2/3 dos alunos ocupavam-se destas funções em suas instituições de origem (Cadrhu, 1991: 8-9).

Cada uma das áreas temáticas – e da sua equipe de coordenadores – teve sua própria dinâmica no desenvolvimento de conteúdos e de treinamento técnico-pedagógico. Regra geral este processo de capacitação docente envolvia a mobilização de núcleos de competência que por meio de seminários, oficinas e cursos de curta duração constituíam uma equipe docente em nível regional ou estadual, em um movimento que também envolvia o incentivo à pesquisa e produção de conhecimento.

Para o tema (2), referente à força de trabalho em saúde, por exemplo, este processo, sob a coordenação da Ensp/Fiocruz e do Nescon/UFGM, envolveu a realização de um curso com a participação de docentes de vários núcleos e instituições. Entre os temas abordados, incluíram-se a produção de serviços e o mercado de trabalho em saúde; estrutura da força de trabalho e a dinâmica do emprego em saúde no Brasil, entre outros. Admitia-se que os seus resultados compreenderam não só a formação de docentes para o desenvolvimento do Cadrhu, como o próprio desenvolvimento da pesquisa em torno destes temas. Dentre os temas mais problemáticos um dos relatórios do curso foi explícito em indicar o tema (4), relativo à administração de pessoal de saúde. Esta dificuldade pode ser em boa medida creditável ao que seria um menor grau de institucionalidade e sistematização do conhecimento nesta área, em um cenário institucional em acelerada mudança associada ao próprio processo de redemocratização (Cadrhu, 1991: 10-11).

Paralelamente, na Ensp/Fiocruz, também com o apoio do Inamps, era fornecido, como parte da iniciativa Cadruh, um curso de especialização em recursos humanos, por iniciativa da professora Elza Paim, em certo sentido antecipando-se aos futuros desenvolvimentos do programa. Ao mesmo tempo, constituía-se e consolidava-se o Núcleo de Recursos Humanos em Saúde (Nerhus-Ensp/Fiocruz), também com o apoio da Cooperação Técnica Opas-Brasil, como um lugar institucional de desenvolvimento da investigação em RH e Saúde.

O ritmo de desenvolvimento do Cadrhu sofreria uma sensível redução em 1990 e 1991. Simultaneamente, propunha-se a ampliação da sua carga horária formal – com a sua conseqüente elevação ao *status* de curso de especialização – e as suas lideranças institucionais empreendiam um processo de revisão conceitual e metodológica.

As restrições experimentadas foram o resultado de uma conjugação de fatores, entre os quais se incluíam a redução da disponibilidade de recursos para o seu financiamento e o já expressivo contingente de trabalhadores já titulados (Castro & Santana, 1999: 18-19). Há que se considerar, ainda, que àquela altura, já durante o governo de Fernando Collor de Mello, o setor público brasileiro encontrava-se em franco e tumultuoso processo de desmontagem, sob o império das concepções liberais acerca do seu papel, com profundas implicações sobre a sua forma de organização e funcionamento.

Na altura de finais da década de 1980, eram expressão do legado da Cooperação Técnica Opas-Brasil – pelo menos em parte – quatro das mais dinâmicas áreas do desenvolvimento de recursos humanos no Brasil: (1) a ampliação e nova institucionalidade do Projeto Larga Escala, representada pela gênese e desenvolvimento daquela que seria a Rede de Escolas Técnicas do SUS; (2) a maior articulação em rede dos projetos de integração docente-assistencial, inclusive com sua aproximação às iniciativas empreendidas pela Fundação Kellogg no âmbito dos projetos UNI; (3) a experiência com a capacitação dirigida aos gestores de recursos humanos nos estados e municípios; e (4) a rede de núcleos de estudos de saúde coletiva como base para a constituição do campo como área de conhecimento. De uma forma ou de outra, estes desenvolvimentos correspondiam a um acúmulo de aquisições e sucessivas reconfigurações, baseadas na experimentação concreta de várias ações, realizadas ao longo da trajetória iniciada em 1975.

À guisa de conclusão vale a pena retomar os principais passos desta trajetória.

O LEGADO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA EM PERSPECTIVA

Em meados da década de 1970, uma conjugação de fatores propiciou uma articulação de interesses entre o governo autoritário brasileiro, a Opas, uma emergente elite técnica e um nascente movimento reformador da saúde.

Para a Opas, significava ampliar sua capacidade de atuação no Brasil, de promover a adoção de uma agenda mais ou menos consensuada em torno dos temas dos recursos humanos e, ao mesmo tempo, ensaiar modelos alternativos de cooperação técnica.

Para o governo brasileiro, num contexto de crise política, significava a possibilidade de ampliar suas esferas de atuação no que concerne às políticas sociais, e imprimir maior racionalidade ao provimento dos serviços de saúde, então em processo de expansão. As novas elites técnicas, de vários matizes políticos, de certa forma autoproclamadas paladinas da racionalidade, ansiavam por espaços institucionais permeáveis às suas proposições e, de preferência, onde pudessem exercer suas competências com crescente grau de autonomia. O movimento sanitário, em sua perspectiva reformadora, vislumbrava a oportunidade de ocupar postos de governo, de mobilizar recursos políticos e operacionais e, destas novas posições, fortalecer a própria reforma na Saúde.

Estas fontes de interesses enunciadas esquematicamente, de certa maneira, definem o contorno da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos como arena de negociação e interação. Nela, nossos atores reais, conformaram-se como personagens compostos. A própria equipe do GTC, do GAP, assumiu mesmo esta identidade, “anfíbia”, nos termos de um dos seus membros.

Sem dúvida, no período estudado, a Cooperação Técnica repercutia no contexto brasileiro as doutrinas, os princípios e as normas presentes nas formulações da Opas, quanto à organização dos serviços de saúde, às suas conexões com o processo de desenvolvimento, quanto às políticas de recursos humanos adequadas. A Cooperação Técnica era parte do aparato do desenvolvimento – tanto como ideologia, quanto como materialidade – expresso na Organização Pan-Americana da Saúde.

A Cooperação Técnica era também um lugar de recepção ativa desses enunciados; do seu reprocessamento e reenunciação à luz da experiência local dos seus personagens. Ao operar dessa maneira, foi marcadamente eficaz em sua capacidade de, com significativo grau de autonomia, influir e, eventualmente, modelar as políticas nacionais e a própria constituição de espaços e redes institucionais de conformação do campo da saúde coletiva e do desenvolvimento de recursos humanos. Todavia, esta capacidade se restringiu à sua dimensão nacional.

A experiência especificamente brasileira no terreno do desenvolvimento de recursos humanos não foi capaz de disseminar-se em larga medida para

o contexto regional latino-americano, segundo os testemunhos de alguns de seus principais personagens. Afora algumas contribuições inovadoras no terreno da pesquisa em recursos humanos, pode-se dizer que houve mesmo uma espécie de dissonância entre esta limitação e a própria trajetória político-institucional de Carlyle Guerra de Macedo, rumo à direção da Opas, um percurso depois seguido por vários dos componentes da equipe pioneira. São conhecidos os constrangimentos de ordem histórico-cultural entre o Brasil e seus vizinhos de continente. Entretanto, os principais entraves devem ser encontrados na singularidade do processo político-institucional da saúde no contexto brasileiro, no que concerne às expectativas com relação ao papel do Estado e das políticas públicas às vésperas da voga neoliberal.

O *Acordo Geral para a Formação de Recursos Humanos para a saúde no Brasil*, como seu título indica, possuía um explícito foco nos temas de recursos humanos. Este escopo, contudo, jamais foi percebido de modo circunscrito, descolado das suas relações com o funcionamento dos serviços, da ampliação da sua cobertura, do compromisso com uma maior racionalidade e com a própria reforma do setor. Mais do que isso: a frente de trabalho voltada para constituição das regiões docente-assistenciais, por exemplo, comportava, desde a primeira hora, a expectativa de promover, ao fim e ao cabo, a própria reorganização dos sistemas e serviços de saúde.

Este componente, mais diretamente orientado para os temas da organização dos sistemas e serviços de saúde, iria assumir aos poucos uma dimensão relativamente mais importante no interior da Cooperação Técnica. Este movimento de transbordamento do objeto original é identificável desde os primeiríssimos anos do *Acordo* e do Ppreps. Em certa medida, é possível considerar que o “Ppreps-invisível”, tal como referido na memória dos pioneiros, isto é, como o lugar privilegiado de uma agitação reformadora, antecipava uma vocação de fato orientada para o conjunto das questões atinentes à estrutura e ao funcionamento dos serviços de saúde.

A cada aditivo, todavia, a cooperação técnica incorporava novos parceiros, remodelava o arranjo institucional original e ampliava formalmente seu escopo de atuação. É possível identificar na gestação do Prev-Saúde, um marco fundamental nesta direção, ao mobilizar o GAP para a modelagem de uma alternativa universalizante de atenção à saúde para o sistema de saúde brasileiro.

Em sua trajetória peculiar, no contexto da crise da ditadura e da transição democrática, a Cooperação Técnica assumiu, por um lado, o papel de reserva e meio de recrutamento de competências políticas e técnicas, para um

regime que se pretendia mais racional e eficaz, ao mesmo tempo em que engendrava as formas de renovar suas condições de reprodução. De outro, foi também uma plataforma para a ação política, para auxiliar a mobilização que pretendia o duplo e articulado objetivo de tanto realizar a reconquista democrática quanto de transformar as práticas institucionais em saúde. Neste sentido a Cooperação Técnica reproduzia, no domínio dos recursos humanos em saúde, um processo que igualmente se verificava em outras agências do Estado brasileiro e outras arenas da vida social.

Do ponto de vista das estruturas do governo brasileiro, a trajetória da Cooperação Técnica registrou uma progressiva ampliação no número de pastas ministeriais e de outros órgãos que compunham sua base institucional. Este processo, porém, não se deu de maneira uniforme. Ele esteve sujeito a oscilações no grau de compromisso e da disponibilidade de recursos dos ministérios envolvidos. Seja como for, o movimento representado pelo Ppreps e seus sucedâneos foi parte de um esforço, relativamente bem sucedido, no sentido de uma maior integração entre órgãos de governo na esfera federal, no terreno dos recursos humanos.

Seus resultados parecem ter sido ainda melhores como parte do processo de descentralização e de reforço das áreas de competência técnica e científica nos níveis estaduais e mesmo locais. São exemplos categóricos deste movimento centrífugo: a criação dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas secretarias estaduais de saúde; o estímulo ao desenvolvimento dos Núcleos de Saúde Coletiva nas universidades; a instituição de centros de formação e capacitação de pessoal de saúde nos estados; a operação descentralizada do Cadrhu; entre outras experiências. Mesmo em seus difíceis percursos, os projetos IDA compreendiam sempre um componente de descentralização, inclusive, promovendo a participação das comunidades na definição de rumos, estratégias e metas. Ao fazê-lo, a Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos desempenhou um papel decisivo tanto na conformação da arquitetura institucional, como da própria rede de profissionais que na atualidade configuram o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no país.

